



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**MÁS ALLÁ DE LA INFIDELIDAD Y LA TRAICIÓN:
EL SALTO CUALITATIVO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MISAEEL VICENTE MONTES DE OCA CORTÉS

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. NOEMI DÍAZ MARROQUÍN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ: MTRA. MIRIAM ZAVALA DÍAZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. DOLORES MERCADO CORONA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D.F.

AGOSTO

2013.



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.

| | |
|---|----|
| 1. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar..... | 1 |
| 1.1. Características del campo psicosocial..... | 2 |
| 1.2. Principales problemas que presentan las familias..... | 4 |
| 1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada..... | 12 |

I. II. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo

| | |
|---|----|
| clínico | 14 |
| 2.1. Descripción de los escenarios..... | 14 |
| 2.2. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico..... | 20 |
| 2.3. Las principales problemáticas atendidas en las sedes clínicas..... | 21 |

II. MARCO TEÓRICO.

| | |
|--|----|
| 1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo..... | 25 |
| 1. 1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna..... | 25 |
| 1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna..... | 41 |
| 1.2.1 Modelo Estructural..... | 41 |
| 1.2.3. Modelo Estratégico..... | 50 |
| 1.2.4 Modelo de Terapia Breve Orientada a Problemas MRI..... | 65 |
| 1.2.5. Modelo de Soluciones..... | 74 |
| 1.2.6. Modelo Milán..... | 78 |
| 1.3. Análisis de los principios teórico-metodológicos de las intervenciones en las Prácticas y Terapias Posmodernas..... | 92 |
| 1.3.1 Enfoque Narrativo..... | 92 |
| 1.3.2 Enfoque Colaborativo..... | 99 |

| | |
|--------------------------------|-----|
| 1.3.3 El equipo reflexivo..... | 102 |
|--------------------------------|-----|

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS

PROFESIONALES

| | |
|---|-----|
| 1. Habilidades Clínicas Terapéuticas..... | 105 |
| Caso 1. Más allá de la infidelidad y la traición..... | 106 |
| <i>Caso 2. El apego en la familia. “Todo es un nudo”</i> | 123 |
| 3. Habilidades de Investigación..... | 139 |
| 3.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa. <i>Tipos de Violencia en relaciones simétricas y complementarias</i> | 139 |
| 3.2. Reporte de la investigación realizada usando metodología cualitativa. <i>Aproximaciones al concepto de infidelidad: acotaciones desde el modelo sistémico</i> | 146 |
| 3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria..... | 158 |
| 3.1. Elaborar y presentar productos tecnológicos..... | 158 |
| 3.2. Desarrollar y presentar programas de intervención comunitaria..... | 159 |
| 3.3 Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado..... | 164 |
| 3. 4. Habilidades de compromiso y ética profesional..... | 167 |

IV. CONSIDERACIONES FINALES

| | |
|--|-----|
| 1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas..... | 172 |
| 2. Incidencia en el campo psicosocial..... | 173 |
| 3. Reflexión y análisis de la experiencia..... | 173 |
| 4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo..... | 174 |

| | |
|---|-----|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 175 |
|---|-----|

| | |
|---------------------|-----|
| ANEXOS | 182 |
|---------------------|-----|

El presente reporte es el la conclusión de dos años de trabajo en el Programa de Maestría, en la Residencia en Terapia Familiar en la Facultad de Psicología de la UNAM. Mi experiencia durante la residencia está desglosada en el presente documento desde revisiones teóricas, experiencia clínica de investigación y un aporte a la discusión sobre la ética del terapeuta.

En el capítulo I presento un panorama general de la situación actual de las familias mexicanas, una aproximación a las principales problemáticas que presentan, destacándose de fondo, el choque de valores y creencias que se ha generado a partir del cambio de siglo. En este inicio de siglo, somos testigos de la emergencia de nuevas modalidades de la dinámica familiar en el que participan los cambios sociales, económicos y culturales. En la Residencia, la práctica está inmersa en escenarios clínicos que pertenecen a la Universidad, así que de inicio, somos agentes participantes con las familias, parejas y personas que buscan una nueva mirada a sus problemas, a su acontecer cotidiano. Los escenarios así como las principales problemáticas que atendimos como equipo terapéutico, se encuentran descritas en éste primer capítulo.

La Residencia en Terapia Familiar nos provee de elementos teóricos, clínicos y de investigación, mismos que son base para nuestra práctica. En cuanto a la teoría revisamos, discutimos y fuimos supervisados en los principales modelos teóricos de la Terapia Sistémica y Posmoderna, si bien estos modelos no fueron creados dentro de nuestra cultura, nuestros maestros y supervisores, nos condujeron a una reflexión más profunda para transformar desde sus fundamentos teóricos, los distintos modelos y poder así emplearlos de una forma *natural* dentro de nuestra cultura. En este sentido la supervisión en la práctica clínica juega aquí un papel fundamental dentro de la formación de cualquier terapeuta, es dónde se genera una transmisión de la experiencia, por parte de los supervisores, que va más allá de los modelos teóricos; en conjunto con el equipo terapéutico, quienes enriquecen aún más el espacio de la supervisión. En la Residencia la supervisión - casi dos mil horas de supervisión- nos apoya y da sustento en el cambio paradigmático que representa la Terapia sistémica y Posmoderna frente al modelo

clínico médico que heredó la psicología, es un proceso continuo que si bien concluye con el tiempo de la Maestría, continua en una reflexión personal o bien, en conjunto con otros terapeutas al egresar del programa. En el presente documento, en el capítulo II se encuentra una revisión de los principales modelos Sistémicos y Posmodernos. En una sección posterior, el capítulo III, se encuentran reportados dos casos clínicos que buscan dar cuenta de la aplicación de los modelos y el apoyo de la supervisión.

La investigación y su dinámica particular –proponer un tema, fundamentarlo teóricamente, discutir con los compañeros las propuestas, reunir datos, volver a discutir los resultados, etc.- es otro punto nuclear de la formación en la Residencia. De la misma forma, realizar una intervención en una comunidad, aplicando un saber y una experiencia más allá de los consultorios, buscando llevar los beneficios de la propuesta de la Residencia a otros que no necesariamente acuden a la figura del terapeuta, fortalece el quehacer terapéutico.

Tanto en la clínica, en la investigación, en la comunidad como en cualquier otro escenario que involucre la figura del terapeuta, se discute sobre la ética y su sentido, es decir, sobre el alcance y limitación de la práctica del terapeuta y sus implicaciones. Contribuyo con una reflexión sobre la ética en la última parte del capítulo III. Presento, dos investigaciones realizadas con metodología cuantitativa y cualitativa respectivamente, así como la presentación de dos productos tecnológicos, el resumen de una intervención comunitaria y finalmente doy cuenta de la participación y asistencia a diversos foros académicos y seminarios.

En el capítulo final, reflexiono en relación a las principales habilidades y competencias adquiridas dentro de la Residencia. Finalmente agradezco a quienes me acompañaron y brindaron su apoyo durante estos dos años. A mis compañeros de la séptima generación por su honestidad, a los profesores su paciencia, a la UNAM su generosidad y a mis Padres y Hermanos por su apoyo y cariño incondicional.

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.

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

Previo a presentar tanto las características del campo psicosocial como las principales problemáticas que presentan las familias, propongo los siguientes puntos de los principios sistémicos sobre la concepción de la familia, como una primer mirada, una de guía para el análisis de los puntos a tratar, justificando así mi presentación que excluye en su mayor parte una numeralia, incluyendo por otro lado, una descripción puntual de los cambios en la estructura y dinámica familiar.

Desde los fundamentos de la terapia sistémica, se piensa a la familia como un sistema compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas, unidades que están ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo tiempo influye y es influida por otras que forman el sistema (Eguiluz, 2003).

Andolfi (1991) propone tres puntos de la teoría sistémica para orientarse en la concepción sistémica de la familia:

- 1) La familia como un sistema en constante transformación. Es un sistema que se adapta a las exigencias de su propio desarrollo asegurando así la continuidad y desarrollo de los miembros que la conforman.
- 2) La familia como sistema activo que se autogobierna. Hay un desarrollo constante en las reglas de relación, éstas se desarrollan por ensayo y error hasta conformar una relación estable; la estabilidad, sin embargo, esta susceptible a nuevas formulaciones y adaptaciones.
- 3) La familia como sistema abierto interacción con otros sistemas. Hay una relación dialéctica entre las reglas sociales y las intrafamiliares. Éstas últimas están condicionadas por las normas y valores de la sociedad en un equilibrio dinámico.

1.1. Características del campo psicosocial.

Los cambios estructurales en México, es decir, las transformaciones económicas, políticas, sociales y culturales, en las últimas tres décadas, han impactado en la dinámica de la familia mexicana. Montes de Oca y Hebrero (2008) destacan como fundamentales los siguientes:

- **Económicos.** El proceso de urbanización y sus consecuencias en los procesos migratorios. El paso de una economía fundamentalmente agrícola hacia una basada en la industria y los servicios. La devaluación de la fuerza de trabajo sumada a la demanda creciente de empleo y la creciente participación económica femenina.
- **Políticos.** La legislación en torno a los miembros que componen la familia como la población infantil, las personas con discapacidad y los adultos mayores, se destacan la creación de programas para atender demandas específicas de este sector de la población, esto paso del nivel estatal a nivel federal fomentando la capacitación e investigación especializada.
- **Sociales y culturales.** El control de la natalidad, el incremento de la educación en niños y adolescentes. El flujo creciente de la información sobre la sexualidad que posibilita la toma de decisiones, el vínculo entre la tecnología y la información comienza a generar cambios en la relaciones familiares. El cambio en el significado de los roles de paternidad y maternidad generado por el empuje de las mujeres con mayor educación y autonomía económica repercuten en el valor y significado de la familia.

•
Asociado a estos cambios, Ariza y Oliveira así como el Consejo Nacional de Población (Ariza y Oliveira, 2001; CONAPO, 2009) destacan los siguientes cambios en las familias:

- **Crecimiento.** Hay una reducción en el tamaño de la familia, esto es debido al aumento en la probabilidad de ruptura matrimonial (viudez, separación,

divorcio), el envejecimiento de la población, hogares dónde la mujer reside únicamente con sus hijos y sumada a estas tendencias, la necesidad de migrar a otros estados de la república o países.

- **Arreglos residenciales.** Se presenta un incremento en la formación de hogares no familiares -aquellos que comparten el mismo techo pero no tienen parentesco alguno-. Los hogares familiares -nucleares, extensos, compuestos que si comparten parentesco- si bien hay una tendencia decreciente, sigue siendo la organización predominante en las unidades domésticas.
- **Envejecimiento de los hogares.** Hay un aumento de los hogares compuestos por al menos un adulto mayor y se espera que este tipo de hogares sigan creciendo en las próximas décadas. Se suma a esto un descenso en la fecundidad y el aumento en la esperanza de vida.
- **Jefatura femenina.** Ha crecido la proporción de hogares encabezados por una mujer, incrementándose aún más cuando llegan a una edad de 60 años o más. Otros aspectos de este cambio en la organización familiar es el aumento de la escolaridad por parte de las mujeres y su incorporación al mercado laboral.
- **Roles de género.** En la realización semanal de los trabajos del hogar y para el mercado laboral, las mujeres ocupan ahora casi 92 horas y los hombres, lo que quiere decir que las mujeres trabajan cerca de 37 horas más que los hombres. Los hombres tienen la menor participación en casi todas las áreas domésticas exceptuando las labores de reparación.
- **Dinámica Familiar.** Es de resaltar tres aspectos de la dinámica familiar, ésta sigue siendo el principal punto de apoyo en situaciones de crisis, hay un incremento en la formación de la familia, la cuál inicia como unión libre para luego formalizarse y finalmente como ya se mencionó, hay un incremento en las familias de tipo monoparentales y hogares unipersonales. En el siguiente apartado ampliaré más la información sobre las problemáticas que presentan las familias en México.

1.2. Principales problemas que presentan las familias.

Ante el panorama general planteado en el apartado anterior, cabe preguntarse ¿de qué manera han afectado los cambios estructurales del país en las características que se observan actualmente en las familias?, para dar respuesta a esta pregunta y otras preguntas, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) elaboró un documento multidisciplinario que compila las principales investigaciones sobre la familia en México (Leñero, 2006). El documento agrupa por problemáticas particulares las diversas modificaciones que vienen presentando las familias a causa de las diversas condiciones que presentó el siglo XX. Así mismo propone tres hipótesis principales con la finalidad de dar una orientación sobre el posible desarrollo de la dinámica familiar en el inicio del siglo XXI.

Este *prediagnóstico* sobre la familia mexicana, es una propuesta por demás interesante y propositiva, ya que más que una numeralia es, desde mi punto de vista, un mapa que nos permite ubicarnos en la inercia y evolución de los cambios que se vienen dando en la dinámica de las familias mexicanas. Proporciona bases suficientes para reflexionar sobre las variables que se ponen en juego y que repercuten en mayor o menor medida en la dinámica familiar. A continuación presento las principales problemáticas y las hipótesis:

- **Condiciones contextuales socioespaciales y socioeconómicas.** La condición de pobreza y carencia económica afecta principalmente a las personas adultas mayores. Se suma a esto la disposición de la vivienda, su mantenimiento, así como en la presencia o ausencia de servicios públicos locales: agua, luz, drenaje, transportación, urbanización y problemas de deterioro ambiental (Leñero, 2006).

En cuanto a quienes perciben algún ingreso en las familias, el INEGI (2007) señala que de cada 10 personas; 6 son hombres y 4 mujeres, la proporción es

similar para los hogares nucleares; sin embargo, en los no nucleares los perceptores son prácticamente mitad hombres y mitad mujeres. La participación de los miembros del hogar en la obtención de ingresos muestra contrastes importantes al considerar qué parentesco tienen, indicando el papel que cumplen en la familia. El porcentaje más alto corresponde a los jefes (43.1%), les siguen los hijos (30.7%) y las cónyuges (18.1%). De acuerdo con la clase de familia existen diferencias marcadas: en las nucleares es mayor la proporción de jefes (48.5%) e hijos (29.6%) perceptores, aunque destaca la de cónyuges (21.9%). En las no nucleares, las mayores proporciones de perceptores corresponden a hijos (33%) y a jefes (32.1%), a la vez que los otros parientes y no parientes son casi la cuarta parte (24.3%) de los perceptores.

- **Vínculos sociales y conformación de hogares.** En el contexto de la modernidad y sus cambios, se presenta una fuerte tendencia y crecimiento de un hermetismo familiar. Este aislamiento familiar, se presenta como un signo del interés de lo privado frente al desinterés por la participación y compromiso público o social. Se constituye en un problema de estructuración familiar cuando hay desequilibrios y se presentan necesidades insatisfechas por sus miembros, entonces la supuesta autosuficiencia familiar, resultado del hermetismo, genera una actitud de desinterés por los demás que repercute en la ruptura o inexistencia de lazos de solidaridad con vecinos, e incluso amigos o compañeros (Leñero, 2006).

En este sentido Espinoza (2009) señala la importancia de la apertura de la familia con su grupo social inmediato, ya que de acuerdo con los valores y con el marco que establece la sociedad, la familia alimenta y crea su propio sistema de creencias, valores, normas y reglas que permitirán la expresión de afecto, la capacidad de decisión y la negociación circunstancial de problemas (Espinoza, 2009).

- **La composición de las unidades domésticas.** Aquí se hace referencia a las crisis producidas por los cambios de vinculación entre los miembros de la familia según sus sexos y edades:
 - a) *La problemática de integración de las parejas maritales actuales.* La conformación de la unidad familiar está siendo impactada por la modificación de la concepción de lo que significa ser hombre y mujer dentro y fuera de la familia, ante el nuevo ideal de pareja igualitaria (equidad de género) se confrontan los roles de *mujer abnegada* en relación al *hombre machista*. La integración familiar ya no responde a las pautas existentes y significará de fondo un cambio en la legitimación del poder familiar y de las obligaciones y derechos de quienes la componen, tanto en su formalidad institucional, como en las relaciones afectivas (Leñero, 2006).

Hay que recalcar en este punto la importancia del cuestionamiento del rol de género proveniente, por un lado de la marcada autonomía económica y nivel educativo de las mujeres y por la búsqueda de oportunidades igualitarias en toda la estructura económica del país. Situación que a su vez obedece a las condiciones económicas del país que repercutieron en la economía familiar, contribuyendo así a la búsqueda de oportunidades económicas principalmente por parte de la mujer (Montes de Oca y Hebrero 2008).

- b) *La crisis de las relaciones intergeneracionales y la educación de los hijos.* La dificultad de la relación padres-hijos e hijos-padres se agudizó a finales del siglo XX y se proyectan más agudas en el nuevo siglo. Es de resaltar la marcada confusión sobre cómo educar y encauzar a los hijos ante la diferencia educativa y escolar entre padres e hijos misma que es todavía muy grande. Se suman las influencias venidas del mundo exterior a la familia, principalmente de los medios masivos y de las vinculaciones con compañeros que tienden a seguir conductas indeseables para los padres.
- c) *El cambio en las interrelaciones familiares en referencia a la tercera edad.* Cuando opera el modelo de familia nuclear-conyugal las personas de la

tercera edad se integran de forma positiva o negativa. Cuando es negativa quedan separadas de sus hijos casados, de incorporarse a la familia nuclear de algunos de estos hijos, los abuelos por definición, están excluidos de dicho modelo familiar, se vuelven personas que en un sentido se sienten “arrimadas” a la vida de la siguiente generación y de sus hijos.. Por ello, consideran vivir en hogares separados de sus hijos. Cuando el adulto se llega a integrar de manera positiva en el hogar de sus hijos, juega múltiples roles (más allá del propio beneficio de la persona mayor) incluyendo el cuidado de sus nietos, y el desempeño de un papel afectivo importante, y hasta regulador del ambiente familiar. De ahí la necesidad de revalorizar a las personas de edad avanzada como altamente valiosas para la vida familiar y comunitaria, como lo apuntaba la concepción tradicional (Leñero, 2006)

Es debido al descenso en la mortalidad que hay mayor probabilidad de presencia generacional en las familias. En más de la mitad de los hogares extensos conviven tres generaciones (63.1% en áreas rurales y 58.4% en áreas urbanas). Mientras que en estos hogares la presencia de cuatro generaciones representa el 2% (DIF, 2005).

- **La crisis de valores culturales en la vida familiar.** Se puede identificar en las conductas y actitudes de las familias, una situación de crisis derivada de no saber bien cuáles son las pautas de conducta que se deben seguir conforme a las escalas de valores y valoraciones que dan orientación a las conductas de unos y otros dentro y fuera de la familia. Predomina ciertamente una actitud ambivalente en la que los comportamientos no responden a los valores declarados conforme a la enseñanza tradicional, pero tampoco resultan coherentes con una nueva concepción de valores, acorde a las nuevas necesidades de la vida. Los problemas sentidos por padres de familia, por un lado, y jóvenes hijos, por el otro, estudiados en

diversas investigaciones, pueden referirse a los siguientes hechos y manifestaciones:

- 1) una problemática derivada de las diferencias del nivel de escolaridad de padres e hijos, al menos en los sectores mayoritarios de la población, propios de los estratos populares;
- 2) los problemas de intolerancia, principalmente de quienes detentan el poder en las familias (principalmente los varones frente a las mujeres y a sus hijos), o de las autoridades en las diversas instituciones (principalmente en el gobierno, en las empresas y en las entidades eclesiales frente a sus dependientes, ciudadanos, empleados o fieles o movimientos ideológicos). Esta intolerancia contrasta con una tendencia hacia la democratización no sólo electoral y política sino social y cultural, que aún no ha sido aprendida, empezando por el autoritarismo familiar que hace inviable una cultura democrática. Éste se ve reflejado en la problemática de la violencia, la falta de respeto por los derechos humanos y las formas de discriminación social, aprendidas todavía desde el hogar,
- 3) los problemas de valores tienen, a su vez, una manifestación ética y religiosa. La misma desacralización de la vida familiar, el alejamiento religioso de la población y la falta de renovación y “actualización” de las iglesias, repercute en una pérdida de conciencia moral, basada anteriormente en la creencia religiosa. Y esto mismo, ocurrido desde el seno familiar, repercute en las conductas de padres e hijos, abuelos y nietos, esposos y parientes (Leñero, 2006).

En concreto se identifican siete motivos que constituyen la primera causa de conflicto entre las familias mexicanas, estos son, en orden de importancia: 1) problemas relacionados con la concesión de permisos y con la autoridad; 2) asuntos económicos; 3) dificultades de convivencia o comunicación; 4) problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos; 5) diferencias de carácter o

de opinión; 6) adicciones; 7) cuidado y orden del hogar. Estos motivos dan cuenta del 75%, como la primera causa de conflicto o pleito (DIF, 2005)

- **Cohesión familiar y dinámica de desintegración grupal en el curso de las diversas etapas y las distintas generaciones.** Derivada de la conformación de las unidades familiares en sus diversas etapas vitales y al paso de una generación a otra, se presentan, de manera específica, nuevos problemas en las relaciones de género y en las intergeneracionales, que vienen a afectar la dinámica familiar cambiante (Leñero, 2006).

En cuanto a las relaciones de género y la generación, los dos ejes alrededor de los cuales se articulan las relaciones intrafamiliares de poder, Espinosa (2009) destaca las variaciones de los roles femeninos en relación al divorcio, son las mujeres en su mayoría quienes solicitan la anulación del matrimonio debido a las siguientes causas:

- Ante la negativa del hombre de contribuir voluntariamente al sostenimiento del hogar (91.1% del total de los casos).
- Ante la sevicia (crueldad o malos tratos hacia quien tiene una patria potestad), amenaza o injurias (78.4% del total de los casos).
- Abandono del hogar sin causa justificada (59.1% del total de los casos).
- Adulterio, en el 54.2% del total de los casos.
- Otras causas, donde se incluye el alumbramiento ilegítimo, propuesta de prostitución, incitación a la violencia, corrupción y maltrato a los hijos, enfermedad crónica o incurable y la impotencia incurable, enajenación mental incurable, declaración de ausencia o presunción de muerte. Nuevamente es la mujer quien predominantemente solicita el divorcio (76.3% de total de los casos de divorcio por estas causales).
- En los divorcios por separación del hogar conyugal por causa que justifique el divorcio o por separación de los cónyuges por más de dos años, (54.3% de los casos).

- En cuanto a los divorcios por incompatibilidad de caracteres, la mujer lo solicita en un 52.1% de los casos.

En contraste y en lo que a las nociones de masculinidad se refiere, una sexta parte de los mexicanos aún comparte la idea de que la hombría está indisolublemente vinculada a la demostración de poder en la familia, a la capacidad de ejercer control sobre sus miembros, de tal suerte que un hombre que carece de esta facultad ha perdido su cualidad de ser hombre. Esta noción tradicional de masculinidad cuenta con un mayor respaldo en las localidades rurales, entre las que alcanza a la quinta parte de la población. Pero para un 10.9% de la población mexicana, la hombría se relaciona también con la diversidad de experiencias sexuales a las que un joven puede acceder. Sólo una tercera parte de los mexicanos entrevistados aprueba la idea de que las mujeres trabajen fuera de la casa si tienen niños pequeños, y prácticamente un 45% la responsabiliza a ella de la cohesión o integración familiar. Es ampliamente conocido que la restricción de las mujeres al mundo familiar es uno de los factores que perpetúan su subordinación (DIF, 2005).

Hipótesis sobre las tendencias del cambio estructural de las familias

Como se mencionó al inicio del presente apartado, las siguientes hipótesis planteadas son el resultado de la reflexión sobre las problemáticas ya mencionadas, son a su vez una síntesis de las tendencias de los procesos por los que atraviesa la familia del presente siglo.

A) De la formalidad institucionalizada y rígida a la legitimidad de una organización familiar informal. Las dos dimensiones se presentan en contraste y en oposición:

1. Permean la esfera económica informal.

2. La asignación de nuevos roles es cada vez más intercambiable entre los miembros de la familia, debido a la ruptura temprana de la dependencia, antes incuestionable, de los hijos aún menores de edad frente a sus padres y sobre todo, de los adolescentes ante los adultos en general.
3. Hay una *desacralización* de la vida familiar, misma que hace perder fuerza a las pautas morales tradicionales y a las éticas relacionadas con lo familiar.
4. Se presenta una flexibilidad de la residencia familiar por parte de sus distintos miembros a causa de los procesos de migración interlocal, interregional e internacional.
5. La separación y del divorcio se presentan ahora más factibles.
6. Es aceptado cada vez más la posibilidad de una nueva unión marital después de una anterior fracasada, aunado a la reconstrucción subsecuente de la familia.
7. Se presenta una *sustitución* de las relaciones entre los parientes, por las de tipo amigable e incluso vecinal, de carácter volitivo y selectivo, pero también en las formas de relación institucional entre las familias y las organizaciones de la sociedad civil.

B) Proceso de ruptura del integrismo unitario de la estructura familiar, debido a la disociación de las funciones familiares:

1. Socialmente se encontraba en común en las familias dentro del paradigma tradicional la paternidad y maternidad bien definidas, un matrimonio monogámico e indisoluble, viéndose las relaciones sexuales en función directa y obligada, esto implicaba el proceso de crianza y formación de los hijos practicada de manera unitaria.
2. Hay una tendencia hacia la disociación de los elementos y funciones implicadas del paradigma anterior de paternidad y maternidad, que puede verse como un proceso de despluralización de las posibles combinaciones.

Este proceso se presenta, ante la problemática de las familias actuales, con la conciencia de que conviene romper esta rigidez de la familia tradicional.

C) Tendencia hacia una construcción familiar hecha por las propias familias.

1. Se sigue privilegiando el vínculo imborrable entre padres e hijos (biológico y social), e incluso, el sentido extraindividual de naturaleza profundamente social, de la alianza matrimonial, más allá de una interpretación puramente sentimental.
2. Se espera idealmente, una fundamentación de la familia basada en el espíritu amoroso (construido íntimamente) basados en el respeto a sus derechos humanos, para vitalizarse, desde adentro (en la doble perspectiva dual de género y de generaciones sucesivas), pero con el reconocimiento y apoyo externo, a partir de los elementos esenciales de lo familiar: sangre común, vínculo amoroso real, unión marital libremente adoptada, paternidad desdoblada en lo biológico, y en lo adoptivo-social, vivienda e intimidad propia pero compartida en una comunidad abierta (Leñero, 2006)

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

Recordemos que desde la mirada de la Terapia Familiar Sistémica, la familia es un sistema en constante transformación, se adapta a las exigencias de su propio desarrollo y al ser un sistema abierto, está en constante interacción con otros sistemas y reglas sociales (Andolfi,1991). Esta interacción generará necesariamente modificaciones en sus reglas de relación: roles de género, relaciones de poder, valores familiares, etc. La bondad de la postura y visión sistémica es que su actuar no depende de un modelo “tradicional” de funcionamiento familiar, sino que participando de él, posibilita la transición de un tipo de interacción a otra.

Resaltemos algunos puntos generales de la Terapia Familiar Sistémica:

- Los problemas no son intrapsíquicos, sino relacionales, interaccionales
- El terapeuta, junto con los consultantes, forman un nuevo sistema llamado “sistema terapéutico”.
- La terapia es centrada en las interacciones presentes, no en el pasado.
- Todo lo que se dice o no se dice en las sesiones es una comunicación.
- Se incluyen los “síntomas” como una forma de comunicar algo acerca de la interacción familiar.

En este sentido el terapeuta familiar cuenta con los elementos necesarios para hacer circular las formas particulares de puntuar la realidad que tienen los miembros de una familia, sus creencias sobre el género y valores; la forma en cómo demuestran sus afectos y la forma en cómo se comunican; puede resaltar la relación de poder que se ha establecido y la correspondencia de ésta con su tradición cultural; todo esto a partir de su conocimiento sobre la dinámica familiar, de su propia vivencia con la cultura, pero aún más importante es que hará uso de su saber en función de las características que le son propias a cada familia.

Ahora bien, desde una visión posmoderna en la Terapia Familiar, con fundamentos en el constructivismo y construccionismo social, abre aún más las posibilidades dentro de la terapia para las familias. La postura fundamental es concebir la realidad en construcción constante, cada conversación representa una apertura al cuestionamiento y elección de narración de una nueva historia. (Boscolo y Bertrando, 2000).

Algunos puntos importantes de los modelos posmodernos en Terapia Familiar son:

- Las personas sufren problemas, no son el problema.
- El terapeuta es experto en crear conversaciones, pero no experto en la persona con la que conversa. La función del terapeuta es abrir nuevas posibilidades de elección.
- La agenda del terapeuta es expuesta y no una secreta.

- Las historias de los consultantes pueden ser multinarradas.
- Los problemas no son totalizadores, no pueden abarcarlo todo ni mucho menos, cambiarlo todo.

Finalmente y tomando en cuenta los puntos anteriores, resalto la postura ética participativa del terapeuta, que en vez de una búsqueda de la causa o de la verdad, limita su papel al aporte de información necesaria para que el individuo o la familia, pueda tomar decisiones sobre la base de sus propios valores. El terapeuta ya no es más una autoridad que dirige y constriñe las decisiones, dejando así la visión de la clase privilegiada del experto. Entonces se puede hablar de una co-construcción de la realidad y en un contexto más amplio, ser co-autores de nuestra historia (Hoffman, 1996).

I. II. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.

2.1. Descripción de los escenarios.

La Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México consta de cuatro semestres, siendo el segundo semestre el inicio de las actividades clínicas supervisadas. A continuación presento una descripción del contexto en donde participé en mi formación como terapeuta familiar, siendo éste una parte fundamental que apoya las competencias clínicas, el trabajo comunitario, las investigaciones y las reflexiones de mi práctica reportadas en capítulos más adelante.

2.1.2. Centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

La Dra. Graciela Rodríguez siendo directora de la Facultad de Psicología, desarrollo iniciativas para la creación de dos centros de atención a la comunidad: el Centro de Servicios Psicológicos y el Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”. Ambos centros depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los objetivos del Centro de Servicios psicológicos son:

- Entrenamiento y supervisión a los estudiantes de posgrado.
- Trabajos de investigación en coordinación con el programa de Maestría y Doctorado de Psicología Clínica.
- Proporcionar espacios en dónde se los alumnos puedan tomar cursos y talleres para incrementar sus habilidades como terapeutas.
- Elaboración de talleres para las personas que asiste a solicitar los servicios del centro con la finalidad de tener una atención más completa.

Los servicios que ofrece actualmente el centro son:

- Pre consulta. Es la entrevista inicial donde se indaga sobre el motivo de consulta.
- Evaluación. Luego de la entrevista inicial, se realiza una evaluación psicométrica y una historia clínica.
- Referencia y Canalización. Una vez que se cuenta con un pre-diagnóstico clínico, la persona es referida a los servicios especializados dentro del centro. De no ser posible la atención en el centro, la persona es referida a otra institución que cuente con los servicios especializados requeridos.

Los servicios son proporcionados por estudiantes de la Licenciatura en Psicología y residentes de la maestría y doctorado de la facultad. Los profesores y supervisores se encargan de observar los procesos terapéuticos y el desarrollo de

los terapeutas en formación de los diversos existentes en la UNAM, campus CU.

| Cuadro 1. Servicios Especializados | |
|------------------------------------|-------------|
| Prevención Primaria | Tratamiento |
| Talleres en las áreas de: | Individual |
| Habilidades sociales | De pareja |
| Desarrollo de emociones | Familiar |
| Manejo de crisis | Grupal |
| Desarrollo infantil | |
| Habilidades parentales | |

El Centro está ubicado en el sótano del Edificio “D” perteneciente a la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología. Está compuesto por doce cubículos para atención individual, cuatro cámaras de observación, dos cubículos para terapeutas, dos oficinas administrativas (coordinación del centro y de pacientes), área de recepción, sala de espera, cocina, cuarto de intendencia y sanitarios. El espacio destinado para la atención a familias son las cámaras de observación divididas por un espejo unidireccional. Estas cámaras cuentan con un circuito de televisión cerrado (audio y video), sillones, sillas y mesas.

2.1.3. Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor Sánchez y Navarro”

Sus antecedentes se remontan al año 1979, un grupo de profesores encabezado por el Dr. Julián Mac Gregor realizaban una investigación en la Colonia Ruiz Cortinez, dando pie así a la fundación del centro en mayo de 1981, el nombre en aquel entonces era “Dr. Oswaldo Robles”. Después del fallecimiento del Dr. Mac

Gregor, se decidió que el Centro llevara su nombre como reconocimiento.

El centro se ubica en la calle Tecacalo, Mz. 21, Lt. 24, en la Colonia Ruiz Cortinez de la Delegación Coyoacán.

El centro comunitario tiene como objetivos principales:

1. Profesionalización de los estudiantes de licenciatura y posgrado:
 - Integrándose en alguno de nuestros programas académicos: Formación en la práctica, servicio social, tesis, residencias de maestría.
 - Se busca una integración entre teoría y práctica, donde mediante el trabajo en escenarios reales las y los estudiantes puedan adquirir y consolidar distintas habilidades de diversas áreas de la Psicología.
2. Servicio a la comunidad:
 - Servicios vinculados y contextualizados a las problemáticas reales de la comunidad.
 - Se ofrecen servicios preventivos y de intervención.
 - Nuestros servicios están dirigidos a todos los grupos de edad: niños/as, adolescentes, adultos/as y adultos/as mayores.

El centro comunitario cuenta con diversos espacios para llevar a cabo las actividades que en él se realizan. Cuenta con dos cámaras de Gesell (equipadas con audio y video), salón de usos múltiples, sala de lectura, siete cubículos, sala de cómputo, sala de juntas, oficina del responsable del centro, recepción y sala de espera.

2.1.4. Centro Comunitario “Los Volcanes”

El Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, fue inaugurado el 26 de noviembre de 2004. La Facultad de Psicología de la UNAM, y el movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A.C., establecieron un convenio para conformar el centro. Al elaborar el plan de trabajo se tomaron en cuenta las

funciones que se realizan en la UNAM, como son, la docencia, difusión de la cultura e investigación, así como la necesidad de cubrir los requerimientos de atención clínica psicológica en la población comunitaria que se ubica al Sur del D.F.

El objetivo del centro es proporcionar atención psicológica con personal preparado para realizar una labor profesional de alto nivel; mejorando así la calidad de vida de los habitantes de la comunidad. Se busca que la población pueda contar con más recursos para prevenir, enfrentar y solucionar necesidades en el campo de la salud mental comunitaria, en los niveles individual, familiar y social.

El centro ofrece atención clínica a niños, adolescentes, adultos y desde el año 2007 el servicio también se presta a familias; este servicio abarca:

- Evaluación y diagnóstico
- Orientación individual y familiar
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de pareja
- Terapia de niños: juegos, psicoterapia y
- Psicoterapia Familiar
- Psicoterapia de grupo
- Intervención en crisis

Igualmente el centro busca contribuir a la formación profesional de estudiantes de la carrera de Psicología, mediante su participación en actividades preventivas, de intervención psicoterapéutica y de investigación, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia.

2.1.5 Centro Comunitario San Lorenzo, fundación Bringas-Haghenbeck

El Centro Comunitario San Lorenzo conforma una de las áreas estratégicas de asistencia de la Fundación Bringas-Haghenbeck. IAP. Este Centro se consolida

gracias al esfuerzo privado, social y público, iniciando actividades en el año 2004.

El origen de la Fundación surge de la labor en las causas sociales: la Fundación Luz Bringas y la Fundación Haghenbeck. Ambas instituciones se fusionan para dar lugar a la fundación en 1992.

Dentro de su visión esta el ser una institución social libre, autosuficiente y en constante crecimiento, con estándares de crecimiento tanto a nivel nacional como internacional. Teniendo como objetivo sostener, promover y apoyar establecimiento en beneficio de niños, jóvenes y adultos con el fin de mejorar su calidad de vida. Como institución benéfica operan gracias al apoyo y colaboración de benefactores del sector privado, público y particulares, quienes aportan donativos en efectivo, especie o su tiempo. La organización del centro es por coordinación con funciones específicas cada una.

Cuadro 2. Coordinaciones y funciones.

| Coordinación | Función |
|----------------------|---|
| Vicente María | Ofrece alfabetización, primaria, secundaria y preparatoria. Imparte clases de carpintería, electricidad, cultura de belleza, cocina, y computación |
| Luz Bringas | Ofrece cursos de secretariado con computación e inglés. |
| Medica | Ofrece servicios de consulta médica general, interna, gineco-obstétrica, odontológica, oftalmológica y pediátrica. |
| Psicológica | Se encarga de dar terapias para niños, adolescentes y adultos, cursos de desarrollo humano, escuela para padres y pláticas de prevención de adicciones. |
| Deportiva | Actualmente están conformados 60 equipos que representan a la institución en actividades de fútbol, básquetbol, voleibol, gimnasio y atletismo. |

2.2.2. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.

Nuestra función como terapeutas familiares en los escenarios descritos fue prestar atención especializada principalmente a parejas y familias, sin descartar la atención individual. Las sesiones terapéuticas se organizaban en cuatro etapas:

- **Presesión.** Se presentaban los antecedentes del caso, se discutían posibles líneas de intervención y se fijaban los objetivos de la sesión.
- **Sesión.** El terapeuta a cargo tenía como apoyo al resto del grupo como equipo terapéutico. El equipo o supervisor intervenía si lo consideraba necesario por el interfón de la cámara de Gesell o en su caso llamaba a la puerta, así mismo se discutían posibles intervenciones para el final de la sesión.
- **Pausa o inter sesión.** El terapeuta se reunía con el equipo para discutir líneas de intervención y cierre.
- **Intervención.** El terapeuta a cargo regresaba con la familia a realizar el cierre de la sesión.
- **Post sesión.** Se discutía entre el equipo completo posibles líneas de acción para futuras sesiones, se hablaban de aspectos teórico-metodológicos y se abría un espacio de reflexión en torno al caso y su problemática.

Cabe señalar que en los escenarios clínicos de San Lorenzo y Los volcanes, no se contaba con cámara de Gesell por lo que el equipo estaba presente en la sesiones, lo que generaba una dinámica diferente en cuanto a discutir al momento entre el equipo posibles intervenciones, la discusión se generaba en la pausa dónde los terapeutas y equipo salían de la sala para discutir líneas de intervención y cierre.

En el centro “Dr. Guillermo Dávila” participamos en el servicio de pre consulta, que consistía en recibir a los usuarios en su primer cita para una entrevista diagnóstica y su posterior canalización a un servicio acorde a su problemática planteada.

Es importante mencionar que la discusión y supervisión de los casos atendidos no se limitaban al espacio de las sesiones terapéuticas donde estaba presente un supervisor, sino que a lo largo de la residencia, se presentaban y discutían en otros escenarios, como las clases dedicadas a la supervisión clínica e inclusive trascendían el escenario de las clases e involucraban ya un reconocimiento entre colegas, es decir, entre mis compañeros de la residencia.

2.3.1 Las principales problemáticas atendidas en las sedes clínicas

Como equipo terapéutico, durante la residencia atendimos en las sedes anteriormente descritas un total de 56 casos. A continuación muestro las principales problemáticas atendidas en las diversas sedes, agrupadas bajo categorías generales *Pareja, Familia, Problemas de salud, Violencia y Otros*.

| Tabla 1. Categoría “Pareja” | |
|---|--------------|
| Motivo de consulta | Casos |
| Conflicto en la pareja | 8 |
| Separación de la pareja | 7 |
| Conflicto en la pareja. Violencia | 5 |
| Conflicto en la pareja e hijos | 2 |
| Separación de la pareja. Violencia | 2 |
| Conflicto en la pareja y con hijos adolescentes | 1 |
| Conflicto en la pareja. Homosexualidad | 1 |
| Problemas en la pareja. Duelo | 1 |
| Separación de la pareja. Infidelidad | 1 |
| Infidelidad | 1 |
| TOTAL | 29 |

Estas categorías obedecen al principal motivo de consulta, sin descartar claro otros problemas que mostraban las familias. Con un total de 29 casos, el 52% del total de los casos atendidos, la categoría *Pareja* que incluye como principales problemáticas los conflictos en la pareja con 8 casos, separación 7 casos y violencia con 7 casos. Es de resaltar los casos de conflicto y separación en la pareja con violencia.

La categoría *Familiares* incluye aquellos motivos de consulta que afectaban de manera directa o indirecta la dinámica familiar. Con un total de 10 casos, el 10.18% del total de los casos, se resaltan los tres casos dónde la homosexualidad por parte de un integrante de la familia generó algún tipo de conflicto, le siguen los conflictos y problemas con los hijos en edad preescolar, escolar y con hijos adolescentes.

| Tabla 2. Categoría “Familiares” | |
|--|--------------|
| Motivo de Consulta | Casos |
| Conflicto familiar. Homosexualidad | 3 |
| Conflicto con hijo en edad preescolar | 2 |
| Problemas escolares y conflicto familiar | 1 |
| Conflicto familiar | 1 |
| Problemas con hijos adolescentes | 1 |
| Conflicto con hijo en edad escolar | 1 |
| Depresión en hijo de edad preescolar | 1 |
| TOTAL | 10 |

En la categoría *Problemas de salud* se incluyen los casos donde la principal problemática que afectaba la dinámica familiar fue algún tipo de problema de

salud, ya sea enfermedades en alguno de los hijos, discapacidad e inclusive aquellos que causaban problemas en la pareja. Con un total de 8 casos, el 8.14% del total de los casos.

| Tabla 3. Categoría “Problemas de salud” | |
|---|--------------|
| Motivo de consulta | Casos |
| Problemas de salud | 4 |
| Problemas de salud y conflicto con la pareja e hijos | 1 |
| Problemas de salud y conflicto con los hijos adolescentes | 1 |
| Problemas de salud y discapacidad | 1 |
| Problemas de salud y conflicto en la pareja | 1 |
| TOTAL | 8 |

La categoría de *Violencia* incluye aquellos cosas dónde el principal motivo de consulta fue la violencia en la familia, con un total de 4 casos, el 4.7% del total de los casos atendidos. Sin embargo a esta categoría le podemos sumar los 7 casos mostrados en la categoría de “Pareja”, lo que nos daría un total de 11 casos.

| Tabla 4. Categoría “Violencia” | |
|---------------------------------------|--------------|
| Motivo de consulta | Casos |
| Violencia en la familia. Adicciones | 2 |
| Violencia social. Secuestro | 1 |
| Violencia familiar | 1 |
| TOTAL | 4 |

En esta última categoría de *Otras*, con un total de 5 casos, el 5.9% del total de los casos atendidos, se agrupan los motivos de consulta que fueron lo que menor frecuencia tuvieron durante la residencia y que no se reportaban con afectación en la dinámica familiar, resaltando depresión con 2 casos, homosexualidad, problemas psiquiátricos y adicciones con un caso respectivamente.

| Tabla 5. Categoría “Otras” | |
|-----------------------------------|--------------|
| Motivo de consulta | Casos |
| Depresión | 2 |
| Homosexualidad | 1 |
| Problemas psiquiátricos | 1 |
| Adicciones | 1 |
| TOTAL | 5 |

II. Marco Teórico.

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

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

El marco teórico y epistemológico que fundamenta los principios de los modelos de intervención en la Terapia Familiar, en su mayoría están enlazados con su transcurrir histórico, por lo que es difícil fijar una fecha inaugural del campo. En este sentido mi exposición no es cronológica, sino que presento lo fundamental para su comprensión y los aspectos esenciales de los modelos de intervención que formaron parte de la residencia.

Teoría general de los sistemas

La teoría general de los sistemas (TGS) planteada por Bertalanffy (Auerswald, 1990) se presenta como un cúmulo de nuevas categorías de pensamiento científico que responden históricamente a una búsqueda por nuevos modelos que explicaran, de una mejor manera, la complejidad de los fenómenos biológicos, del comportamiento y sociológicos. El cuerpo teórico de la TGS en relación con la terapia familiar y particularmente de la concepción sistémica de la familia, es una nueva aproximación y concepción de los problemas, del comportamiento y de sus relaciones (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Propiedades principales de los sistemas:

Totalidad. Se refiere a que un sistema no es la suma de sus partes, sino un todo inseparable y coherente, donde cada uno de sus elementos está relacionado con los demás, de manera que un cambio en uno de ellos genera un cambio en todos los demás y en el sistema total (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997).

Retroalimentación y control. Los sistemas son controlados por un circuito que devuelve al sistema parte de sus salidas en forma de entradas. Una vez establecido el circuito, el sistema mantiene un patrón de conducta determinado por uno de dos posibles tipos de retroalimentación. La retroalimentación negativa opera para mantener la estabilidad del sistema y corregir cualquier desviación (de origen interno o externo), de las conductas controladas por este mecanismo. Un ejemplo de este tipo de retroalimentación en la familia se da cuando se trata de corregir las desviaciones de alguno de sus miembros de las reglas y valores familiares. Por otro lado, la retroalimentación positiva, es un mecanismo que amplifica la desviación, conlleva la pérdida de la estabilidad y favorece el cambio. Un ejemplo de este proceso en las familias es la capacidad de innovar o crear nuevas estrategias de resolver problemas ante situaciones nuevas o difíciles (Gracia et al., 2000).

Circularidad. La causalidad circular o recurrencia implica que en un sistema las causas y los efectos tienen la posibilidad de regresar a su punto de partida inicial, es decir, que los elementos en interacción de un sistema se influyen mutuamente. Este concepto implica que en un sistema como la familia, la acción de un miembro influye sobre las acciones de otro miembro, que por su parte también influye sobre el primero. Esta perspectiva es distinta a la causalidad lineal, desde la cual se considera que sólo una persona le hace algo a otra, en una secuencia de causa-efecto (Watzlawick et al., 1997).

Equifinalidad y equipotencialidad. Cuando se observa un sistema, no se puede hacer una inferencia con respecto a su estado pasado o futuro a partir de su estado actual, porque las mismas condiciones iniciales no producen necesariamente los mismos efectos (equipotencialidad) y los mismos

efectos no tienen por qué haber partido de las mismas condiciones iniciales (equifinalidad) (Simon et al., 1988).

Límites. En los sistemas existen límites que delimitan los elementos que pertenecen al sistema y aquellos que pertenecen a su ambiente. Los límites de un sistema en particular pueden caracterizarse como más o menos cerrados en función de su relativa permeabilidad, o el grado en que permite o impide el flujo de materia, energía o información entre el sistema y su ambiente (Gracia et al., 2000).

Jerarquía. Los sistemas como la familia, se organizan jerárquicamente en subsistemas más pequeños y a la vez están inmersos en sistemas más amplios o suprasistemas (Gracia et al., 2000).

Entropía y negentropía. Un proceso dinámico de los sistemas se establece entre estas propiedades. La entropía se refiere al grado de desorganización o desorden dentro de un sistema, mientras que la negentropía hace alusión al orden dentro del sistema. Este último concepto se utiliza para describir la cantidad de información organizada y coherente que contiene un mensaje, e implica que un sistema como la familia aumentará su capacidad de organización a través de la adquisición de conocimientos e información (Simon et al., 1988).

Redundancia. Se refiere a la repetición de conductas dentro de un sistema con regularidad, lo que permite establecer una estructura dentro de un contexto temporal. En una familia, la redundancia sirve para reducir la entropía y facilitar la transmisión de información entre sus miembros, además de que genera reglas interaccionales (Simon et al., 1988).

De acuerdo con estas propiedades, las familias pueden conceptualizarse como sistemas porque poseen las siguientes características (Gracia et al., 2000):

- a) Los miembros de una familia se consideran partes interdependientes de una totalidad más amplia; y la conducta de cada miembro afecta a los demás miembros de la familia.

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

Cibernética

En la cibernética de primer orden, también llamada de los sistemas observados, se conceptualiza la familia (sistema observado) separada del observador (terapeuta). Se utiliza el concepto de homeostasis familiar, para describir la interacción familiar como un sistema cerrado de información donde las variaciones del comportamiento son retroalimentadas negativamente para corregir la respuesta del sistema. Esto implica que cuando una persona cambia en relación con otra, ésta última actuará sobre la primera de forma tal que disminuya dicho cambio. A dicho proceso se le conoce como morfostasis (Hoffman, 1987).

En un segundo momento en la cibernética de primer orden, se da énfasis en la forma de cómo las familias cambiaban su organización mediante retroalimentación

positiva y el proceso de amplificación de la desviación, denominado morfogénesis. En este sentido, la función del terapeuta tiende a provocar crisis en el sistema para obligarlo a modificar sus reglas y dar un salto evolutivo (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

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

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

Teoría de la comunicación

La Teoría de la Comunicación Humana fue propuesta y desarrollada por el grupo de Bateson y el MRI en la década de los 50's, aunque la obra en que se da a conocer que lleva este nombre como título se publica en 1967. Algunos autores la conocen como "la Nueva Teoría de la Comunicación"; le anteponen el adjetivo de "nueva" "para distinguirla de la Teoría de la Comunicación propuesta por Claude Shannon y Warren Weaver (1949), que contiene formas de explicación sumamente simples y mecánicas (Eguiluz, 2006)

Gregory Bateson es considerado como el iniciador de esta nueva teoría, ya que desde los años 30 hizo investigaciones relacionadas con el ámbito de la comunicación humana y desarrolló, junto con Margaret Mead, el concepto de *cismogénesis*. Pero la teoría como tal se fue desarrollando a partir de los trabajos realizados con su equipo de Palo Alto, conformado por Weakland, Jackson, Beavin y Watzlawick, Esta teoría se centra en el aspecto pragmático de la comunicación, es decir, en los efectos de la comunicación sobre la conducta, y retoma como conceptos básicos los de función, información, retroalimentación, redundancia y cálculo como marco de referencia (Watzlawick, et al., 1997).

Su estudio se subdivide en tres áreas:

- **Sintáctica:** se ocupa de los problemas relativos a la transmisión de la información y las propiedades del lenguaje,
- **Semántica:** tiene que ver con el significado de aquello que se transmite,
- **Pragmática:** analiza el cómo afecta la comunicación en la conducta.

La teoría de la comunicación humana no sólo se interesa por estos tres aspectos mencionados, sino también por el contexto en el que la comunicación tiene lugar y en la relación emisor receptor establecida por la misma. El término relación también tiene que ver con el significado que puede adquirir un concepto en función

de su relación con otro y los intercambios de información no son vistos en términos de causa y efecto sino en crecimiento y cambio.

La unidad básica de la comunicación es el mensaje, una serie de mensajes que se intercambian entre personas recibe el nombre de interacción y en un nivel más elevado de comunicación, se habla de pautas de interacción. El modelo ofrece ventajas para explicar fenómenos de una manera más abstracta, no hace hipótesis de lo intrapsíquico, sino una explicación de la función del aparato dentro de un sistema más amplio, lo inconsciente en términos psicodinámicos, pierde sentido frente a la noción de significado, no hay búsqueda en el pasado por las causas de la conducta actual, sino que se toma la relación que tiene una persona en su presente con ese pasado y finalmente la relación causa y efecto determinista en la conducta, pasa a ser secundaria al considerar que el síntoma y su significado tiene que ver con la interacción entre los individuos que están estrechamente ligados al paciente y el a éste último (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1997).

La principal y más conocida aportación de esta teoría la constituyen sus axiomas exploratorios de la comunicación, los cuales representaron el fundamento de muchos de los estudios comunicacionales de la escuela de Palo Alto y se convirtieron en un referente fundamental para el desarrollo de los modelos y técnicas de la Terapia Familiar Sistémica.

Los axiomas de la teoría de la comunicación humana son la base de este cuerpo teórico:

- **No es posible no comunicar.** Toda conducta es comunicación. No hay nada que sea lo contrario de conducta, no hay no-conducta, es imposible no comportarse. Ahora bien, si se acepta que toda conducta en un situación e interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar.

- **Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, así el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.** Toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación. Una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone conductas. El aspecto referencial de un mensaje trasmite información y en la comunicación humana es sinónimo de contenido. El aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y en última instancia, a la relación entre los comunicantes. Las confusiones o contaminaciones entre estos niveles – comunicación y metacomunicación – pueden llevar a impasses idénticos en su estructura a los de las famosas paradojas en el campo de la lógica
- **La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.** Para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambios. Sin embargo, en una secuencia prolongada de intercambio, los organismos participantes - especialmente si se trata de personas – de hecho puntúan la secuencia de modo que uno de ellos o el otro tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc. Es decir, establecen entre ellos patrones de intercambio y dichos patrones constituyen de hecho reglas de contingencia con respecto al intercambio de refuerzos
- **Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.** El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.
- **Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.** (Watzlawick et al., 1997).

Estos axiomas representan, desde un punto de vista pragmático, una importante guía para el terapeuta quien participa de la comunicación humana. Le proporcionan una base para comprender e interpretar el proceso interaccional; además, permiten y sustentan incluso una serie de “patologías” potenciales a partir de los mismos, lo cual resulta de mucha utilidad, ya que el terapeuta centra su trabajo justo en el proceso de interacción entre sistemas y para dicha tarea la Teoría de la Comunicación Humana representa el fundamento idóneo.

La influencia de las ideas de Gregory Bateson

Gregory Bateson es un personaje clave y fundamental para la evolución de la Terapia Familiar. Al utilizar las ideas de la cibernética en sus estudios antropológicos, desarrolló el concepto de cismogénesis, tras observar la interdependencia del comportamiento y que ciertas conductas tienden a mantener el status quo de las normas culturales, mientras que otras conductas producen cambios si no son reprimidas. La cismogénesis implica un proceso en que se diferencian las reglas de comportamiento de las personas como resultado de las interacciones con los demás. Se distinguen dos tipos:

- a) complementaria, donde el comportamiento de un individuo o grupo es complemento de otro, como la autoridad-sumisión;
- b) simétrica, donde el comportamiento es similar, como en las relaciones de competencia.

Bateson consideraba que tanto en las relaciones simétricas como complementarias podían romperse las relaciones por el aumento de la desviación basado en la retroalimentación positiva. Al mismo tiempo, señaló que existían mecanismos de retroalimentación negativa que contrarrestaban esta tendencia y mantenían la homeostasis (Wittezaele y García, 1994).

Al recurrir a la Teoría de los Tipos Lógicos distinguió el análisis de los elementos del sistema y el sistema en sí, de tal forma que cada uno de estos niveles implica distintos tipos de información. Otra forma de utilizar dicha teoría consiste en diferenciar entre un fenómeno y la explicación del fenómeno, para evitar errores en el manejo de la información. Esto implica para los profesionales de la salud mental una reflexión sobre su forma de teorizar y observar, ya que forman parte del sistema que intentan modificar.

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

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

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

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

Otra idea fundamental de Bateson es la del cambio como coevolución. Si se considera a un individuo, éste tiene que adaptarse al medio ambiente para poder sobrevivir, lo cual implica cierta estabilidad en su comportamiento. Cuando haya modificaciones en el medio, el individuo requiere elegir entre la amplia posibilidad de comportamientos, unos que sean nuevos o diferentes y que le permitan adaptarse a las nuevas circunstancias. A nivel de especie, el azar del potencial genético hace flexible el proceso de adaptación, pero conforme el medio se altere, algunos individuos tendrán más probabilidad de sobrevivir y con el tiempo, la especie se modificará. Bateson llama coevolución al proceso global de regulación de subsistemas en interacción (en este caso el nivel del individuo y el

nivel de la especie). Esto no implica un cambio intencional, sino un proceso dinámico de estabilidad y cambio, de azar y selección (Witzeaele et al., 1994).

Las ideas de Bateson han servido de base para el estudio de las interacciones familiares y el desarrollo de la Teoría de la Comunicación Humana, presentan similitudes con la Cibernética del Segundo Orden y han sido la influencia de las prácticas de diversas escuelas de Terapia Sistémica y Posmoderna.

El doble vínculo

Del grupo de investigación encabezado por Bateson se desprende la conceptualización del *doble vínculo*. Se estudiaban los niveles de la comunicación mediante la teoría de los tipos lógicos y se intentó utilizarla para explicar las interacciones humanas. En sus primeros hallazgos descubrieron que la comunicación tiene diferentes niveles y que las personas recurren a mensajes metacomunicativos para clasificar los tipos de mensaje. El grupo consideraba que la confusión de los tipos lógicos generaba paradojas cuando el mensaje y el metamensaje contenían negaciones, y empezaron a estudiar estos fenómenos en las familias con miembros esquizofrénicos. (Hoffman, 1987).

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

- a) Dos personas o más.
- b) Una experiencia repetitiva.
- c) Una orden negativa primaria (un contexto de evitación del castigo).
- d) Una orden secundaria que entra en conflicto con la primera en otro nivel de comunicación y que también es sancionada con castigos.
- e) Una orden negativa terciaria que impide a la víctima escapar de la situación.

- f) Cualquier parte de la secuencia puede provocar una reacción en la víctima, cuando ha aprendido a estructurar su mundo a partir de este esquema de doble coacción.

El concepto de doble vínculo y la familia como sistema homeostático, son dos principios que con el tiempo le dieron sentido a la terapia familiar sistémica (Vargas, 2004).

En esta línea de investigaciones en esquizofrenia, cabe mencionar a Bowen quien postuló la hipótesis de la esquizofrenia en tres generaciones como resultado de la inmadurez y simbiosis presente en la elección de pareja a través de éstas generaciones. También planteó la idea de la indiferenciada masa del ego familiar, al referirse a familias con interdependencia intensa. Wynne por su parte planteó los conceptos de seudomutualidad para referirse al cambio rápido en las alineaciones y escisiones de las familias del esquizofrénico. Y el concepto de cerca de caucho, donde se refiere a la frontera, en apariencia flexible, que la familia tiene para defenderse y protegerse de nueva información y un cambio potencial (Hoffman, 1987).

Posmodernismo: constructivismo y construcción social

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

En este contexto distinguimos dos corrientes de pensamiento que marcan su postura en relación a las ideas modernas: el constructivismo y el construccionismo social.

El constructivismo es una teoría del conocimiento, postula que un organismo no es capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, sólo puede construir un modelo que se ajuste a ella mediante las interacciones que el organismo tiene con su ambiente. Una base fundamental de esta teoría han sido numerosos estudios del campo de la biología y la neurofisiología, que han descubierto que las señales que son enviadas de las diversas células sensoriales a la corteza cerebral, no difieren cualitativamente. Esto implica que las personas no distinguimos las cosas porque recibimos informaciones sobre una realidad exterior, sino que construimos la realidad mediante nuestro sistema perceptivo-cognitivo (Von Glasersfeld, 2000). El constructivismo considera que no se puede conocer una realidad independientemente del observador, a diferencia del paradigma objetivista que pretende describir una realidad absoluta (Neimeyer , 2000).

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

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

considerar que nadie tiene una visión privilegiada de la realidad, se aceptan los diversos puntos de vista en lugar de imponer la perspectiva del terapeuta (Boscolo et al., 2000).

Para el construccionismo social, las personas crean significados a través del diálogo, el intercambio o las relaciones sociales. El proceso de construcción de significados ocurre dentro de complejas redes de relaciones y procesos sociales, dentro de discursos locales y culturales, e implica una negociación constante a través del tiempo. A diferencia del constructivismo, que también rechaza la idea de que la mente refleja la realidad y considera que el conocimiento es una construcción, el construccionismo social subraya los procesos sociales de construcción y los contextos donde dichos procesos ocurren, considera que la mente es relacional y que el desarrollo del significado es discursivo (Gergen y Warhus, 2000).

Los principios de racionalidad y objetividad son cuestionados, se plantea que la acción humana es producto de sus relaciones sociales, no de la forma en que mira al mundo. El yo y las emociones son conceptualizados por cada uno de acuerdo al propio contexto relacional, siendo el principal vínculo formativo el lenguaje, pues es por medio de narraciones que las personas se representan mutuamente al mundo y dan significado a sus actos. Cada acto humano surge en un contexto social que le da significado, sin el cual resulta incomprendible, al igual que lo que se siente, se piensa o se dice, del mismo modo, cada uno de estos actos humanos, es modificable por las pautas de relación (Gergen, 1991).

En el pensamiento posmoderno la hermenéutica tiene un papel importante, ésta considera a la comprensión como un proceso interpretativo donde las personas son participantes activas, que generan significados al tratar de comprender un texto o un discurso. Sin embargo, una interpretación verdadera o final es imposible, por lo que cada interpretación es sólo una versión de la verdad. Cada persona que interpreta dentro de un intercambio social, trae consigo y contribuye con su historia, sus creencias, sus intenciones y sus prácticas lingüísticas, las

cuales afectan su participación en el desarrollo del significado mientras interactúa con otra persona. Por este motivo, el proceso de comprensión se convierte en una actividad dialógica y relacional, donde las personas tratan de comprender mutuamente sus significados e incluso pueden crear nuevos significados a través de la conversación (Anderson, 2007).

Una última influencia significativa del posmodernismo es la metáfora de la narrativa. La narrativa es una forma de discurso mediante la cual organizamos, damos significado, interpretamos, brindamos estructura y mantenemos una coherencia en las circunstancias, eventos y experiencias de nuestras vidas. Las narrativas son creadas, experimentadas y compartidas en la conversación y la acción con los demás y con nosotros mismos. A través del lenguaje construimos y damos significado a nuestras historias, por lo que sus límites condicionan lo que puede ser expresado y la forma en que se expresa (Boscolo et, al., 2000).

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

1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

1.2.1 Modelo Estructural

La terapia estructural es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. Este marco de referencia amplía la visión que hay sobre el individuo, al considerar que su posible patología puede estar situada fuera él y que responde al resultado de interacciones en un campo más amplio que lo intrapsíquico. Así la patología puede estar dentro del individuo, fuera de él, o en la retroalimentación de su interacción con su medio (Hoffman, 1987).

El abordaje desde una perspectiva sistémica, redefinió la forma de conceptualizar los problemas y por lo tanto el tratamiento. Se incluye ahora el contexto y la responsabilidad compartida entre los miembros del sistema en relación al síntoma. El interés en esta perspectiva estructural es saber como todos los miembros del sistema participan en el mantenimiento del síntoma y al mismo tiempo, cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros por mantener la estabilidad familiar (Desatnik, 2004).

Principales exponentes

Salvador Minuchin es el principal representante del modelo estructural, a partir de su práctica clínica y de su contacto con la teoría sistémica, comenzó a abordar los problemas de salud mental de una manera diferente. De sus trabajos con familias de escasos recursos se desprenden los primeros intentos por lograr una clasificación de la organización familiar, trabajo que realizó al lado de Montalvo con familias con un adolescente delincuente. Las primeras tipologías fueron la

familia enredada y la familia apartada, clasificaciones que se derivó del tipo de nexo y relación que se observó en los miembros (Hoffman, 1987).

En 1969 junto con Haley, Montalvo y Roseman desarrolló programas de entrenamiento para terapeutas, dónde enfatizó el uso de las video grabaciones para aprender y aplicar las técnicas de la terapia estructural (Desatnik, 2004).

Principios básicos

Se considera a la persona como un miembro de distintos contextos sociales, el problema se ubica entre el sujeto y sus contextos, más que en sus procesos internos. En este marco de ideas, diferentes al abordaje que hace la terapia individual, tenemos tres axiomas:

- La vida psíquica del individuo no es exclusivamente un proceso interno.
- Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros del sistema.
- Cuando el terapeuta trabaja con un individuo o familia, su conducta se incluye en ese contexto.

La familia es un sistema abierto a la sociedad y sus cambios. Es la encargada de la protección psicosocial de sus miembros (función interna) y de acomodarse a una cultura y la transmisión de ésta (función externa). En la familia se genera el sentido de separación y de individuación, debe adaptarse a los cambios sociales para garantizar y fomentar el desarrollo de sus miembros y la transmisión de la cultura. Es un proceso complejo, ya que muchas veces la familia no se adapta rápidamente a los cambios sociales, repercutiendo no solo en la sociedad sino también en los miembros de la familia.

La estructura familiar está formada por demandas funcionales que organizan la interacción de sus miembros, estas pautas transaccionales regulan la conducta de

cada miembro. Se parte del hecho de que, el sistema familiar se mantiene a si mismo, adaptándose a los cambios internos y externos, adaptación que dependerá de la flexibilidad y disponibilidad de pautas transaccionales suficientes para transformarse. El estrés sobre un sistema familiar puede ser de un miembro con fuerzas extrafamiliares (circunstancial individual), de la totalidad de la familia con fuerzas extrafamiliares (cambios sociales), momentos de transición (evolución de la familia) y finalmente a problemas de idiosincrasias.

Dentro de la familia hay subsistemas que cumplen diferentes funciones y en dónde también el individuo aprende diferentes habilidades. Minuchin (1974) menciona tres subsistemas, el conyugal, parental y fraterno que después en su libro "Técnicas de terapia familiar" (Minuchin y Fishman, 1984) los describe como holones. Sin embargo para que la familia funcione, cada subsistema tiene que estar bien delimitado. Estos límites están formados por reglas de interacción, pueden ser difusos, claros o rígidos.

Se presupone que las familias que se presentan en terapia, son principalmente familias en transición con transacción rígida y que no permite la búsqueda de nuevas pautas. El desarrollo de la familia se da en etapas de complejidad creciente, desde la formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos adolescentes y la familia con hijos mayores y la partida de estos. Hay periodos de equilibrio y adaptación dónde hay dominio de las tareas y aptitudes. También hay periodos de desequilibrio, la consecuencia es el salto a un nuevo y más complejo estadio, en el que se elaboraran tareas y aptitudes nuevas.

El terapeuta en la terapia estructural de familia busca mediante la acción, transformar al sistema en su estructura sumándose a él, fomentando así una reacomodación y un cambio, para que el sistema pueda desarrollar sus tareas con mayor eficiencia. Se espera que estos cambios sean perpetuados por la autorregulación del sistema.

El contrato terapéutico y formación del sistema terapéutico.

El contrato terapéutico es un acuerdo que se logra con la familia con respecto a la naturaleza del problema y los objetivos a alcanzar, es una promesa de ayuda para la familia, incluye elementos logísticos, se especifica la frecuencia, duración y extensión de las sesiones y al igual que el diagnóstico, el contrato evoluciona a medida que la terapia progresa. Para lograr reestructurar a la familia y alcanzar los objetivos terapéuticos, el terapeuta deberá establecer un sistema terapéutico mediante operaciones de asociación con la familia. Estas operaciones son para el terapeuta elementos que sirven de apertura para la terapia.

Coparticipar con la familia es más una actitud que una técnica, es la cobertura por la cual se producen todas las interacciones terapéuticas. Es el ejercicio de ir clarificando en el espacio terapéutico que lugar tendrá el terapeuta con relación al sistema y subsistema La coparticipación puede darse desde diferentes posiciones de proximidad:

1. Posición de cercanía. Es la coalición con miembros de la familia en contra de otros por medio de la confirmación, validando la realidad de los holones en los que coparticipa, buscando reconocer y apremiar los aspectos positivos.
2. Posición intermedia. Es la coparticipación como oyente activo, neutral, pidiendo a los integrantes que cuenten que les pasa. Es un método para recopilar datos.
3. Posición Distante. Es hacer el papel de director, al percibir las pautas de interacción de la familia, promueve las mismas pero también nuevas pautas encaminadas hacia el cambio.

| Cuadro 3. Técnicas de union-acomodación. | |
|---|---|
| Técnica | Descripción |
| Mantenimiento | <p>-Se relaciona con la técnica de acomodación de proporcionar un apoyo programado a la estructura familiar.</p> <p>-El terapeuta opta por mantener las pautas transaccionales de un subsistema familiar.</p> <p>-Las operaciones requieren de confirmación activa y apoyo de los subsistemas familiares.</p> |
| Rastreo | <p>-Se sigue el contenido de las comunicaciones y conducta de la familia, alentando a continuarlas para explorar la estructura familiar.</p> <p>-Puede ser mediante la clarificación, comentarios aprobadores o el estímulo para la aplicación.</p> |
| Mimetismo | <p>-Se utiliza para acomodarse a un estilo familiar y a sus modalidades afectivas.</p> |

La finalidad de la coparticipación es de librar del síntoma a quien es el portador, reducir el conflicto y la tensión, obtener formas de acercamiento a la familia mediante diferentes alianzas que permitirán entender las pautas de interacción de la familia.

Diagnóstico

Es la hipótesis de trabajo del terapeuta, mismo que desarrolla a partir de las observaciones y experiencias relacionadas con el proceso de unión a la familia. El diagnóstico familiar se va elaborando mediante la acomodación del terapeuta hacia la formación de un sistema terapéutico y terminando en la evaluación de las

experiencias en la interacción con la familia y también de la familia hacia el terapeuta. El objetivo es ampliar la visión que la familia tiene sobre su problemática, llevarla de lo individual al contexto familiar habitual. El diagnóstico se modifica a medida que familia y terapeuta se acomodan. El diagnóstico en terapia familiar que toma en cuenta el contexto, ofrece la ventaja de ser más amplio en su intervención terapéutica, siendo así el diagnóstico y la terapia un proceso inseparable.

Se evalúan seis áreas fundamentales en las transacciones de la familia:

1. Se considera la estructura familiar, pautas transaccionales preferibles y alternativas disponibles.
2. La flexibilidad del sistema y capacidad de reestructuración.
3. La resonancia del sistema, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros.
4. El contexto de vida de la familia, fuentes de apoyo y estrés en su ecología.
5. El estadio de desarrollo del sistema y su rendimiento en las tareas propias al estadio.
6. Las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

En la terapia familiar es importante tener en cuenta que cada familia tiene una estructura diferente. El saber cómo está configurada su estructura ayudará a plantear mejor las hipótesis sobre su organización, funcionalidad, debilidades y su posible aceptación o no de nuestras intervenciones. Minuchin (1984) plantea que hay ciertas configuraciones que son muy comunes de encontrar en la práctica:

De transición:

- Pas de deux: familia formada por dos personas.
- De tres generaciones: familia extensa.
- Soporte: con un hijo parental.

- Acordeón: con un miembro periférico.
- Cambiantes: familias con transitoriedad.
- Huésped: con un nuevo miembro en casa que no es del sistema.

De discontinuidad:

- Fantasmas: familias en duelo.
- Compuesta: nueva unión familiar.
- Descontroladas: con hijos adolescentes.
- Psicósomáticas: familias con un miembro enfermo volcada en su asistencia.

La organización de la estructura familiar tiene diversos elementos que nos permiten identificar el tipo de estructura familiar y la forma en que los síntomas se conectan con dicha estructura. Los elementos propuestos son:

1. Subsistemas. La familia desempeña sus funciones a través de subsistemas que pueden estar formados por generación, género, interés, funciones, etc. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas, en ellos aprende diversas habilidades.
2. Límites. Son las reglas que definen quiénes participan y de qué manera, protegen la diferenciación del sistema o subsistema. Pueden ser claros, difusos o rígidos.
3. Jerarquías. Son las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema.
4. Alianzas. Designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema.
5. Coaliciones. Cuando las alianzas se convierten en el objeto de perjudicar a un tercero.
6. Triángulos. Tiene como función dentro de un sistema equilibrar la relación de varios miembros que puedan tener relaciones conflictivas, es decir, una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia a un tercero.

Técnicas de la terapia estructural

Las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar a la familia mediante el cuestionamiento de su organización, su finalidad consiste en conducir el proceso terapéutico a la búsqueda de nuevas pautas de interacción. Son tres principales estrategias de la terapia estructural de familia y cada una dispone de un grupo de técnicas:

Cuestionamiento del síntoma

El síntoma es considerado como una solución protectora dentro de la familia, el portador del síntoma se sacrifica para defender la homeostasis de la familia. El cuestionamiento puede ser directo o indirecto, explícito o implícito, ir derecho o paradójicamente. El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene sobre el problema. Las técnicas de esta estrategia son:

- La escenificación. La familia danza en presencia del terapeuta, se ponen en escena interacciones familiares: secuencias espontaneas, provocar interacciones, promover interacciones alternativas.
- El enfoque. El terapeuta selecciona y pone de relieve un aspecto de la interacción familiar y los organiza de manera que sea acorde con las estrategias y objetivos terapéuticos.
- El logro de intensidad. Intervenir de manera que la familia registre el mensaje, que sea reconocido en su importancia. Incluye la repetición del mensaje, repetición de las interacciones isomórficas: cambio de tiempo, de distancia y resistencia a la presión familiar.

Cuestionamiento de la estructura familiar

Mediante la coparticipación con la familia se forma un diagnóstico de las interacciones familiares, se forma un mapa de la posición recíproca de los

miembros. Se busca cuestionar la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y sus funciones. Las técnicas de esta estrategia son:

- La fijación de fronteras. Modifica la participación de miembros en distintos holones y regula permeabilidad de las fronteras. Distancia psicológica, ordenamiento del espacio, atención selectiva, encontrar indicadores de proximidad, distancia, alianzas, subsistemas, pautas que expresan estructura y la sostienen.
- Desequilibramiento. Modifica las jerarquías de personas dentro de un holón. Cambiar vínculos, jerarquías entre miembros. Aliarse, ignorar o entrar en coalición.
- Complementariedad. Cuestiona la idea de jerarquía lineal. Concepto del yo como unidad y como parte de un todo, cuestionar el problema y la certidumbre del paciente individual. Cuestionamiento del control lineal, del de recortar sucesos. Introducir concepto de reciprocidad y de tiempo ampliado. Encuadrar conductas individuales como parte del contexto.

Cuestionamiento de la realidad familiar

Si partimos del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada, para modificar la visión de la realidad es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las técnicas de esta estrategia son:

- Los constructor cognitivos. La finalidad es transmitir el mensaje de alternativas con que la familia puede disponer además de sus modalidades de interacción. Trasladar a la familia a una realidad o concepción diferente del mundo donde no sea necesario el síntoma, que exista una visión flexible y pluralista dentro de un universo simbólico más complejo. Esto puede ser por medio del uso de símbolos universales, verdades familiares y consejo especializado.

- Las intervenciones paradójicas. Intervención que tiene como consecuencia lo opuesto de lo que se pretende: redefinición, prescripción, restricción, inversión y el uso del coro griego.
- Lados fuertes de la familia. Se resaltan los recursos y logros de la familia o de alguno de sus miembros. El centrarse en los lados fuertes (positivos) de las interacciones se contribuye a crear una realidad alrededor de la familia, realidad que puede fortalecerla y ayudar a combatir aquellas disfunciones que las aquejan.

Proceso terapéutico

La recogida de datos del terapeuta y su diagnóstico, vienen del proceso de asociarse a la familia, del experimentar su realidad, analizando las pautas transaccionales con las que la familia se relaciona con el terapeuta. Los datos recogidos de esas transacciones se plasman en un mapa familiar, un esquema organizativo, simplificador y estático, pero no así la familia, ésta no es estática y en éste mismo movimiento el mapa puede ser replanteado, el mapa nos ayuda a formular hipótesis y objetivos terapéuticos. Desde la primer sesión se va armando un mapa de la familia, lo que también proporciona un objetivo, sesiones subsecuentes ayudarán a esclarecer el mapa. La diferenciación de una familia depende de su idiosincrasia, composición, etapa de desarrollo y subcultura. Se considera que el cambio se produce a través del doble proceso de asociación con la familia y de su reestructuración en forma planificada, para poder así modificar sus pautas disfuncionales.

1.2.3. Modelo Estratégico

El enfoque estratégico tiene sus orígenes en el trabajo de Haley, que podría llamarse "síntesis" de diversas aproximaciones. Para Hoffman (1987) el modelo

estratégico de Haley es una transición entre las posiciones estratégica y estructural. Señala que Haley trató de crear un modelo basado en las técnicas hipnóticas de Milton Erickson, muchas de las técnicas están encaminadas a enfrentar la resistencia.

Al ser un enfoque derivado de las técnicas de Erickson, el modelo no busca patologías, sino que el énfasis está en aceptar la idiosincrasia de la familia, en las diferentes formas que tiene cada familia y el individuo de vivir y organizarse. Así se desarrolla para cada familia una estrategia única con objetivos muy específicos. El objetivo es pues ayudar a las familias o individuos a superar lo que los lleva a terapia. (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El trabajo de Haley está principalmente fundamentado en tres aspectos (Hoffman 1987; Moyedo 2004; Sánchez y Gutiérrez 2000):

1. Comunicación. Derivado del trabajo con el MRI y en particular del enfoque de Bateson y Weakland.
2. Definición de la terapia. Modalidad derivada de los trabajos y consultas a Milton Erickson; y de su particular forma de estructurar la visión de éste (Haley, 1987).
3. Trabajo con familia. Derivado de sus trabajos con Minuchin y Montalvo.

Haley planteó a partir de la teoría del Doble Vínculo, que sugería una confusión entre niveles de comunicación, una descripción de la confusión en los niveles de relación entre generaciones. Ésta descripción resultó en lo que llamó "el triángulo perverso" (Hoffman, 1987). Para Haley el maestro de la terapia estratégica es Erickson, considera la terapia estratégica como una extensión de la técnica hipnótica y define al modelo estratégico como varios tipos de terapia donde "el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente" tal como la técnica hipnótica (Haley, 1980). Del trabajo con Minuchin, Haley retoma la forma de trabajo del modelo estructural, poniendo especial énfasis en las jerarquías

dentro del sistema familiar y las configuraciones tríadicas (Hoffman, 1987; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Los principales exponentes del enfoque estratégico son Haley y Madanes, lo que distingue a un autor del otro es el tipo de abordaje y descripción que hacen de las secuencias particularmente de la pareja y sus problemas, Madanes se inclina más por el análisis del poder en las relaciones y jerarquías que se da mediante el uso del síntoma, mientras que Haley está más centrado en la descripción de las secuencias y deja el análisis del poder como una lucha por aclarar las posiciones dentro de una jerarquía (Haley, 1980; Madanes, 1984).

Principios Básicos

Los principios de la terapia estratégica se derivan del trabajo de Erickson (Haley 1980; Madanes, 1984). Al ser un enfoque directivo, considera que el terapeuta es el encargado de iniciar todo lo que ocurre en terapia:

1. Definición de un problema que sea soluble. Del problema presentado se busca redefinirlo de tal forma que puede ser solucionado a través del proceso.
2. Establecimiento de objetivos. Los objetivos apuntan principalmente a cambiar la secuencia de las pautas que han ocasionado el problema y por lo tanto, impide que se repitan, también se plantean nuevas pautas con el fin de introducir mayor complejidad en el sistema. Los objetivos también están en función de las etapas del ciclo vital.
3. Diseño de una estrategia específica acorde con el problema presentado y los objetivos. Se plantean etapas para alcanzar los objetivos establecidos, éstas están centradas en las relaciones entre dos y no más de tres personas y se busca el cambio en las secuencias de involucramiento y de la forma en cómo están conectadas. La estrategia puede ser modificada en función de las respuestas de la familia o cliente.

4. Evaluación de los resultados. La evaluación está en función de los objetivos planteados y si el problema presentado ha sido resuelto.

El funcionamiento familiar normal y defectuoso.

No existe un funcionamiento normal estandarizado para las familias, la herramienta con la que contamos los terapeutas es la reflexión sobre la organización que nos presenta una familia en particular y a partir de ésta descripción será el cómo vamos a intervenir.

Aspectos a tener en cuenta en el proceso terapéutico

La unidad terapéutica.

La terapia estratégica es sensible a la red social amplia, del análisis de las secuencias de relaciones del problema presentado, se definirá a los actores involucrados, que puede ser la familia , una institución como la escuela o un hospital y el terapeuta, ya que éste último al ser consultado forma ya parte del problema. Haley señala que la dicotomía entre terapia individual y familiar pierde sentido cuando se toma en cuenta el contexto del problema, agrega que es mucho más rico en información el poder entrevistar a más de un miembro involucrado. Otro aspecto importante a tomar en cuenta en el análisis del contexto es la organización y la jerarquía presentes en el problema. (Haley, 1980; Madanes, 1984).

La organización y la jerarquía en los sistemas y en la familia.

La organización de un sistema se refiere a seguir modelos de conducta estandarizados y redundantes mismos que existen dentro de una jerarquía, ésta

última es debido a que existen diferentes funciones a cumplir, el orden jerárquico es inevitable en una organización. La jerarquía dentro de un sistema es mantenida por todos sus integrantes, tanto los de mayor como los de menor jerarquía actúan para hacer respetar e imponer la jerarquía. En la familia la jerarquía más elemental tiene que ver con el límite entre generaciones. Se parte del supuesto de que toda familia deberá organizarse jerárquicamente elaborando reglas sobre quien tendrá más poder y quienes estarán en un nivel secundario. En este sentido se entienden las manifestaciones sintomáticas por parte de un integrante de la familia como señal de que la organización en la que está inmerso tiene un ordenamiento jerárquico confuso. Para fines terapéuticos, conviene describir las manifestaciones sintomáticas como un esfuerzo por aclarar o elaborar las posiciones dentro de la jerarquía de una organización y no como una lucha por el poder (Haley, 1980).

Los conflictos entre generaciones.

En los conflictos bigeneracionales el más típico es la coalición de un progenitor con el niño en contra del otro progenitor. Por lo general se parte del supuesto de que un niño que presenta síntomas está manteniendo la unión de un matrimonio problema. Los problemas conyugales se comunican en función del niño, a través de él, el niño pasa a ser el medio de comunicación y estabiliza el matrimonio.

Uno de los problemas trigeneracionales típicos es cuando un niño ocupa una función parental. La posición del niño en función parental se puede identificar cuando es él quien habla en la entrevista en nombre de sus hermanos menores. El niño en esta función tiene responsabilidad sobre sus hermanos menores pero no tiene delegado completamente el poder para gobernarlos, es decir que no tiene una autonomía suficiente para enfrentar las situaciones. Se encuentra atrapado entre las demandas de la madre que se une a los hermanos pequeños en contra de él.

Cabe mencionar que la diferenciación que se hace entre las estructuras bigeneracional y trigeneracional es arbitraria, la división es por razones prácticas ya que puede haber varias generaciones involucradas en una situación (Haley, 1980).

Secuencias.

La secuencia de hechos que ocurren dentro de una organización delimitan la jerarquía, una estructura está compuesta por actos reiterados entre personas. Las secuencias rígidas y repetitivas dentro de límites estrechos son las que se entienden como patología. En este sentido el cambio terapéutico es introducir un cambio en la secuencia de hechos en los actos reiterados de un sistema autorregulante, es lo que dará paso a un sistema más diversificado. Es importante señalar que la intervención terapéutica deberá darse sin señalar o tratar de hacer que la familia tome consciencia de las secuencias que realizan, el cambio deberá introducirse en las conductas de la secuencia defectuosa.

La triada.

El terapeuta tiene que pensar en función de por lo menos tres pasos de secuencias y tres niveles de jerarquía. El objetivo primario es cambiar una secuencia impidiendo la formación de coaliciones a través de los límites generacionales. Se entiende por coalición como un proceso de acción conjunta contra un tercero. La organización con funcionamiento defectuoso no necesariamente obedece a las coaliciones transgeneracionales sino a la reiteración de éstas como parte del sistema. Este tipo de organización considera en su carácter de unidad triangular de tres niveles las siguientes características:

1. Primera. Los tres individuos involucrados pertenecen a tres generaciones diferentes, (se entiende por generación un orden distinto dentro de la jerarquía de poder).

2. Segunda. El miembro de una generación forma una coalición transgeneracional. En un conflicto bigeneracional, una persona se une con otra contra el par de esta; en un conflicto trigeneracional, la persona de nivel superior se une con la de nivel inferior en contra de la de nivel medio.
3. Tercera. El problema es más grave cuando se niega o se oculta la coalición transgeneracional.

Estrategias de intervención

Contrato terapéutico y formación del sistema terapéutico.

Intervenir en el modelo estratégico comienza desde el momento en que el terapeuta está en contacto con el problema, desde que busca formularlo de una manera en que pueda ser solucionado. De ésta manera, al definir el problema y objetivos, se establece el contrato terapéutico y por lo tanto se forma el sistema terapéutico.

Etapas de la primera entrevista.

La entrevista es el primer contacto en relación con el problema. Por lo que se considera importante buscar que asistan todas las personas que guardan alguna relación con el problema (Haley, 1980).

Etapas sociales.

Es importante en esta etapa dar importancia a cada uno de los que se presentan a la sesión. No se debe pasar a la narración del problema sin antes haber obtenido una “respuesta social”. Desde un inicio el terapeuta tiene que estar atento a las interacciones que se dan entre los asistentes a la sesión. Toda la información que

se vaya recabando debe ser considerada como provisional y se podrá ir confirmando en el transcurso de la sesión o en las subsecuentes. No se debe comunicar las observaciones hechas sin antes tener más información.

Etapas del planteamiento del problema.

Al plantear la pregunta para conocer más sobre el problema, ésta deberá explicitar la posición del terapeuta y deberá ser acorde al nivel cultural de quien esté presente. Al formular la pregunta se deberá tomar en cuenta las siguientes dimensiones: el interés por solucionar el problema, la jerarquía, obtener participación de los miembros de la familia que parecen más desligados al problema y la organización familiar. También hay que tener en cuenta la figura del terapeuta quien debe tener consciente las coaliciones explícitas e implícitas que acarrea con su persona. Y también deberá vigilar el dirigirse continuamente a quien la persona que presenta el problema.

El terapeuta tiene que diferenciar en sesión las dos etapas, para evitar dos errores posibles, que se mezcle el seguir en una etapa social y no llegar a hablar del problema y para focalizarse primero en que se exponga el problema antes de discutir las relaciones en la familia.

Al escuchar la exposición del problema, el terapeuta deberá abstenerse de hacer interpretaciones, de dar consejos aunque se le pidan, deberá limitarse a recoger hechos y opiniones, tiene que fomentar la participación y seguir el ritmo de la familia. Debe observar lo que dice y cómo actúa cada entrevistado, sin comunicarles sus observaciones. La forma en cómo comunican sus opiniones, dará indicios al terapeuta sobre su interés en el proceso. Tanto el lenguaje analógico como el digital puede revelar al terapeuta tanto las relaciones como también le ayudará a utilizar su lenguaje para comunicarse con ellos.

Hay tres formas de recibir información del problema. En un primer momento debe permitir a la familia la expresión del problema a manera de metáfora y no

específicamente, en un segundo momento se pedirá una descripción más concreta y detallada del problema, cómo la duración y la frecuencia y en un tercer momento encaminado a terminar la sesión, se hará un resumen y definición de los cambios deseados.

En cuanto al contenido del problema, los miembros de la familia atribuyen el problema a una sola persona, es tarea del terapeuta pensarlo en más de una.

Etapa de interacción.

Si en la primera etapa se busca recabar la información necesaria con respecto al problema, en una segunda etapa se buscará que los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema. El terapeuta seguirá conduciendo la entrevista pero en un segundo plano, permitiendo la interacción entre los miembros de la familia y estimulándola. De esta forma se pasará de la conversación del problema a la acción de éste en la reunión. También lo que nos va a permitir esta etapa es recabar información sobre las pautas de interacción y organización de la familia.

Etapa de fijación de metas.

Lo que el terapeuta está haciendo al fijar las metas de la terapia, es establecer un contrato y entre más claro sea, será más organizada la terapia y será más probable tener éxito. Ninguna categoría de diagnóstico tradicional es un problema resoluble, lo que se buscará es la operacionalizar el problema. El enfoque propone centrar la atención en la persona problema, ya que funcionará como palanca para el cambio.

Conclusión de la entrevista.

La entrevista deberá concluir con la concertación de una próxima cita, advirtiendo tal vez el citar a otro miembro de la familia. También puede plantearse alguna tarea para que se cumpla entre una sesión y otra. Es importante aclarar a la familia que la duración de la terapia será el menor tiempo posible y el adecuado para resolver los problemas.

Técnicas

Las directivas.

Para Haley (1980), todo cuanto se hace en terapia puede ser visto como una directiva. Los mensajes del terapeuta van encaminados a que la familia haga algo, dirige la entrevista, acepta la información que la familia le proporciona y puede estar o no dispuesto a responsabilizarse del curso de la conducta de la familia. Es el terapeuta quien tiene el mando de la terapia. En cuanto a la finalidad de las directivas se distinguen tres puntos:

- **Subjetividad.** Que la familia experimente una experiencia subjetiva diferente.
- **Relación terapéutica.** Con las directivas se puede intensificar la relación terapéutica. El terapeuta al impartir una directiva se suma a la acción y de ser una tarea entre sesiones, se mantiene ligado a la vida de la familia en ese lapso de tiempo.
- **Información.** Desde la reacción ante la directiva, el contexto en el cuál se busca insertar la tarea y hasta el cumplimiento de la misma, el terapeuta obtiene información de estos aspectos en torno a la directiva.

Para impartir una directiva:

- Se debe motivar a la familia para que la acepte.
- La directiva tiene que ser precisa.
- Puede ser ensayada previamente en la sesión.

Cuanto más claro esté conceptualizado el problema y el objetivo de la terapia será más sencillo planear las directivas (Madanes, 1984)

Motivar a la familia.

El terapeuta tendrá que convencer a la familia que mediante su intermedio se lograra alcanzar sus objetivos. El modo de hacerlo dependerá de la naturaleza de la tarea, de la familia y del tipo de relación establecida con ésta:

1. Enfoque directo. Una vez convenido el objetivo, la tarea se ofrece como un medio para alcanzarlo. Se utiliza la información que se ha obtenido en la sesión como medio de persuasión.
2. Enfoque indirecto. Se utiliza cuando se prevé que la familia no cooperará fácilmente. Se hace que los miembros hablen de sus dificultades, de sus intentos fallidos por resolver el problema, obteniendo así información sobre lo ya hecho, y se van subrayando los fracasos anteriores. Se busca así que escuchen al terapeuta quien ofrecerá algo diferente a lo que les ha fallado.

Otro modo de encarar la motivación es acentuando la angustia de la familia ante el problema, buscando así que escuchen al terapeuta. De haber relatos de mejoría en la familia, el terapeuta convendrá con ellos sobre la mejoría y les pedirá que realicen la tarea como una suma a su progreso. También puede iniciarse una secuencia de conductas en la sesión para que pueda llevarse a otros contextos.

Tipos de directivas.

Hay dos maneras de impartir una directiva, la primera es aquella que tiene que cumplirse y se subdividen en dos formas:

- a) Dejar de hacer algo. Este tipo de directivas pueden ir acompañadas de otros mensajes para lograr que se cumplan. Pueden repetirse, magnificarse (el terapeuta dramatizará la directiva), utilizar la pantalla de visión unilateral o pedir la cooperación de los miembros de la familia para que apoyen al cumplimiento de la tarea.
- b) Hacer algo diferente. Con este tipo de directivas se busca que la familia pruebe nuevos hábitos y conductas, para lograrlo se hace uso de los consejos, mismos que son útiles para impartirse a personas con poca agudeza y en problemas leves de tipo educacional. También se utilizan directivas en las que se busca el cambio de secuencia en la que comúnmente se presenta el problema en la familia, por ejemplo introduciendo a otro miembro de la familia cuando el problema presentado solo es entre dos miembros de la familia.

La segunda manera de impartir una directiva es pedir algo para que no se cumpla. Se está hablando de las tareas paradójicas. Las tareas paradójicas abordan la dificultad a la que se enfrenta el terapeuta cuando intenta modificar la situación de la conducta problema y debido a que la familia ha encontrado su estabilización en torno a la persona que presenta el problema, el terapeuta también tenderá a desestabilizar a la familia y encontrará resistencia. La paradoja se compone de dos mensajes transmitidos en diferentes niveles, “cambien” y dentro del marco del mensaje “no cambien”. Se tienen dos enfoques para impartir las tareas paradójicas:

- 1) Encarar globalmente a la familia. La tarea debe involucrar a toda la familia. Los cambios que presente la familia deben ser aceptados, sin embargo también se podrá prescribir una recaída, esto con la finalidad de afianzar los cambios, ya que si siguen haciendo la tarea impuesta por el terapeuta continuarán mejorando, de no aceptar estarán cooperando con el terapeuta. En ambos casos harán lo que el terapeuta indica.
- 2) Involucramiento de una parte de la familia. La tarea va dirigida a sólo una parte de la familia, por lo general se dirige a aquellos miembros de la familia en quienes está presente el problema. La tarea puede ir encaminada a llevar una conducta al extremo o a acentuar aún más algún aspecto de la misma.

Otra forma de impartir directivas es a través del uso de tareas metafóricas:

1. El terapeuta elegirá como meta una actividad familiar que cambiar.
2. Escoge una situación parecida (análoga) pero más sencilla a la que se busca modificar, se puede conversar sobre ella para informarse e influir en las opiniones de la familia.
3. Se asigna una tarea dentro de la actividad seleccionada, misma que permita el alcance de los resultados, tanto en la tarea (análoga) como en lo que se quiere cambiar.

Las tareas.

La tarea puede ser utilizada para negociar que asistan todos los miembros de la familia a la sesión, para intensificar la relación entre terapeuta y familia o cuando se busca un cambio en la organización, en la estructura de la familia. La tarea debe ser simple para que la familia pueda cumplirla, deberá adaptarse a la situación tanto financiera como al tiempo que la familia dispone para realizarla. Su

diseño partirá del problema presentado en función de la secuencia que tiene lugar en la familia y hallar una directiva que cambie ambos.

La tarea puede ensayarse, los miembros de la familia pueden ensayar y resolver dudas sobre los papeles que se les han asignado y así se prevén dificultades. Siempre se debe solicitar a la familia un informe de la tarea en la siguiente sesión.

Técnica de refrenamiento.

Esta técnica puede utilizarse como método principal terapéutico o como alternativa cuando la terapia no está resultando. Puede utilizarse también ante una rivalidad entre el terapeuta y un progenitor, cuando éste no cumple las directivas. La técnica consiste en lo siguiente:

- 1) El terapeuta hace la señalización de que no cree capaz a la persona de tolerar el éxito de la terapia.
- 2) Esta afirmación contiene una benévola preocupación por esa persona y también,
- 3) Una sugerencia intolerable para esa persona.

Coaligarse.

El terapeuta debe coaligarse temporalmente con algún miembro de la familia, esta coalición debe ser temporal y sin apoyar a nadie contra nadie:

1. En casos de familias con un integrante de graves perturbaciones, el terapeuta debe formar múltiples coaliciones simultáneas.
2. El terapeuta puede coaligarse para crear crisis cuando es preciso, esto puede hacerse por lapsos indeterminados.

3. Se debe proceder en etapas para mantener el equilibrio dentro de diferentes coaliciones temporarias. A) se determina el tipo de secuencia que está manteniendo el problema presentado. B) se fija un objetivo específico. C) el cambio al ocurrir en etapas, la primera de estas etapas debe ser creando una forma de anormalidad diferente.

Redefiniciones.

Al conceptualizar el proceso terapéutico por etapas, conviene redefinir el problema presentado reformulándolo como otro problema antes de solucionarlo, esta redefinición puede ocurrir como parte de las negociaciones que se dan cuando se quiere encontrar un problema resoluble. También está a consideración que en donde se sitúa el paciente, es decir lo que dice el paciente también tiene que ser redefinido como un problema diferente. Así pues un paciente que es demasiado intelectual requiere de más emoción, aquel que se centra en los detalles necesita generalizar.

Evaluación

Los elementos que se tienen para evaluar en el enfoque estratégico son el alcance de los objetivos planteados, el éxito o fracaso de las acciones concretas que se plantearon para llevar a cabo la estrategia diseñada y por último que el paciente o familia comunique al terapeuta que el problema presentado ha sido resuelto. Una vez que se ha resuelto el problema presentado, el terapeuta elige si abordará otro problema y de hacerlo, si lo hará de la misma forma o diseñando otra estrategia. Resuelto el problema el terapeuta deberá desengancharse rápidamente y dará el crédito del éxito a la familia (Madanes, 1984).

1.2.4 Modelo de Terapia Breve Orientada a Problemas MRI

Los creadores de este modelo fueron P. Watzlawick, J. Weakland, R. Fisch y L. Segal, quienes desarrollaron sus conocimientos a partir de su práctica en el Instituto de Investigación Mental (MRI) de Palo Alto, California y de la gran influencia de la obra innovadora de Milton Erickson (Ochoa, 1995). Jackson fue el fundador del MRI en noviembre de 1958, recibiendo su primer presupuesto para investigación. El grupo estaba formado originalmente por Jules Riskin y Virginia Satir, posteriormente se le unieron Jay Haley, John Weakland y Paul Watzlawick. Gregory Bateson fungía como investigador asociado y profesor. En 1967, diez años después de establecido el MRI, algunos fundadores, desilusionados de la terapia familiar, se interesaron en la terapia hipnótica breve de Milton Erickson. Esto llevó a Jackson a constituir el “Proyecto de Terapias Breves” bajo la dirección de Richard Fisch, sus asociados fueron Bodin, Haley, Watzlawick y Weakland (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La terapia breve del MRI ha tenido algunos cambios a lo largo del tiempo, actualmente, se encuentra en su tercer decenio de trabajo constante. El MRI ha impartido cursos en diversas partes del mundo como lo son: Estados Unidos, Europa y Sudamérica. El primer libro que este proyecto editó fue “Cambio. Formación y solución de los problemas humanos”, (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), que ha sido traducido ya a nueve idiomas. A esta publicación le continuó “La táctica del cambio” (Fisch, Weakland y Seagal 1994). Los asociados del MRI han publicado hasta la fecha más de diez publicaciones

De acuerdo con Espinosa (en Eguiluz, 2000) la terapia breve tiene bases en el pensamiento constructivista. Se enfoca en comprender el problema desde las interacciones, se apoya en la comunicación, en el lenguaje que organiza la vida

familiar y construye significados. En este sentido se da más énfasis a la versión de un acontecimiento que al acontecimiento en sí. Se busca que el paciente vaya diferenciando entre los hechos y la interpretación que le da a éstos; proceso que conlleva efectos terapéuticos. (Freidberg, 1989).

La naturaleza de la terapia breve es resolver problemas, terapeuta y paciente se plantean objetivos para modificar una interacción problemática:

- Qué específicamente se desea cambiar.
- Cómo sabrías si lo obtienes.
- Cuál sería una demostración de que lo obtuviste.
- Cuándo desearías ser capaz de efectuar esta conducta y cuándo no.
- Qué pasaría con las personas cercanas si logras tu cambio.
- Que te impide tenerlo o qué quieres para ser capaz de lograrlo.

Los cambios y el mantenimiento de los mismos son responsabilidad del paciente aún sabiendo que sistémicamente la conducta del paciente está relacionada con la de otros, la idea de responsabilizarse del cambio lo fortalece. (Freidberg, 1989).

No hay un énfasis definido por lograr el *insight*. Es fundamental en la terapia breve saber que las percepciones que el paciente tiene de la realidad, es la forma en cómo se relacionará con su medio ambiente. No se busca eliminar conductas, se provee al paciente de otras opciones sumando también sus recursos, la resistencia es utilizada para promover el cambio. Desde el punto de vista sistémico, el problema persiste y está en función de las relaciones que se tienen con el medio. Se toma en cuenta también la etapa del ciclo de vida de la familia. Depende de la cultura el tipo de conductas que caracterizan cada estadio, las

dificultades que se presentan en cada estadio generarán diferentes problemas. (Freidberg, 1989; Espinosa, 2000).

| Cuadro 4. Principios sistémicos en los que se basa la terapia breve. | |
|---|---|
| Principios sistémicos en los que se basa la terapia breve. (Freidberg 1989) | |
| Bertalanffy, Davidson. | <i>Teoría de la comunicación humana.</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Circularidad. • Retroalimentación (positiva y negativa). • Entropía-negentropía. • Equifinalidad. • Organización | <ul style="list-style-type: none"> • No es posible no comunicar. • Principio de puntuación o secuenciamiento de la interacción. • Niveles de comunicación: dos niveles, de contenido (digital-verbal) y de relación (analógico-verbal). • Las relaciones pueden ser simétricas o complementarias. • Principio de polaridad y valoración de la totalidad. • El síntoma como comunicación. (Haley) • Modalidades comunicacionales (Bandler y Grinder). |

Principales conceptos de la Terapia Breve Centrada en Problemas

A lo largo del tiempo Watzlawick, Weakland y Fisch (1974) y Fisch, Weakland y Segal (1994) han desarrollado algunos conceptos que se consideran básicos para entender a la familia y su dinámica dentro de esta escuela, como lo son:

- **Comunicación:** toda conducta es concebida de manera relacional y representa una forma de comunicación.
- **Metacomunicación:** comunicación sobre la comunicación. Significa que cualquier conducta de comunicación (lenguaje, gestos, facial, etc.) tiene la capacidad de diferenciar la información que se está transmitiendo. Todos los modelos de comunicación existentes pueden utilizarse como modalidades de metacomunicación.
- **Sintaxis:** se centra en el modo en que se transmite la información y las pautas de decodificación de ésta, además de los canales utilizados en la comunicación.
- **Semántica:** es el significado de la comunicación. Aquí la habilidad para transmitir y recibir el mensaje es de suma importancia para que el terapeuta pueda observar la claridad de los mensajes de la familia, la incoherencia.
- **Pragmática:** se refiere al comportamiento como consecuencia de la comunicación. Debe basarse en contextos reales y específicos. Cuando la comunicación no es clara ni coherente, se puede presentar el doble vínculo.
- **Doble vínculo:** tipo de comunicación en la que nunca existe un mensaje aislado, sino que se encuentra asociado a dos o más mensajes relacionados entre sí, en diferentes planos, y por lo general transmitidos en diferentes canales. Estos mensajes pueden ser ampliamente incoherentes entre sí, crear pugnas y desconcierto, es decir, dar un mensaje ambivalente.
- **Dificultad:** puede definirse como un estado de cosas indeseable, que bien puede resolverse mediante algún acto de sentido común y para el cual no se precisan capacidades especiales para resolver problemas, o bien, se puede tratar de una situación de la vida, indeseable pero por lo general bastante corriente, y con respecto a la cual no hay una solución conocida y hay que sobrellevar (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).
- **Problemas:** son los callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles o crisis, creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades. Existen tres modos de enfocar mal las dificultades y son:

- **Las terribles simplificaciones:** aquí el intento de solución es negar que un problema lo sea en realidad; es preciso actuar, pero no se emprende tal acción. Este intento de solución consiste en no ver el problema, es una mezcla de negación y ataque.
- **Síndrome de utopía:** se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente. Es decir, se emprende una acción cuando no se debería emprender.
- **Paradojas:** en este caso, se cae en un error de tipificación lógica. Es decir, se realiza un cambio tipo uno en un problema que requiere un cambio tipo dos para su solución, y viceversa; la acción es emprendida en un nivel equivocado lo cual crea una situación insostenible.
- **Más de lo mismo:** error de tipo lógico en el que muchas veces interpretamos que la solución de un problema debe ser aplicar un efecto contrario al problema (Watzlawick, et al., 1974).

Estrategias y Técnicas

Dentro del modelo centrado en problemas hay dos grandes categorías de intervenciones, mismas que se diseñan tomando en cuenta el lenguaje, las motivaciones y la visión del mundo del cliente:

- **Generales:** se pueden utilizar en cualquier momento de la terapia y son decir al paciente o familia que no debe apresurarse, cuestionar los peligros de una mejoría, hacer un cambio de dirección y discutir como empeorar el problema.
- **Principales:** indicadas cuando se tienen datos suficientes en cada contexto y son el forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente, dominar un acontecimiento temido aplazándolo, llegar a acuerdos mediante coacción, conseguir sumisión a

través de la libre aceptación y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

También se cuenta con las intervenciones específicas que comprenden la redefinición, las tareas, las prescripciones paradójicas y el uso de cuentos y metáforas (Espinosa, 2000).

La serie de estrategias, actividades y técnicas buscan ayudar a la familia en el problema presentado:

| Cuadro 6. Estrategias básicas del enfoque de terapia breve |
|---|
| Estrategias Básicas del Enfoque de Terapia Breve |
| <p><i>Establecer el problema del cliente.</i></p> <p><i>Establecer la solución intentada por el cliente.</i></p> <p><i>Decidir qué se debe evitar.</i></p> <p><i>Formular un enfoque estratégico.</i></p> <p><i>Formular tácticas concretas.</i></p> <p><i>Encuadrar la sugerencia en un contexto.</i></p> <p><i>Formular objetivos y evaluar resultado.</i></p> |

Según Fisch, Weakland y Segal (1994) dos cosas importantes que deben tomarse en cuenta a lo largo de un proceso terapéutico de terapia breve son:

La capacidad de maniobra: que consiste en la libertad que tiene el terapeuta para actuar en la forma que considera más adecuada. Significa tener la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito a pesar de los obstáculos que se presenten, lo que implica mantener el control sobre el tratamiento de manera que permanezcan abiertas las opciones y al mismo tiempo reducir la capacidad de maniobra del cliente.

| Cuadro 7. Capacidad de maniobra |
|---|
| Medios para aumentar la capacidad de maniobra |
| <p><i>Oportunidad y ritmo</i></p> <p><i>Tiempo necesario</i></p> <p><i>Uso del lenguaje condicional</i></p> <p><i>Buscar que el cliente concrete</i></p> <p><i>Mantener una actitud igualitaria</i></p> <p><i>Sesiones individuales y conjuntas</i></p> |

Postura del paciente: una estrategia importante de esta terapia es respetar la postura del paciente lo que implica entender que éste tiene sus propias creencias, valores y prioridades consolidadas que determinan su actuar. La postura del cliente nos permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia y persuadirlo utilizando su postura permite facilitar su colaboración.

Sumadas a las estrategias presentadas anteriormente, durante el proceso el terapeuta breve puede hacer uso de una serie de técnicas como las mencionadas (Fisch, Weakland y Segal, 1994; Sánchez y Gutiérrez 2000) las cuales presento a manera de glosario:

Prescripción del síntoma o Prescripción paradójica: se aumenta el ángulo de desviación de los pacientes ante el resto de la familia, prescribiendo que incremente el síntoma como medida terapéutica.

Diferencias desconocidas: en esta técnica se requiere que cada uno de los integrantes de la familia expresen su punto de vista particular de una lista determinada de aspectos a evaluar de los demás miembros.

Carta en blanco: la cual consiste en dar al terapeuta una carta en blanco en la que el paciente está de acuerdo en hacer cualquier cosa que se le pida sin rehusarse a ello.

Llamar la atención: técnica en la que se hacen notar las características que enorgullecen al paciente con el fin de eliminar el temor.

Deshecho de conductas incomprensibles: técnica a través de la cual se pretende evitar los términos que etiquetan al paciente con el fin de lograr que la situación que lo rodea se normalice en todos los aspectos.

Redefiniciones o reformulaciones: es cuando el terapeuta coloca etiquetas a las conductas de los individuos las cuales son facilitadoras del cambio, el terapeuta utiliza estas etiquetas sin preocuparse de si son verdad o mentira, pues la finalidad es el cambio.

Intento de forzar algo que solo puede ocurrir espontáneo: mediante esta técnica se pretende invertir el intento del paciente para superar el problema a través de provocar el síntoma, definir el síntoma indeseado como beneficioso o incorporar un ritual o un ritual aversivo.

Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo: se requieren directrices para exponerlo a la tarea, exigiendo una ausencia de dominio o dominio incompleto en ella. Exponiéndolo así a la tarea temida, al mismo tiempo se le impide que termine con éxito.

Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición: mediante una “venta” atractiva de la intervención se pide al solicitante que se coloque en una actitud de inferioridad o bien se solicita el sabotaje benévolo.

Sabotaje Benévolo: consiste en sorprender a la persona que presenta una conducta poco usual, molesta o frustrante para los demás, de manera que se reclama cualquier intención hacia una acción que provoque molestia hacia uno o todos los miembros de la familia.

Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación: aquí se busca la redefinición del síntoma como inconscientemente destructivo.

La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa: por medio de la cual se busca la interferencia de la acusación o la aceptación de las acusaciones por parte del defensor.

Otras técnicas o intervenciones más generales propuestas por Fisch, Weakland y Segal (1994) son:

No apresurarse: donde el terapeuta debe ofrecer razonamientos creíbles que justifiquen el no ir de prisa y eviten en el paciente una sensación de urgencia y tendencia al sobreesfuerzo.

Los peligros de una mejoría: en donde el terapeuta puede exponer algún posible inconveniente de la mejoría, para el cliente o para alguien que se halle próximo a él.

Un cambio de dirección: el terapeuta varía de postura, directriz o estrategia y al hacerlo ofrece al cliente una explicación de dicha variación. Es importante para la terapia breve aceptar lo que el cliente ofrece y considerar cómo puede ser utilizado, en vez de discutir acerca de ello.

Cómo empeorar el problema: prescripción extrema a previas soluciones fallidas, en la que se sugiere específicamente en que forma puede lograrse que el problema empeore, haciendo que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores y se subraya de forma clara cómo el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

1.2.5. Modelo de Soluciones

La terapia breve se enfoca en comprender el problema desde las interacciones, se apoya en la comunicación, el lenguaje organiza la vida familiar y construye significados. Siguiendo esta línea, se da más énfasis a la versión de un acontecimiento que al acontecimiento en sí. Lograr que el paciente vaya diferenciando entre los hechos y la interpretación que le da a éstos puede llevar a tener efectos terapéuticos. (Freidberg, 1989).

Cuadro 8. Enfoque de la terapia breve centrada en soluciones

Enfoque de la Terapia Breve Centrada en Soluciones

(Espinosa, 2000)

Sistema conceptual.

- Las excepciones son una alternativa más útil que la resistencia.
- No es necesario saber mucho del problema para resolverlo. Las soluciones son más importantes que los problemas.
- Se da énfasis en los recursos y fuerzas de los pacientes.
- Todo lo que trae el paciente a terapia es considerado como elemento de cooperación.
- El cambio es constante e inevitable.
- Un pequeño cambio repercute en todo el sistema.
- Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento.
- No se considera que el paciente tenga una postura sobre su problema.
- El cambio o resolución puede darse rápidamente.
- La duración de la terapia puede ser inferior a 10 sesiones.
- La realidad es construida por el observador, el terapeuta participa en la construcción del sistema terapéutica.
- No se considera una forma "correcta" de enfocar una situación.

Concepción de la familia.

- Se les considera clientes. Al inicio se trabaja con quien esté motivado para acudir y realizar cambios.

Concepción del problema.

- Los problemas son patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes.

La terapia centrada en soluciones se basa fundamentalmente en dos líneas de trabajo:

- La proyección al futuro. Consiste en imaginar con los clientes un futuro en el que el problema haya desaparecido, esto permite establecer objetivos y facilitar la disposición del cliente para conseguir desaparecer el problema.
- El trabajo con excepciones. Tiene que ver con detectar avances, ampliarlos y atribuir el cambio al cliente, ya sea que lo estén haciendo, pensando o sintiendo.

Tabla 9. Supuestos centrados en la solución.

| Supuestos centrados en la solución (Lipchik 2004) |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cada cliente es único • Los clientes poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos • Nada es totalmente negativo • La resistencia no existe • Usted no puede cambiar a los clientes; sólo ellos pueden cambiarse a sí mismos • La terapia centrada en soluciones avanza a paso lento • No hay causa y efecto • Las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema • Las emociones son parte de todo problema y de toda la solución • El cambio es constante e inevitable: un pequeño cambio puede llevar a cambios más grandes • No podemos cambiar el pasado, de modo que debemos concentrarnos en el futuro |

El proceso del cambio y el papel de las emociones

El cambio terapéutico es un proceso que envuelve al cliente y terapeuta, no es algo que el terapeuta haga al cliente, como la cirugía o la reparación de un

aparato. Cliente y terapeuta construyen la realidad del problema. El cambio lo inicia el cliente desde que presenta su problema al terapeuta. La definición del problema queda sujeta a cambio. Ya que el cliente no puede solucionar el problema, razón por la que lo expone, la definición debe ser tal que haga la solución posible. Para que haya solución, es el cliente el que debe hallarla (De Shazer, 1987).

La respuesta del cliente define, más o menos, lo que va a significar la “cooperación” o describe el grado de ajuste en el contexto de esa relación en particular. A partir de que el terapeuta se describa el modo particular que el cliente o familia tiene de cooperar, puede comenzar a cooperar y promover el cambio.

La terapia basada en una relación cooperativa entre cliente y terapeuta, se centra en el presente y el futuro, exige que este esfuerzo en conjunto tenga una meta compartida. Tener una meta significa que como resultado de esos esfuerzos se espera un resultado o resultados útiles. Puesto que el esfuerzo terapéutico es colectivo, cada individuo debe tener en cuenta la opinión de los otros para resolver el problema o completar la tarea.

Se considera que los clientes llevan su problema a terapia con la idea de fracaso, debido a sus intentos fallidos por resolver el problema, sus expectativas son de continuación del fracaso. Cada repetición de la situación de queja ayuda a construir expectativas en cuanto a que la próxima vez que se encare una situación similar el resultado será algo sobre lo que habrá de quejarse. El cambio de estructuras se producirá cuando se modifiquen de algún modo las condiciones, pero el proceso en sí genera conductas que mantienen la expectativa. La retroalimentación del terapeuta puede socavar estas expectativas y promover nuevas conductas, diferentes resultados y desarrollo de nuevas expectativas (De Shazer, 1987).

A diferencia de De Shazer, Lipchik plantea que en la relación terapéutica, el terapeuta se encuentra en una postura de no saber, de escucha y de humildad. También debe fomentarse un clima emocional propicio para generar una conexión

emocional con el cliente. La escucha es muy importante en el proceso, ya que el significado de lo que los clientes exponen se va aclarando a medida que se va preguntando acerca del problema y esto también ayuda al cliente a aclararse el problema. La solución se va definiendo por el significado (Lipchik, 2004).

Cuadro 10. Estructura general propuesta por Lipchik

Estructura general propuesta por Lipchik (2004)

- Postura Teórica: **supuestos de la TBCS**
- Encuadre: **el cliente es huésped en su propia casa, el terapeuta se encuentra en una postura de no saber**
- Proceso y Contenido: **el contenido es lo que los clientes nos dicen sobre sus situaciones; el proceso es su modo de actuar en relación con lo que dicen.**
- Emociones-conductas: **las emociones pueden ser el detonante del cambio**
- Metas-Soluciones: **la definición de metas es un proceso constante, la meta no siempre es la solución; la solución será cualquier cosa que, en la percepción de los clientes, vuelva su situación menos problemática, la solución es el producto final de un proceso de descubrimiento**
- Recapitulación-intervención: **es el reflejo de lo ocurrido en la sesión (cada cliente es único), se fomenta la cooperación y se deja centrarse en el problema al prescribir una posible solución.**
- Sugerencia-Tarea: **se fundamenta en la reflexión lógica del contenido de la sesión (cada cliente es único) y no es una prescripción desde una postura de autoridad.**
- Equipo terapéutico: **facilita el progreso de la terapia y ofrece la ventaja que en la pausa se elabore la recapitulación y la sugerencia. Ofrece la posibilidad de una visión más objetiva al combinar ambas visiones terapeuta-equipo.**

Para Lipchik en este enfoque una parte fundamental para las soluciones son las relaciones que se establecen entre los sentimientos, pensamientos y las conductas del cliente. El empleo de las emociones es un camino para facilitar el

cambio, es decir, el terapeuta debería centrarse en buscar en el cliente la disposición para el cambio y no tratar de cambiarlo, esperar por el momento adecuado que el cliente considere para intentar un cambio, entendiendo así, que un cambio pequeño puede lograr cambios mayores. Morejón y Beyebach (1997) mencionan también la importancia del trabajo con las emociones. Consideran que las emociones pueden convertirse también en el material de trabajo del terapeuta centrado en soluciones, ya que consideran que las emociones están relacionadas con la motivación que hace que las personas pongan en marcha los cambios.

El trabajo desde el modelo de soluciones plantea la posibilidad que desde la primera sesión se busque en la definición del problema, una solución al mismo. Lipchik deja muy clara su crítica al modelo del MRI, lo considera un modelo más centrado en las conductas e introduce como detonante del cambio el trabajar desde las emociones.

1.2.6. Modelo Milán

Escribir sobre la escuela de Milán es hacer referencia a un equipo que se entregó a la aplicación del marco epistemológico sistémico con todo rigor. El grupo original fue formado por Mara Selvini, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. En los 80's el grupo se divide, Cecchin y Boscolo se dedican principalmente a la formación del terapeuta y Selvini y Prata continúan con la línea de investigación planteada, las prescripciones.

Al inicio de la formación del grupo, el trabajo consistía en ocupar los conceptos psicoanalíticos a las familias. Con la lectura de los trabajos de Bateson sobre el doble vínculo y del MRI en particular del trabajo "Teoría de la comunicación humana", el grupo decide dejar a un lado los conceptos psicoanalíticos y trabajar de lleno con el modelo sistémico. No estaban de acuerdo en considerar al individuo como contenedor de una patología y pasar por alto el contexto vincular

en el que se producían las conductas problema, cuyo principal contexto era la familia. Se desprende entonces su concepción sobre el cambio, si se conseguía modificar las pautas de interacción dentro de la familia, la conducta problema cambiaría igualmente (Boscolo, Cecchin, Hoffman, y Pen, 1987). De este marco general se desprenden dos hipótesis fundamentales:

- Familia: es un sistema autocorrectivo, autogobernado por las reglas que lo constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores.
- Patología: es un tipo de relación que obedece a normas particulares y de conductas-comunicación y conductas-respuestas que por sus características particulares permiten mantener las reglas y por lo tanto de las relaciones patológicas, éstas pueden manifestarse en uno o más miembros del sistema familiar.

La forma de trabajo

La influencia del MRI se hace notar en el esquema de trabajo Milán. Es llamada una terapia breve larga por su contrato que consistía en 10 sesiones en intervalos mensuales. El equipo terapéutico consistía en dos terapeutas asignados con la familia y tres miembros más situados detrás del espejo unidireccional. Las sesiones estaban estructuradas de tal forma (ver Cuadro 11) que permitían la discusión y formulación de las prescripciones por parte del equipo terapéutico.

El objetivo fundamental era determinar el sistema de relaciones, creencias, valores de la familia dentro de los cuales aparece el síntoma y determinar el papel que éste desempeña dentro del sistema relacional, alterar el juego familiar, los patrones disfuncionales de la familia, induciendo un cambio de segundo orden.

Cuadro 11. Estructura de las sesiones.

1.- **Pre sesión:** Se toman en cuenta los eventos de la última sesión. Se establece la hipótesis sobre el proceso como guía de las preguntas a realizar.

2.- **La sesión:** Generalmente dura una hora. Los terapeutas guían la conversación y solicitan información a la familia. Se observa el modo en que se suministra la información, su estilo interaccional.

3.- **La discusión de la sesión:** Los terapeutas se reúnen con el equipo, discuten la sesión y deciden como concluirla. Se elabora una intervención o un mensaje que es enviado a la familia ya sea de forma verbal o por escrito.

4.- **La conclusión de la sesión:** Hay mínima interacción o discusión en esta fase. Los terapeutas regresan con la familia para concluir la sesión con un breve comentario o prescripción muchas veces de tipo paradójico o a manera de rituales. Generalmente se hace uso del elemento sorpresa.

5.- **El acta de la sesión:** Se formulan previsiones y se redacta un acta de la sesión. El equipo y los terapeutas se reúnen nuevamente para discutir las reacciones observadas en el cierre de la sesión.

Interrogatorio circular

En el año 1980 el grupo aún completo publica “Hypothesizing, circularity, neutrality” (Selvinni, Boscolo y Prata, 1980) del que se desprende el interrogatorio circular a partir de centrarse en el terapeuta, sobre la forma de plantear sus preguntas y no en la familia. El interrogatorio circular es una forma de intervención ya que hace *circular* la información entre el terapeuta, la familia y los miembros de la familia.

Hipotetizar

El objetivo primario de la hipótesis es el conducir la entrevista de manera sistémica, el objetivo secundario es que a partir de la hipótesis, cualquier terapeuta podrá hacer la entrevista. La hipótesis se plantea y parte de la información que el terapeuta tiene de la familia, su valor funcional es garantizar la actividad del terapeuta que consiste en rastrear los patrones relacionales. La hipótesis es planteada en términos sistémicos, es decir, incluye a todos los componentes de la familia y una suposición sobre cómo funcionan sus relaciones, en este sentido no hay una hipótesis verdadera ya que con ella se genera nueva información y así un o varias hipótesis nuevas (Fleuridas, Nelson y Rosental,1986).

Circularidad

La circularidad se refiere a la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basado en la retroalimentación de la familia en respuesta a la información que solicita acerca de las relaciones, las diferencias y el cambio.

Existen algunos aspectos prácticos para pedir información en forma circular, o sea, cuando un tercero habla sobre cómo percibe la relación entre otros dos miembros de la familia (Selvini, et al., 1980):

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

- En términos de diferencias respecto a circunstancias hipotéticas.

Neutralidad

Ser neutral es estar aliado con todos los miembros de la familia (como cuando realiza una pregunta circular) y a su vez no estar aliado con ningún miembro ya que realizará la misma pregunta a todos los miembros de la familia. El terapeuta evitará cualquier tipo de juicio moral ya que con la aprobación o desaprobación, quedará aliado con un miembro o grupo dentro de la familia.

De la paradoja a la revelación del juego familiar

La época de la paradoja

El trabajo en la época de Paradoja y contraparadoja fue con familias con un miembro que presentaba algún trastorno grave como psicosis o esquizofrénica. Las familias con transacción esquizofrénica se caracterizan por la indefinición de la relación, los miembros de la familia evitan definir la relación y la rechazan cuando se llega a presentar. Se mantiene así una simetría exacerbada y encubierta.

El análisis partía de la investigación trigeracional de la pareja. En el caso de las familias con transacción esquizofrénica en su primera generación se caracteriza por normas rígidas y repetitivas. En la segunda generación lo anterior y la cautela por exponerse por miedo al rechazo. Ya en la tercera generación se manifiesta el síntoma en algún miembro de la familia, que casi por regla general es alguno de los hijos. El paciente designado se presenta como una amenaza ya que su síntoma es una forma de definir la relación (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1988).

Lo invariable en los juegos psicóticos

Tras la separación, el trabajo del equipo conducido aún por Mara, continuó la línea de trabajo que en un inicio se plantearon y se centró el trabajo en utilizar la metáfora del juego familiar. Los conceptos fundamentales en éste periodo son el juego familiar, el embrollo, impasse y la instigación (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

- Los juegos representan organizaciones interactivas que evolucionan con el tiempo, conformadas por las reglas de interacción de la familia y las estrategias individuales utilizadas por sus miembros. Dichas estrategias están limitadas por el poder o la libertad que tienen los individuos en las familias, donde existen diferencias por diversos factores, como las características individuales, la posición que ocupan dentro del juego familiar, la cultura a la que pertenecen y la forma en que se adaptan a dicha cultura.
- El embrollo es cuando uno de los padres suscita una relación privilegiada con uno de los hijos, a quien da a entender de manera encubierta que lo prefiere por encima de su pareja. Esta predilección no es auténtica, sino el móvil para atacar a su cónyuge, que es su verdadero centro de interés. Al principio el hijo como participante de esta situación tan complicada se siente cómplice, sin embargo, al descubrir la traición, ya sea por la evidencia de la innegable importancia que el cónyuge tiene para el padre o por el aumento de interés en otro hijo, éste se ve impulsado a hacer una reivindicación encubierta, mediante su síntoma, como venganza por la traición de la que fue objeto.
- El impasse es la posición de fuerzas equilibradas entre dos personas implicadas en el juego, de forma que ninguna gane o pierda.
- La instigación consiste en una provocación disimulada dónde se obtiene como respuesta una rabia o coraje disimulado, el instigador no consigue hacer explotar abiertamente al provocado. El provocado valida nuevamente la provocación, lo que establece un patrón recursivo de provocaciones

indirectas y respuestas de rabia contenida, en la que generalmente implica la participación de un tercero, que regularmente son los hijos.

Cuadro 12. Estadios del juego psicótico.

- 1. El impasse en la pareja conyugal**
- 2. La intromisión del hijo en el juego de la pareja**
- 3. La conducta inusitada del hijo**
- 4. El viraje del presunto aliado**
- 5. La aparición de la psicosis**
- 6. Las estrategias basadas en el síntoma**

El juego anoréxico tiene una estructura similar al juego psicótico. Comienza con el impasse en la pareja conyugal, pero los recorridos dependen de la forma en que la hija se haya inmiscuido en el juego de la pareja. El punto de quiebre es cuando el vínculo seductor entre padre e hija se acrecienta y se intensifica la instigación. Tras un periodo de malestar relacional intenso, ocurre la dieta. La hija realiza la dieta como desafío y protesta ante la madre, y esta decisión va precedida frecuentemente por conductas de la madre que han molestado al padre o a la hija. La madre repite su conducta intrusiva en la dieta y el padre no se opone firmemente a ella por temor a comprometer su relación. En la hija crece el malestar y la voluntad de oponerse, conforme ve que el padre teme compartir el poder con ella, para controlar a la madre. Al sentirse traicionada por el padre, la hija siente rencor, desesperación y desprecio, y disminuye aún más su alimentación. Intentará humillar a su madre y demostrarle al padre lo que puede hacer. La hija puede utilizar el poder que le da el síntoma, para retomar una posición privilegiada que gozaba en etapas anteriores. Sin embargo, otros miembros pueden desarrollar estrategias para adaptarse al síntoma, que lo mantienen al mismo tiempo (Selvini, et al., 1990).

La revelación del juego

En ésta etapa siguiendo a Mara, el trabajo se centra principalmente en dos factores, el primero de ellos es la reconstrucción del juego familiar y el segundo es la señalización explícita y no paradójica, de la responsabilidad de cada miembro de la familia dentro del juego familiar. Los objetivos de éste tipo de trabajo es el hacer evolucionar al paciente de una condición de impotencia y confusión que manifiesta a través del síntoma hacia una apertura al entendimiento de lo que sucede no sólo a él mismo, sino a quienes lo acompañan, en este caso su familia. La terapia familiar se presenta como facilitadora, el objetivo específico de ésta es acompañar al paciente y a la familia hacia una crítica explícita de su situación, el punto de partida es la alianza empática con el paciente y ayudando a los padres y hermanos a realizar el mismo movimiento (Selvini, et al, 1999).

Este momento quedó marcado como el de la integración de las dimensiones individual y trigeracional. Se abrió entonces una perspectiva multidimensional del conocimiento del hombre. Una visión multidimensional en que la personalidad de cada sujeto miembro de una familia es apreciada en su individualidad en el aquí y el ahora de su relación con el terapeuta, sus familiares y su expresión cotidiana. Se piensa que puede existir una correlación entre cierta constelación de síntomas con una cierta personalidad de la paciente por un lado y por el otro, un cierto tipo de familia.

Se parte de la idea de que la revelación del juego familiar, tanto de los procesos sincrónicos (la forma en que se realiza el juego en el presente), como de los procesos diacrónicos (la historia en la que se ha desarrollado el juego a través del tiempo en la familia, incluyendo a tres generaciones), tiene un efecto terapéutico. Esto permite conectar el sufrimiento individual de los miembros de la familia con la implicación en los problemas no resueltos de otros miembros, a la vez que se favorece el asumir la responsabilidad por el daño infringido a los demás. El método es flexible en el sentido de que permite tener sesiones con los

diferentes subsistemas y con los individuos, dependiendo de las necesidades y limitaciones de cada caso (Selvini, et al., 1999).

El recorrido por las prescripciones: investigación aplicada, el ensayo y error.

Desde un inicio el grupo de Milán planteo la idea del aprendizaje por ensayo y error, tanto la crítica a su trabajo como el rigor –que se puede llamar científico- lo llevó a reformularse sus planteamientos y a evaluar continuamente la eficacia de sus planteamientos y sus prescripciones (Selvini, et al., 1988).

El método paradójico

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

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

La eficacia de la intervención se relaciona con la especificidad de la paradoja, es decir, si toma en cuenta las posiciones de los diferentes miembros de la familia y relaciona sus conductas de una forma verosímil para la familia. Otro aspecto relacionado con la eficacia es la forma de emitir el mensaje, que debe ser sintético, breve y requiere que el terapeuta se retire de la interacción con la familia para evitar que se diluya el mensaje.

También se recurre a rituales familiares, donde se prescribe a toda la familia una serie de acciones, definidas con precisión (donde se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento), que implícitamente sustituyan las reglas habituales de relación por otras nuevas, sin recurrir a explicaciones ni a críticas. Se emplean cuando la situación es confusa o ambigua para introducir orden y secuencialidad.

La prescripción invariable

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

1. Tras haber hecho una indicación de terapia familiar, los terapeutas piden que para la próxima sesión acudan los padres y que los hijos se queden en casa.
2. En la primera sesión con los padres solos, se les pregunta por turno acerca de las reacciones de los hijos hacia la cita de la pareja, sobre las reacciones y explicaciones personales acerca de esta cita, y si hablaron del tema entre ambos.
3. Los terapeutas anuncian que han llegado a la conclusión de que es necesario darles una prescripción, que es difícil de cumplir, pero que se requiere de su compromiso porque será importante para la terapia. Se les dice que es compleja y que consiste en cuatro puntos.

4. La primera parte de la prescripción consiste en que los padres tendrán que contestar en tono tranquilo (y si están juntos contestará quien esté más dispuesto a hacerlo) a los hijos u otras personas que pregunten acerca de la sesión, que el terapeuta ha prescrito que se debe mantener en reserva todo lo que se ha dicho en la sesión.
5. La siguiente parte de la prescripción, consiste en que tras ocho días después de la sesión, los padres empezarán a salir algunas noches la cantidad de veces que fije el terapeuta. Al ponerse de acuerdo respecto en la noche adecuada, tendrán una cita afuera, antes de la hora que acostumbran cenar. No regresarán a casa antes de una hora fijada y no prepararán la cena, sólo dejarán una nota (que se alternarán para escribir) donde solamente diga “esta noche no estaremos”. Las salidas se organizarán como quieran, pero no deberán ir a lugares ni con personas que permitan deducir dónde han estado, y no estarán obligados a decirlo, ni siquiera al terapeuta.
6. Ante una pregunta de los hijos sobre lo que hicieron, tendrán que responder: “estas son cosas que sólo nos conciernen a nosotros dos”.
7. Al final se les pide que cada uno consiga una libreta, que esconderán de sus hijos, donde anotarán en forma detallada, las conductas verbales y no verbales de los hijos u otras personas que les parezcan provocadas por el cumplimiento de la prescripción. La próxima sesión vendrán solos, con las libretas, a contar lo sucedido.

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

- a) El rompimiento de la escalada de hiperprotección y desconfianza hacia el paciente, que a la vez es una escalada de control recíproco.

- b) La generación de un movimiento estructural de separación entre las generaciones que favorece la solidaridad en el subsistema fraternal.
- c) La fuerte unión solidaria de los padres para ayudar a que su hijo mejore.

La revelación del juego

Como se mencionó antes, el objetivo fundamental es que el paciente pase de la confusión al entendimiento de su situación. En este trabajo el foco central es el paciente, se exploran las relaciones diádicas a través del tiempo (con los hermanos y los padres), después se exploran los subsistemas generacionales y finalmente a la pareja de padres y la historia de su familia de origen. Para esto se plantean la toma a cargo que consiste en una serie de pasos o estrategias a seguir (cita):

- Contacto telefónico. Se plantean aspectos generales, se evalúa si se puede dar atención al caso y se toman algunos datos generales. Es un primer acercamiento a los coloquios preliminares, es una preparación para crear un contexto de fácil comunicación entre el solicitante y el terapeuta, también se busca crear un contexto de colaboración con la familia, a construir la unión familiar en torno a la solución del problema.
- Coloquios preliminares. Son gestionados por un solo terapeuta –lo que ahorra costos- se obtiene una descripción del problema y una breve historia de la paciente. Un aspecto importante de los coloquios preliminares es la definición del problema o su naturaleza psicológica. Se pretende de alguna forma, sensibilizar a la familia acerca del problema (anorexia y bulimia), se verifica la capacidad de los padres para sintonizarse con el aspecto psicológico del problema. ya no se cita a la familia completa.
- Indicación de la terapia familiar: Se plantean las sesiones familiares (de 3 a 6) y se consideran diversas opciones como la posibilidad de tener sesiones paralelas entre de trabajo individual y familiar.

- Sesiones de consulta familiar: Las sesiones propiamente dichas con la familia tienen dos fines. El primero es poder llegar a una hipótesis relativamente articulada sobre las razones principales del sufrimiento de la paciente y el segundo es verificar con que recursos cuenta la familia para generar el cambio.

El trabajo a seguir va a depender de la configuración familiar, es decir, de cómo está conformada la familia y de quienes están dispuestos a colaborar. Dependiendo de esto se elige entre diferentes recorridos (ver tabla 3), los cuales no se plantean de manera rígida o mecánicos sino que van de acorde a la configuración y colaboración de la familia.

| Cuadro 13. Los recorridos | |
|--|---|
| TODOS COLABORAN | SOLO SE PUEDE CONTAR CON ALGUNO |
| Se trabaja con: | Se trabaja con: |
| Familia y paciente (paralelo) Familia completa | Pareja y paciente (paralelo) |
| Sesiones individuales (de los integrantes de la familia) | Madre y paciente (paralelo) Madre Padre |

El otro camino

Boscolo y Cecchin desarrollaron el concepto de sistema significativo, que no sólo incluye a la familia, sino a todas aquellas personas que intentan resolver los

problemas cuya solución se solicita al terapeuta. De esta manera, el problema se define como una ecología de ideas acerca del problema, en lugar de entenderlo en función de conductas localizadas en individuos o familias supuestamente disfuncionales o enfermas. Hacen énfasis en la necesidad de generar hipótesis, las cuales se adapten a cada familia y cuestionen la utilidad de cualquier noción implícita o explícita de normalidad o patología, se interesan en el proceso de preguntar y en el constructivismo, posteriormente en el construccionismo social, centrándose así, en la cibernética de segundo orden y la construcción de realidades (Boscolo et al., 1987).

Cecchin (1987), reconsideró los tres aspectos del interrogatorio circular. La neutralidad la plantea como un estado de "curiosidad", en donde se consideren los puntos de vista alternativos y en el que el terapeuta se acerque a tratar de entender las diversas descripciones en términos del ajuste que tengan dentro del patrón. De la misma manera hipotetizar está conectado con la curiosidad y nos impulsa a buscar descripciones y explicaciones diferentes. La curiosidad es una postura, mientras que el hipotetizar nos ayuda a mantenerla. Una manera de generar hipótesis útiles es el uso de la metáfora del relato de las historias de las familias, si nos sentimos incapaces de generar hipótesis es porque aceptamos el relato de la familia y hemos perdido nuestro sentido de curiosidad. En este sentido la circularidad, se alimenta también de la curiosidad, se emplea en el desarrollo de las hipótesis y en el sostenimiento de la neutralidad. Si las preguntas circulares no nos ayudan a formular hipótesis, podríamos estar en el ámbito de la técnica y podríamos haber perdido la curiosidad.

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

1.3.1 Enfoque Narrativo.

Michael White y David Epston (White y Epston, 1992) desarrollaron el enfoque narrativo en el cual, se conceptualizan que los problemas de la gente están relacionados con las historias que tienen de sí mismos y que frecuentemente están relacionadas con las prácticas culturales opresivas, de esta manera se deja a un lado la “metáfora cibernética” para así establecer una “metáfora narrativa”.

La metáfora en narrativa, consiste en describir la relación entre la persona y sus problemas, como un combate por el control, como si el problema fuera un adversario viviente. Asimismo, considera que las personas son oprimidas por los problemas, se explora el efecto que el problema tiene sobre la persona los momentos en que el problema no domina su vida cotidiana y el efecto que la persona tiene en la vida del problema. No hay interés en las causas de los problemas, sino en cómo evolucionan los efectos de los problemas a través del tiempo.

La terapia narrativa, proporciona una base para identificar, generar y traer historias alternativas; las cuales ofrecen un distinto sentido a las personas sobre sí mismas y una distinta relación con los problemas. Se busca que una nueva y mejor historia pueda emerger, la nueva historia “ilumina” a la persona o a la familia y así se busca identificar lo vivido en el curso de su vida y sus problemas, para finalmente mediar entre el pasado, presente y futuro, llevándolos a identificar que son ellos quienes están a cargo de los problemas y no al revés.

Principios básicos

Para Michael White la vida de las personas está modelada por la significación que le otorgan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y del lenguaje del yo y de su relación. Esta perspectiva es contraria a la dominante perspectiva estructuralista –donde la conducta refleja la estructura del espíritu- y a la perspectiva funcionalista -la conducta sirve a los fines del sistema-. En su modelo, White considera: la deconstrucción del relato, la deconstrucción de las prácticas modernas de poder y la deconstrucción de las prácticas discursivas. (White, 1997).

En la *metáfora narrativa* se propone que las personas viven sus vidas de conformidad con historias, esas historias son modeladoras de su vida y con efectos reales, es decir, dichas historias procuran la estructura de la vida. Por ello, uno de los fines de la terapia narrativa es posibilitar que las personas recobren la convicción del control de su vida, o al menos cuestionar su certeza de que no tienen posibilidad de controlarla (Payne, 2002; White, 1997).

Los aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante constituyen una fuente llena de riqueza y fertilidad para la generación o regeneración de relatos alternativos. White llama a aquellos aspectos de la experiencia vivida que caen fuera del relato dominante, “acontecimientos extraordinarios”. En este modelo se sitúa a la persona como protagonista en su propio mundo, es un mundo en el que las personas participan con sus semejantes en la reescritura y por lo tanto, en el moldeado de sus vidas y relaciones (White y Epston, 1992).

Así, en la práctica, una terapia situada en modo narrativo de pensamiento:

- Da la máxima importancia a las vivencias de la persona

- Favorece la percepción de un mundo cambiante mediante la colocación de las experiencias vividas en la dimensión temporal.
- Desencadena presuposiciones y establece significados implícitos y genera perspectivas múltiples.
- Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial.
- Invita a adoptar una postura reflexiva y a apreciar la participación de cada uno de los actos interpretativos.
- Fomenta el sentido de la autoría y reautoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona al contar y volver a contar su propia historia.
- Reconoce que las historias se coproducen e intenta establecer condiciones en las que el objeto se convierta en autor privilegiado.
- Introduce consistentemente los pronombres yo y tú en la descripción de los eventos (White y Epston, 1992)

La narrativa es sólo una metáfora, lo que quiere decir que en la terapia narrativa basta con una conceptualización simple de los elementos del relato. Al exponer esta idea, White recurre a Jerome Bruner, según el cual un relato debe construir dos panoramas distintos pero simultáneos: uno es el panorama de la acción, constituido por los argumentos de la acción. El otro es el panorama de la conciencia: lo que los implicados sienten, piensan o saben; lo que no saben, no sienten ni piensan. Ambos paisajes son esenciales pero diferentes (Payne, 2002)

Es importante resaltar que, en sus escritos más recientes, White habla más del *panorama de identidad* que del *panorama de conciencia*; sin embargo, el concepto de relato aun incluye 4 elementos: acontecimientos externos, experiencia interna, secuencia temporal y confusión (Payne, 2002).

Estilo de trabajo

La terapia narrativa ha desarrollado un estilo de trabajo que consta de diferentes prácticas o tipos de conversación entre clientes y terapeutas. El terapeuta basa su práctica en la conversación, mediante la cual va cuestionando las verdades dadas como absolutas en la vida de las personas, entonces los significados pueden ser transformados a través de la conversación.

Externalización

El proceso que se lleva a cabo en la terapia narrativa contempla como un principio para construir una nueva historia, la separación de la persona, de la vieja historia o la historia saturada del problema; la cual le ocasiona impotencia o frustración. Guía así, a las familias a participar en lo que llama conversaciones externalizadoras acerca de sus problemas, tomando al problema como una entidad con vida propia, la cual domina a la persona o a la familia. Esta externalización les permite a los miembros de la familia, entender que los problemas no son las relaciones familiares, ni las relaciones personales, sino más bien, es la relación del sujeto con el problema o el problema mismo lo que trae las dificultades. A su vez, la externalización permite nuevas opciones para escapar de la opresión de los problemas, los distintos miembros de la familia o las personas involucradas pueden trabajar juntos para derrotar al problema más que culpar a otro por ello (White y Epston, 1994).

Nombrar el problema

El terapeuta le pide al cliente una descripción del problema, también que lo nombre. Es de suma importancia trabajar con las palabras exactas, también se

puede sugerir que se compartan imágenes o metáforas que describan el problema. (Tarragona, 2006)

Exploración de los efectos del problema

Después de haber nombrado el problema y habiéndose acercado lo mejor posible a la experiencia del cliente, el terapeuta indaga la historia del problema. No es una exploración en el sentido de la comprensión de la causa, sino para entenderlo y explorar historias alternativas más adelante. Es importante obtener descripciones lo más detalladas posibles sobre el efecto del problema, para luego indagar sobre el efecto de la persona sobre el problema, es decir, la forma en que la persona ha modificado la “vida” del problema. (Tarragona, 2006)

Deconstrucción

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

Estos son algunos tipos de preguntas de deconstrucción que proponen Freedman y Combs (Freedman y Combs 2002):

- Preguntas sobre la historia de la relación entre la persona y la creencia, la práctica, el sentimiento o la actitud problemática.
- Preguntas acerca de las influencias contextuales en el aspecto problemático.
- Preguntas sobre los efectos o resultados del aspecto problemático.

- Preguntas sobre la interrelación con otras creencias, prácticas, sentimientos o actitudes.
- Preguntas acerca de las tácticas o estrategias del aspecto problemático.

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

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

Las preguntas de influencia relativa buscan dos tipos de descripción: la influencia o el efecto que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona; así como la influencia que la persona ha tenido y tiene en la vida del problema. La primera descripción incita a la elaboración de una nueva descripción externalizada del problema, mientras que la segunda descripción incita a la persona a atender sus logros aislados o desenlaces inesperados, esos eventos que contradicen aspectos de la descripción saturada del problema de la persona (White, 1994).

Descubrir acontecimientos excepcionales

El problema y sus efectos constituyen la historia dominante. Después una exploración a detalle, se busca averiguar sobre momentos en la vida del cliente

que se opongan a la historia dominante, se trata de encontrar evidencias de otras historias posibles o narrativas sobre su identidad. Una vez que se mencionan estos acontecimientos, el terapeuta aprenderá sobre la historia y significado de estos eventos para el cliente, lo que significó para otras personas que son de importancia en su vida y lo que en la actualidad, al recordarlas, significan para él.

Engrosar la trama

Cuando las historias dominantes de la vida del cliente son muy limitadas, pueden estar excluyendo aspectos importantes de su identidad. Encontrar acontecimientos excepcionales es el primer paso para la construcción de historias o tramas alternativas. Se busca engrosar una historia alternativa a la dominante, fortalecerla para que adquiera mayor significancia y peso para el cliente .(Tarragona, 2006)

Cuadro 14. Otras Prácticas en la terapia narrativa.

Otras prácticas dentro de la terapia narrativa (Payne, 2002)

- **Documentos terapéuticos:** El terapeuta puede utilizar documentos escritos, de su propia autoría o creados por la persona que consulta, para resumir los descubrimientos de la persona y describir su propio progreso, y puede conservarlos para usarlos de nuevo en el futuro o cuando tenga necesidad de ellos.
- **Testigos externos:** Esta práctica implica que las personas identifiquen a las personas con quienes les gustaría compartir las narrativas que han deconstruido acerca de sus vidas, en especial sus éxitos recién descubiertos en la lucha con el problema.
- **Club de vida:** Con ayuda del terapeuta, la persona invita metafóricamente a esta gente a unirse una vez más a su “club de vida”, a volver a ser miembro de su grupo.
- **Rituales y ceremonias definicionales:** Las celebraciones pueden ser formales o informales y pueden tomar el lugar con la presencia o ausencia del terapeuta. Están encaminados a divulgar la noticia.

1.3.2 Enfoque Colaborativo.

La propuesta del Enfoque Colaborativo se fue conformando, en la medida en la que se fueron incorporando ideas del paradigma posmoderno al quehacer terapéutico. Para la posmodernidad el foco de interés de la terapia no se encuentra en el interior del individuo, ni en la familia, sino en las personas en relación como constructores de sistemas de significados (Anderson y Goolishian, 1992).

Tiene su origen en los años 70 en Galveston, Texas con un equipo interdisciplinario dirigido por Goolishian quien trabajaba con adolescentes en crisis y sus familias en conjunto con otros expertos. Anderson y Goolishian propusieron a los sistemas humanos como sistemas de lenguaje generadores de significados. En este sentido los sistemas de lenguaje están integrados por las personas que están teniendo conversaciones entorno a alguna preocupación. No se considera una determinación por roles sociales o vínculos familiares, sino que depende de quién esté hablando con quién sobre un tema importante para ambos. El terapeuta en este sentido, preguntará a sus clientes con quién han hablado sobre sus preocupaciones y el impacto que ha tenido estas conversaciones. Desde esta perspectiva no hay una distinción entre los tipos de terapia individual, de pareja o familiar, sino *quién debe estar hablando con quién, cuándo, dónde y sobre qué*. Si en una sesión de terapia el cliente habla sobre un familiar, se le pregunta si quiere invitarlo a la siguiente sesión, esto en el sentido de si es importante para la situación que se está tratando. (Tarragona, 2006)

Postura del terapeuta

Para Harlene Anderson (Anderson, 2002), el enfoque colaborativo exige la adopción de una postura filosófica, más que la utilización de una serie de técnicas

o intervenciones. En este sentido, la postura del terapeuta se convertirá en la base del quehacer terapéutico y será la línea que guíe la forma en la que conversará con cada uno de sus clientes. El terapeuta tiene que estar listo para sumergirse en la incertidumbre, para no-saber, para adaptar su pensamiento y su acción a las exigencias de cada situación. El terapeuta al centrarse en aprender el lenguaje y los significados de cada cliente en particular, desde una postura de curiosidad, sus intervenciones emergen de la conversación y sólo son lógicas, coherentes y útiles para esa conversación en particular, con esa familia o cliente exclusivamente. Así, el cliente es considerado como un experto en su propia vida y sus experiencias, mientras que el terapeuta es visto como experto en el área de proceso, en colaborar con cada cliente para la construcción de un diálogo que abra posibilidades.

La postura colaborativa es descrita en términos de una serie de conceptos interconectados:

- **Sociedades conversacionales.** El terapeuta y el cliente conforman una sociedad, son compañeros conversacionales y establecen una relación de colaboración y participación en conversaciones dialógicas. Es necesario que el terapeuta centre su atención en el cliente, aprenda y trate de entender el lenguaje desde la perspectiva de éste.
- **La terapia como investigación.** Es un interés por el conocimiento y experiencia del cliente más que por una teoría que la explique. El terapeuta y el cliente generan un conocimiento compartido a través de una investigación compartida; es un proceso en el que el cliente cuenta su historia y co-investiga, clarifica, amplía y la transforma.
- **El cliente como experto.** Tomando en cuenta los puntos anteriores, se puede comprender que el cliente es el experto sobre su propia vida, es el maestro del terapeuta. El terapeuta respeta la historia del cliente.
- **Postura de no saber.** Si el cliente es el experto, la postura del terapeuta es un no saber, es decir, quien se mantiene en el centro de la atención es el cliente al contar su historia, el terapeuta trata de seguir el ritmo y mantiene

sus preguntas dentro de los parámetros de los problemas descritos por el cliente (Tarragona, 2006).

El proceso de la conversación dialógica

Este tipo de conversación terapéutica, requiere que el terapeuta continuamente ajuste sus comprensiones a las de sus clientes, colocándose siempre en el camino de entender, en el proceso de comprender y por lo tanto, en un estado de cambio continuo y permanente. Así, se genera el espacio para que todos los participantes del proceso, emprendan una exploración conjunta de los problemas, en un proceso donde las personas hablan con las personas, en oposición a otros modelos terapéuticos donde la terapeuta les habla a las personas (Anderson y Goolishian, 1992).

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

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

Hacer público

Para el enfoque colaborativo, una noción básica que guía la postura del terapeuta es la transparencia o el hacer públicos sus diálogos internos, sus pensamientos, prejuicios, temores, especulaciones, etc. De tal manera, que mostrar y colgar a la vista de todos los participantes en la conversación, sus incertidumbres y saberes, permitirá que también estos se sometan a la reflexión, al cuestionamiento, pero

que a la vez, puedan contribuir a la exploración de nuevos caminos. Reflexionar de esta manera, puede ayudar a estimular la emergencia de múltiples voces y perspectivas dentro del proceso terapéutico. También implica reflexionar sobre sí mismo para estimular el desarrollo de múltiples voces y perspectivas como terapeuta. Este proceso, junto con mostrarse al otro, permiten al terapeuta y al cliente, tener una mayor flexibilidad para lidiar con múltiples opiniones, a veces conflictivas, sobre las situaciones complejas de los clientes. Este hacer público se halla en contraposición a la postura tradicional del profesionalista, que en su papel de experto, guarda para sí ciertos saberes, en una especie de “agenda secreta”, que sólo él conoce (Anderson, 1999).

Preguntas conversacionales

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

1.3.3 El equipo reflexivo

Esta modalidad de trabajo surge en los años 70's en Noruega, con un grupo de psiquiatras y psicólogos que brindaban servicios en el sistema de asistencia de ese país. Dirigidos por Tom Andersen, se reunían para buscar nuevos modelos de

pensamiento y de trabajo. Tom Andersen desarrolla este tipo de trabajo en el cual los observadores ubicados atrás del espejo unidireccional, cambian de espacio; incorporándose al mismo espacio dónde se encuentran terapeuta y las personas. Una vez ahí, el equipo discute lo escuchado en la sesión, tomando en cuenta lo que se presentó en la entrevista, las ideas se exponen de manera tentativa, los comentarios son formulados de manera positiva, o al menos no como atributos negativos o comentarios culpabilizantes, los miembros del equipo mantienen contacto visual entre sí, mientras conversan, se comparten las percepciones, pensamientos e imágenes, que los miembros del equipo tuvieron, las reflexiones intentan presentar distintos lados de un dilema, las reflexiones no deben ser muy usuales ni muy inusuales en cuanto al estilo, ritmo y palabras usadas en la conversación, no se usan diagnósticos ni términos psicológicos, los terapeutas deben tratar de usar el lenguaje y las metáforas de los clientes. Su efecto, permite que la persona como apoyada dentro de un ambiente de honestidad, la familia se siente parte del equipo y el equipo siente más empatía con la familia, debido a la interacción directa con ellos (Anderson, 1994).

Cuadro 15. El equipo reflexivo

Lineamientos del equipo reflexivo (Andersen en MacNamee y Gergen, 1992)

- Las reflexiones del equipo deben basarse en lo escuchado o visto en la sesión, no es algo tomado de otros contextos. Se le dice a los consultantes que pueden escuchar o no las reflexiones del equipo.
- Los miembros del equipo deben tratar de no dar connotaciones negativas en sus intervenciones.
- Se pide a los miembros que se miren entre si y no a los consultantes, lo que permite su libertad de no escuchar.
- Finalmente se puede discutir con los consultantes sobre lo que escucharon del equipo. El terapeuta no escogerá los temas a discutir.

Una idea que gira en torno al equipo reflexivo es que el individuo está inmerso en dos tipos de conversación: una externa en la que participa activamente compartiendo sus ideas a otros y una interna en dónde se habla a sí mismo y así escucha a otros. Lo que se busca en el equipo reflexivo es que el consultante sea inmerso en esos dos tipos de conversación, una generada por el terapeuta y la otra cuando escucha al equipo reflexivo. Lo que se busca también es que el equipo genere en el consultante diferentes perspectivas que faciliten las conversaciones internas y externas (Anderson, 1994).

III. Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales

Dentro de los objetivos del programa de la residencia, es el desarrollar habilidades teóricas y prácticas en relación a las diferentes problemáticas que se nos presentan. Esto es posible mediante el trabajo clínico supervisado, la investigación, el desarrollo de intervenciones a nivel comunitario y la participación en foros académicos que enriquezcan aún más la experiencia de la formación.

En este capítulo presento la síntesis de dos casos clínicos que fueron relevantes en mi formación, tanto por su problemática como por su resolución. También presento dos investigaciones que realicé en conjunto con mis colegas, cada una de ellas presenta el abordaje a un tema de relevancia tanto para mi formación como terapeuta y de interés personal. Dentro del trabajo de campo, realicé una intervención comunitaria, haciendo partícipes a otros de la historia de mi formación y de los beneficios de la propuesta de la residencia.

Los productos tecnológicos que presento son una propuesta por implementarse para el beneficio de la residencia, son dos sitios web para la residencia y para el Centro Comunitario “Julian MacGregor y Sánchez Navarro”, los sitios permitirán tener un vínculo más directo con la comunidad interesada en beneficiarse de la propuesta institucional de la Maestría.

La participación en los foros académicos nos enriquecen por la relación que establecemos con otras áreas de conocimiento, por la posibilidad de establecer relaciones con otros colegas y el compartir nuestra experiencia para enriquecer a otros. Más adelante presentaré un breve resumen sobre mi participación en distintos foros académicos.

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.

Caso 1

Más allá de la infidelidad y la traición

Nombre de los pacientes: Juan y Claudia

Terapeuta: Anahí García Mac Naught, Misael Vicente Montes de Oca Cortés

Equipo terapéutico: Equipo Terapéutico 7^a Generación MTFS

Supervisores: Guadalupe Santaella, Raymundo Macías

No. de sesiones: 10

Resumen

Se presenta el caso de una pareja atendida en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”. La pareja se presenta debido a una *supuesta* infidelidad por parte del marido, la pareja entra en crisis y discute constantemente. El trabajo en las sesiones fue en dos periodos o etapas, la superación de lo que el evento había causado en la pareja y la reparación de la relación.

Introducción

El ensamblaje de las singularidades que se forman en el sistema terapéutico (terapeuta y pareja) y su ampliación pueden convertirse en un cambio cualitativo en el sistema, estas particularidades pueden entenderse como comportamientos específicos de la familia, sus metáforas que presentan en la sesión, etc. No se busca que las fluctuaciones o singularidades, sean conscientes para el sistema

familiar, sino que en su ampliación, el sistema al llegar a la bifurcación (o el momento de la elección) pueda hacer un cambio. No es la interacción de los individuos que conforman el sistema, sino los ensamblajes en evolución, tampoco lo es el individuo el centro en el sistema sino las interconexiones que hay entre los que forman el sistema (Elkaïm, 1989).

Elkaïm considera que el concepto de equifinalidad, retomado de la Teoría General de los Sistemas, ha limitado la comprensión de los sistemas familiares al minimizar la importancia de su historia. El concepto que propone en su lugar es la retroalimentación (feedback) evolutiva, que se refiere a que los cambios que se introducen en el sistema por su interacción con el medio que le rodea, están ligados a la estructura particular de ese sistema. Tenemos entonces que:

- La evolución en un sistema está ligada no a una ley general, sino a las propiedades intrínsecas de ese sistema.
- Un sistema abierto puede evolucionar hacia diferentes formas de funcionamiento, la elección de tal o cual modo de funcionamiento depende de la historia del sistema.

Infidelidad y el punto de vista relacional.

De acuerdo con Scheinkman (2005) la literatura sobre la terapéutica de la infidelidad es un ir y venir sobre ideas culturales y morales preconcebidas:

- **Infidelidad y trauma.** Esta literatura se centra en el impacto de la infidelidad y el trauma de la traición. Están orientados a ayudar a lidiar con el suceso y restaurar su relación de pareja.
- **Víctima y villano.** Es una consideración lineal donde hay una víctima y un villano, por lo regular se propone el castigo hacia el villano.
- **Sintomática.** La infidelidad es vista como un síntoma de que algo anda mal en el matrimonio. Se resalta el valor institucional del matrimonio y su naturaleza monogámica.

- **Confesar la infidelidad, decir la verdad.** La propuesta terapéutica desde este punto de vista, no considera una postura moral sobre la infidelidad y la monogamia, pero sí el mantener una transparencia con la pareja y decir la verdad sobre lo que sucedió, partiendo así de bases solidas para reconstruir la pareja.
- **Contracultural, el amor moderno.** Centrado en el arreglo particular de cada pareja y no en las ideas culturales o ideológicas que definen el amor, el matrimonio y la pareja.

Para este tema tan complejo Scheinkman (2008) ha desarrollado un abordaje multinivel llamado “hoja de ruta” como resultado de más de 30 años en el trabajo con parejas, en el cual retoma ideas y conceptos planteados desde una perspectiva sistémica y posmoderna.

| Cuadro 16. La hoja de ruta | |
|---|--|
| FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA HOJA DE RUTA | |
| <i>Perspectiva interaccional MRI</i> | |
| <i>Narrativa</i> | |
| <i>Ciclo de la familia</i> | |
| <i>Estructura familiar</i> | |
| <i>Perspectiva feminista</i> | |
| <i>Modelo Psicodinámico</i> | |

En cada nivel de la hoja de ruta se aborda una dimensión de la relación de pareja y pueden servir como supuestos en la terapia:

La danza de la pareja. El problema presentado está incrustado en un patrón circular que se mantiene por las acciones recíprocas y las reacciones de la pareja. Si bien la reciprocidad es parte fundamental de una relación de pareja, los patrones pueden volverse problemáticos cuando entran en bucles recursivos de negatividad y malos entendidos.

Coreografías. Aquí se refiere a la forma, ritmo, paso y patrón de la danza de la pareja. Destacándose tres configuraciones principales: conflicto, persecución-distanciamiento y alejamiento mutuo.

Ansiedad: combustible para la danza. Este combustible puede surgir del mismo proceso de escalada, del contexto o de una dificultad para adaptarse a nuevas condiciones de la relación. También está relacionada con la historia de la relación, una acumulación de daños no hablados en la pareja.

Para Scheinkman (2008) los niveles de intervención son los siguientes:

Deconstruyendo la danza: nivel por nivel.

La deconstrucción es el proceso de colaboración en el que el terapeuta, en diálogo con la pareja, identifica el patrón global de la pareja, explora las fuentes de ansiedad y angustia que impulsan la danza.

Nivel uno: interaccional. Primero se determina la relación -si es que la hay- entre el motivo de consulta y el patrón de la danza. En este nivel se identifica el patrón de la pareja realizando un seguimiento de sus interacciones, la intervención del terapeuta es ir desenredando las interacciones para poner en evidencia cómo la danza de la pareja limita su relación.

Nivel dos: Sociocultural / Organizacional. En este nivel se busca determinar si y cómo la angustia de la pareja está en función de factores culturales, de relaciones de poder y estatus mismos que estructuran las relaciones en la familia. El

terapeuta se centra en el sentido que tiene el poder o la falta de éste en cada integrante.

Nivel tres: intrapsíquico. Cuando no se pueden obtener cambios interviniendo en las interacciones, se cambia el foco de atención a las experiencias subjetivas enlazadas a la danza: las creencias, suposiciones, expectativas, sentimientos y significados acerca de sí mismos y la relación pueden estar funcionando para mantener a la pareja en punto muerto, sin cambios. Las intervenciones del terapeuta están orientadas a que cada integrante descubra su propia vulnerabilidad en relación con su pareja, experiencias que generalmente están enlazadas a la familia de origen.

Nivel cuatro: intergeneracional. En este nivel el trabajo es explorar con mayor profundidad la familia de origen en cuando a las tensiones familiares en curso, rupturas, lealtades ocultas, legados o secretos que puedan estar contribuyendo a los problemas actuales del individuo o de la pareja. El terapeuta ayuda a cada integrante a marcar la diferencia de su familia de origen.

Presentación del caso

Juan y Claudia han logrado una estabilidad económica gracias a que han trabajado para que su negocio de transportes crezca. Juan estudió hasta el grado de Maestría y Claudia hasta licenciatura. Claudia trabajó mucho años en el área bancaria y hace 8 años decidieron que ella se dedicara al hogar para estar más con sus hijos. Cristian su hijo mayor tiene 20 años estudia la licenciatura y Juan es el hijo menor de 16 años y estudia la preparatoria. Llevan 21 años de casados y ambos relatan que habían mantenido una muy buena relación de pareja, se habían complementado muy bien, Claudia siendo más dominante y Juan más tranquilo, comentan que han sido muy buenos amigos y han sabido transitar por distintas etapas juntos. Sin embargo el diciembre pasado Claudia notaba distinto a Juan y en una fiesta de la empresa lo encontró dentro de una de las camionetas

de transporte con una mujer, lo que para Claudia fue una clara muestra de que Juan le fue infiel. A partir de este evento Claudia y Juan discuten constantemente, ella busca que él le diga que sí le fue infiel, Juan trata de evitar pelear con su esposa y la mayoría de las veces no responde a los cuestionamientos de ella, él le ha dicho que no le fue infiel y que desea que la relación con ella regrese a la armonía de antes.

A continuación se muestra quienes integran la familia.

Familiograma

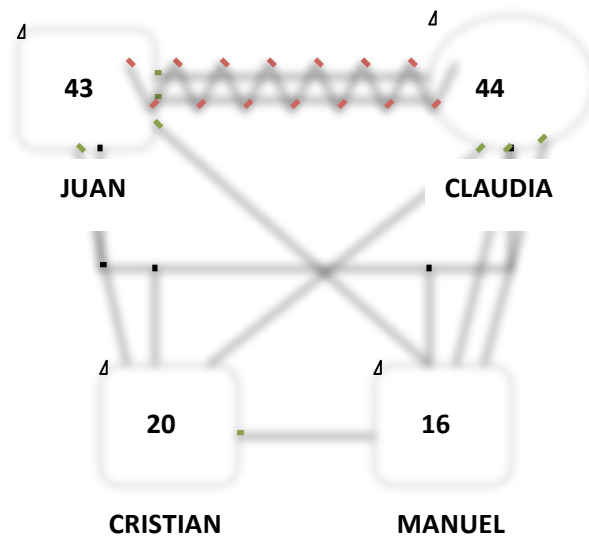


Tabla 6. Integrantes de la familia. Caso 1.

| Nombre | Parentesco | Edad | Sexo | Escolaridad | Ocupación |
|-----------|------------|------|------|--------------|---|
| Juan | Esposo | 43 | M | Maestría | Dueño y gerente de una empresa de transportes |
| Claudia | Esposa | 44 | F | Licenciatura | Ama de Casa |
| Christian | Hijo | 20 | M | Licenciatura | Estudiante |
| Juan Jr. | Hijo | 16 | M | Preparatoria | Estudiante |

Contexto de la intervención

La intervención se realizó en el Centro de Atención Psicológica “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM y se contaba con cámara de Gesell. En las sesiones se contó con el apoyo del equipo terapéutico integrado por la séptima generación de la Residencia en Terapia Familiar y un supervisor. La primera etapa de la intervención fue bajo las premisas del modelo terapéutico de Terapia Breve Centrada en Soluciones supervisada por la Maestra Guadalupe Santaella, la segunda etapa del proceso estuvo bajo la supervisión del Dr. Raymundo Macías, las premisas del trabajo fueron el perdón y la reparación. También se contó en una sesión con la supervisión del Dr. Reynaldo Perrone.

Proceso terapéutico

a) Motivo de consulta

Claudia solicitó atención psicológica debido a una supuesta infidelidad por parte de Juan. Ella refirió que buscaba aceptar su realidad o sobrellevar la relación, Juan por su parte quería recuperar la armonía que tenía con su pareja y en su

familia. Claudia comenta que los rasgos de pasividad y tranquilidad de su pareja (que antes veía como virtudes), ahora los ve como defectos y es poco tolerante ante ellos. Juan pese a tener el interés en mejorar su relación y hacer lo que sea necesario, refería sentirse más tenso y enojado, se mantenía a la espera de una nueva discusión con su pareja.

b) El escenario de la infidelidad

Claudia relata que acudió a su empresa donde se realizaba una comida de fin de año, la acompañaba su hijo menor. Al irse acercando al estacionamiento vio que Juan estaba en una de las camionetas acompañado algunos de los trabajadores, conforme su fue acercando notó que él estaba en compañía de alguien más, ambos sentados en los asientos delanteros, pero no distinguía quien era. Su hijo menor llamó por el radio a su papá, lo que para Claudia fue un gesto de alertar a Juan quien al reaccionar y ver que se acercaba Claudia, le pidió que lo esperara y no avanzara más. Claudia quería saber que era lo que estaba pasando, quería saber quien estaba con Juan. Finalmente cuando llegó, lo vio descender del vehículo y le dio la apariencia de estar abrazando a alguien. Claudia finalmente llegó a la camioneta y confirmó que había una mujer sentada en los asientos delanteros.

A lo largo de las sesiones Juan negaba haber sido infiel a su esposa y desde ahí se mostraba siempre dispuesto a hacer lo posible por mejorar la relación ya que habían entrado en “un bache”. Claudia no aceptaba la negativa de Juan, a lo largo del proceso le pedía explicaciones a Juan sobre lo que había ocurrido realmente, incluso argumentó que hacia 5 meses atrás, antes de la escena, ya sospechaba de la mujer que estaba en la camioneta, ya que en su opinión, ella coqueteaba con Juan y él se mostraba dispuesto ante la propuesta de la trabajadora, lo que confirmaba aún más que le era infiel.

c) Claudia

Para Claudia fue devastador lo que vio el día de la fiesta, desde ese día comenzó a ver cambios en la actitud de Juan hacia ella *“sólo el beso por la mañana y una llamada durante el día”*. Enfrentaba a Juan constantemente demandándole una explicación sobre lo sucedido, para ella Juan siempre contestaba con evasivas y se mostraba para ella con mal humor. Claudia hizo de lo ocurrido un filtro con el cual ahora miraba toda su historia de pareja. Los rasgos de pasividad y tranquilidad de Juan que antes veía como virtudes, ahora le representaban defectos y era poco tolerante ante ellos, lo consideraba una persona mentirosa, de doble moral y que no era conveniente para la educación de sus hijos. Durante la primer etapa del proceso Claudia se mostraba en las sesiones demandante hacia Juan, las respuestas positiva por parte de él ante la situación eran vistas por Claudia como algo *“mágico”* que no entendía de él, ya que ella no se sentía tan *“cómoda e indiferente”* ante lo ocurrido como Juan, constantemente descalificaba las propuestas que él tenía en las sesiones. Se sentía devaluada y subestimada, ya que la otra mujer, en opinión de Claudia, no era de la clase ni de una apariencia que justificara el evento. En esta etapa Claudia paso de la confrontación a una disposición por darle solución a la situación definida como un *“bache”* y le demandaba a Juan una relación completamente diferente a la que hasta ese momento habían llevado. Para ella las sesiones servirían para aceptar su realidad o poder sobrellevar de ahora en adelante la relación que se definía con la óptica negativa descrita. En el cierre de la primer etapa Claudia planteaba su conclusión a partir de lo que le había dejado lo sucedido ya no a partir de saber si Juan le había sido o no infiel, lo que a ella le daba una posibilidad de establecer otro tipo de relación con él sin justificar sus acciones y se mantendría a la espera de lo que Juan pudiera hacer para hacerla sentir querida.

d) Juan

Desde un inicio Juan se mostró preocupado por resolver la situación que había generado tensión en su familia y con su pareja. Trataba dar respuesta a las

demandas de explicación de Claudia. El distanciamiento que se había dado en la pareja era para él un resultado de no acercarse a Claudia y así no dar pie a que se hablara del tema y todo resultara en una nueva discusión, también evitaba acercarse aún cuando la veía triste. Juan le pedía a Claudia un voto de confianza para reparar con actos la relación, para él no eran las explicaciones las que resolverían su situación, sino lo que él le demostraría con el tiempo *“la situación no se va a resolver de un día para otro, toma su tiempo”*. Ante las definiciones de la relación que Claudia exponía en las sesiones, Juan sentía que hablaban de otra persona y no de él. Durante la primer etapa del proceso, Juan se mostraba callado, por momentos reaccionaba con gestos de molestia y se mostraba tenso cuando Claudia se refería a él como pasivo y falto de carácter. Juan reconoció que había sido un error la convivencia que se dio el día de la fiesta de la empresa, en ese sentido entendía que Claudia le estuviera ahora demandando un carácter más firme y no tan pasivo.

Al final de la primer etapa Juan proponía a Claudia que la reparación le tomaría tiempo él haría lo que estuviera en sus manos para crear una nueva relación, sin embargo Claudia descalificaba su propuesta diciendo que no se trataba de una solución tan simple o *“mágica”* como la que él le proponía. En la última sesión Juan ya no se mostraba tenso sino positivo ante la idea de intentar otras soluciones a la situación, sin embargo Claudia no tomaba esta falta de tensión como algo positivo, sino que descalificaba a Juan diciendo que era una *“falta de afrontar la situación”*.

e) La reparación

La segunda etapa de las sesiones inició bajo dos premisas: partir de un *“como si”* en relación al evento, es decir, se partiría de que Juan había sido infiel. Y la segunda premisa fue la reparación a partir del planteamiento de la primer premisa.

Al inicio de la segunda etapa los hijos participaron en las sesiones, ya que las discusiones en la pareja se habían incrementado y los hijos ya manifestaban malestar y no querer estar cerca de los padres, situación que nunca se había

dato. El línea de trabajo con los hijos fue más de testigos, evitando así los intentos de Claudia de tomar los puntos de vista de sus hijos y formar una colación en contra de Juan. Con la entrada de los hijos a las sesiones y al mantener a raya la coalición, la tensión en la pareja disminuyó, los hijos pedían que se terminaran las discusiones ya que comenzaba a ser un motivo para ellos de no estar con sus padres como antes lo hacían.

Entre la segunda y tercer sesión de la segunda etapa, la pareja asistió a un retiro espiritual para matrimonios, se connotó positivamente la búsqueda por ayuda externa y su apoyo en las creencias religiosas. A partir de ese momento, Juan y Claudia buscaban darle continuidad a las actividades que les habían servido del retiro. Ya no se esperaba una solución inmediata –aspecto que Claudia descalificaba- tampoco un esfuerzo por reparar a futuro la relación –idea que Juan sostenía desde un inicio- sino que la pareja acordó resaltar los momentos emotivos que les acontecían día a día. Esto se logró con apoyo de la supervisión del Dr. Reynaldo Perrone, quien planteó que Claudia no desistiría en sus intentos por descalificar a Juan y él no iba a reaccionar como Claudia esperaba aceptando su infidelidad y pidiendo perdón, por lo que se les pediría a ambos aportar a un tercero (la relación) los aspectos positivos que cada uno tenía para mejorar y alimentar ese ente llamado “su relación”, se rompía la confrontación de uno a uno y se introducía la idea de cooperación entre dos para un tercero: su relación de pareja.

La pareja continuó con buen ánimo hacia reparar su relación, pero a la par de su entusiasmo continuaba la tensión y las descalificaciones. Claudia continuaba descalificando a Juan argumentando que no tenían mucha comunicación, que él se encerraba “*en su cúpula*” y ya no sabía que le ocurría. Juan por su parte argumentaba que prefería mantenerse callado ante las confrontaciones a las que Claudia lo llevaba. La tensión era sostenida por que la infidelidad nunca se “*destapo*” como tal, sino que se sostenía y sostuvo siempre como una incógnita.

Los problemas que antes eran cotidianos llevaban ahora a la pareja a tener discusiones más tensas, estaban ahora matizadas por el recuerdo de la supuesta infidelidad. Para el Dr. Raymundo Macías, que Juan no destapara la infidelidad era una medida de protección hacia el cónyuge, ya que al destaparse “se contaminaría” la relación y se abriría un cuestionamiento sin fin: “¿cuántas veces sucedió?” “¿porqué te gustó más que yo?” etc.

Se decidió en el equipo terapéutico espaciar las últimas dos sesiones (un mes entre sesiones) esperando así liberar a la pareja de la tensión que se generaba al tratar de resolver su situación y el cansancio que nos había generado el proceso a los terapeutas a cargo. El resultado fue positivo, la pareja reportó cambios, en las sesiones se mostraron menos tensos, había reclamos pero ya no descalificaciones, la infidelidad ya no era el tema eje, sino lo que hacía o no cada uno para mejorar su relación. La exigencia de Claudia hacia Juan no disminuyó, lo que cambió fue que ya no le exigía desde una reparación por la infidelidad, sino ahora como su pareja en construcción de una nueva relación. Juan por su parte tomó la dirección en las sesiones, hablando sobre lo que hacía para enamorar y recuperar la confianza de Claudia. El cambio se mostró también hacia los hijos, ya que ellos nuevamente les pidieron tiempo para convivir, situación que ya no se había presentado debido a las discusiones constantes. La pareja cerró diciendo que no le gustaría cortar con el apoyo que había sido las sesiones, ya que si bien peleaban, lo hacían con referees presentes. Ahora se sentían con más herramientas para afrontar sus dificultades, capaces de buscar y pedir ayuda externa y de saber que su funcionamiento como pareja repercutiría hacia sus hijos y su trabajo.

f) Resultados de la intervención

En la primer parte del proceso los terapeutas a cargo buscábamos darle solución al problema planteado partiendo de las premisas de la Terapia Breve Centrada en Soluciones. El problema se definió como “*un bache*” en la relación, su contenido

eran las discusiones de la pareja alrededor de si Juan había sido o no infiel. Se identificó una pauta alrededor del problema:

- Claudia se mantenía a la espera de un acercamiento de Juan, ya sea para confesarse o para apoyarla emocionalmente.
- Si él se acercaba la situación cambiaba para dar paso a discutir sobre el problema.
- De no acercarse, Juan era descalificado en su carácter, en no querer afrontar la situación y se infería su culpabilidad.
- Juan evitaba dar pretextos a Claudia manteniendo la comunicación con su pareja al mínimo y evitando acercarse aún cuando Claudia se mostrara triste buscando la compañía de Juan.

Ante la visión de Claudia de connotar negativamente toda su relación de pareja y por lo tanto las actitudes y carácter de Juan hacia ella, se redefinió esta interacción centrando a la pareja hacia el futuro y la construcción de una nueva relación. Las tareas prescritas estaban en función de generar pautas nuevas de interacción entre la pareja evitando la connotación negativa de Claudia.

Claudia constantemente rechazaba los cambios inmediatos que se generaban, enfocándose en descalificar la actitud de Juan hacia el cambio. No estaba de acuerdo con la “magia” en Juan de no estar tenso como ella lo estaba. Esto marcaba el final de la primera etapa, debido a las vacaciones de la institución.

Al iniciar el segundo periodo, los terapeutas a cargo, el equipo terapéutico y el Dr. Raymundo Macías discutimos sobre replantear los objetivos a partir del cierre de la etapa anterior, el cuál no representaba un avance significativo en cuanto a la premisa de *resolver el problema*. El replanteamiento fue a partir de dos puntos:

- Partir de un “*como si*” efectivamente hubiera sucedido la infidelidad. Hasta que punto avanzó la infidelidad, quedaba en responsabilidad de Juan y de Claudia.

- La reparación. La pareja tendría que convencer a sus hijos y al equipo que estaban dispuestos a reparar su relación, para lo cual necesitaban perdonar.

De no cumplirse estos puntos sería un proceso infructuoso, no se daría como tal un proceso terapéutico.

La participación de los hijos en la segunda etapa contribuyó a que la pareja cayera en cuenta de que sus hijos comenzaban a resentir sus peleas y silencios a tal punto de no querer realizar actividades juntos como antes. Esto animó a la pareja buscaron otras opciones, participaron en un retiro espiritual para matrimonios. Los efectos fueron positivos, generó un efecto de “no aflojar”, nombrado así por Juan y se les indicó hacer partícipes a sus hijos de los avances logrados.

Sin embargo los reclamos por parte de Claudia continuaron y se volvía a establecer la pauta con el silencio de Juan. Tres sesión antes de concluir se contó con la supervisión del Dr. Reynaldo Perrone, quien a partir de la pauta vista, prescribió a la pareja el trabajar hacia un tercero que era “la relación”, es decir, se reconocían las capacidades de Juan y Claudia a lo largo de las sesiones, su entusiasmo por mejorar su relación y se les pedía que colaboraran para alimentar ese nuevo *ente*.

En la pausa realizada en esa sesión los terapeutas a cargo manifestábamos ya una frustración ante la aparición de la pauta que se generaba con el reclamo. Se decidió espaciar las últimas sesiones de quince días a un mes.

En la post sesión hablamos de cómo continuábamos con la inercia de tratar de solucionar todos los problemas de la pareja y de generar un bienestar generalizado en la pareja y de ellos hacia los hijos. En el sentido que plantea Scheinkman (2008), estábamos participando de la pauta de la pareja alimentando la ansiedad, es decir, teníamos nuestro propio combustible con el que participábamos para mantener la pauta, avivando la ansiedad ante el no cambio.

Los terapeutas a cargo –y el equipo- tuvimos que dar un salto cualitativo y romper con la inercia de la pareja de la cual ya estábamos participando y reforzando al tratar de reparar lo irreparable, al tratar de darle salida a los reclamos de Claudia y establecer una situación cómoda tal como Claudia le reclamaba a Juan. teníamos por un lado nuestra frustración hacia los reclamos interminables de Claudia –un reclamo al reclamo- y por otro lado, queríamos una solución que restableciera la comodidad de la pareja, tal como Juan respondía a Claudia, con la misma pauta – en nuestro caso dar una solución última- .

La prescripción tuvo efectos ya que generó una pauta en dónde la pareja colaboraba, los reclamos no cesaban pero estaban en función de mejorar la relación y no en confrontación directa. Los efectos en nosotros como terapeutas fue centrarnos en los cambios producidos tomando en cuenta que los reclamos no cesarían, solo que ahora tendrían su lugar, en el caso de la pareja, tendrían serían el motor que empujaría a construir una nueva relación más satisfactoria. Registramos dos efectos: el espacio de un mes entre las dos últimas sesiones sirvió de “respiro” para la pareja, los terapeutas y el equipo, se rompió la inercia anterior y en conjunto con la prescripción, la pareja cesó la confrontación directa y comenzó a colaborar hacia su relación.

El cierre de las sesiones fue connotar positivamente las pautas generadas por la pareja: la búsqueda por ayuda, tanto la psicológica como la espiritual, la colaboración como pareja para superar “el bache” y la disposición a realizar cada una de las tareas asignadas por los terapeutas. También se compartió con ellos una reflexión sobre el limite mismo de la terapia y la imposibilidad de generar un bienestar generalizado. En este sentido Claudia reconocía el apoyo del espacio terapéutico y del proceso, Juan por su parte decía no cesar en la búsqueda por el bienestar con su pareja y de su familia.

Veamos ahora estas dos etapas del proceso desde La Hoja de ruta de Scheinkman (2008); en la primer etapa se puede ver ejemplificada la danza y la coreografía de la pareja cuando se define la pauta de “*el bache*” (evitación-

confrontación) en la relación. El combustible en la pareja, en esta danza, era la ansiedad que se generaba en ambos ante la evitación-confrontación. Al deconstruir la danza, en el nivel interaccional la pareja limitaba su relación en la evitación-confrontación, Claudia descalificaba cualquier salida de esta pauta y Juan se mantenía en sus intentos por mejorar la relación, al mismo tiempo que evitaba confrontar y acercarse a Claudia; en el nivel dos, la ansiedad en la pareja estaba en función de la pérdida de poder por parte de Claudia quien estaba ahora vulnerable ante Juan por su infidelidad, descalificaba el rol de Juan quien ahora para ella no representaba jerarquía alguna. Juan por su parte ante Claudia perdió toda credibilidad y sus intentos por darle solución al problema eran descalificados constantemente por Claudia, generando molestia y distanciamiento.

En la segunda etapa la danza de la pareja continuaba en la misma pauta de evitación-confrontación, lo que comenzó a variar fue la coreografía, era mayor el acercamiento por parte de Juan y Claudia tardaba –por así decir- en confrontar y descalificar a Juan. Las sesiones se tornaron un escenario para la confrontación y nosotros como terapeutas a cargo *alimentábamos la ansiedad* tratando de resolver la pauta. La modificación en la pauta de relación se dio cuando la pareja ya no se confrontó directamente sino que ahora era una participación hacia la mejoría de la relación, la confrontación se movió de ser reclamos directos entre la pareja, a pedidos de participar mejor para mejorar la relación. En cuanto al segundo nivel lo que alimentaba la ansiedad en la pareja era la posibilidad de perder la relación y el estatus que había alcanzado, su patrimonio, la relación con sus hijos y la relación entre ellos que no había tenido problemas. Esta ansiedad generaba una participación por parte de Juan y Claudia, “no aflojar” como lo nombró Juan, una participación para mejorar la relación, era una suma de esfuerzos. Esto permitió de cierta manera, balancear la pérdida de jerarquía de Juan ante Claudia y la vulnerabilidad de Claudia estaba ahora protegida por la desviación de su propia atención hacia la mejoría de la relación y no hacia el daño hecho directamente a ella, aunque esto claro, no se borró instantáneamente, solo que no era el motivo principal que sostuviera la pauta en este momento del proceso terapéutico.

g) Comentario final

La experiencia en el trabajo con Juan y Claudia para restablecer su relación, fue cansada pero enriquecedora. Uno de los principales elementos que extraigo de este caso en su primera etapa y que está en relación con el programa de la residencia, es la incapacidad de generar un cambio en la pareja cuando me enfoque a realizarlo bajo el modelo propuesto para el semestre. La inercia que se genero entre el equipo, supervisora, mi coterapeuta y yo, fue en mi opinión, la de ir arrastrando fracasos en cuanto a la escenificación positiva de una técnica, es decir, la técnica no me dejaba resultados contundentes, me frustraron los primeros resultados que, aunque fueron percibidos por la pareja como positivos, para mi eran parciales.

En la segunda etapa del proceso, la inercia continuaba, me di a la tarea centrarme en lo “orgánico” de la pareja, es decir, lo que se me presentaba más allá de un modelo. Esto me funcionó muy bien en cuanto a ir creando formas más firmes en mi estilo terapéutico, esto claro, fue posible por la colaboración siempre entusiasta de mi coterapeuta Anahí, el equipo terapéutico de mi generación y al apoyo que tuvimos por parte del supervisor de esta segunda etapa, el Dr. Raymundo Macías, el apoyo fue hacia nuestro estilo y propuestas y no hacia un modelo. Si bien teníamos directrices, este apoyo en mi opinión, logro el cambio cualitativo que requerimos para cerrar con éxito el proceso.

Recordé lo que Minuchin escribe al final de su libro “Técnicas de Terapia Familiar” y me permito citarlo:

“Cierren ahora este libro. Es un libro sobre técnicas. Más allá de la técnica está la sabiduría, que es el conocimiento de la conexión que une las cosas entre si. ...cuando las técnicas se guían por esa sabiduría, la terapia se convierte en arte de curar.”

Minuchin, 1984.

Caso 2

El apego en la familia. “Todo es un nudo”

Nombre del paciente identificado: Josué

Integrantes de la familia: 7

Terapeuta: Misael Montes de Oca, Alma Vanessa Guzmán.

Equipo terapéutico: 8ª Generación MTFS

Supervisora: María del Rosario Muñoz

No. De sesiones: 16

Resumen

Se presenta el caso de una familia atendida en el Centro Comunitario “Los Volcanes”. Se trata de una familia con problemas con su hijo menor, quien presenta una “depresión” muy fuerte, mismo que le ha impedido asistir a la escuela. A lo largo de las sesiones se logró restablecer la situación emocional del paciente identificado, la cual giraba en torno al apego con su madre. Se establecieron nuevas vías de comunicación entre los miembros de la familia y se definieron límites claros y funciones.

Introducción

En la intervención con familias existen elementos conceptuales básicos y modelos que nos orientan y simplifican el trabajo de intervención. Tal es el caso del ciclo vital de la familia y el Modelo Estructural. El ciclo vital visto como una herramienta nos ayuda a organizar y sistematizar la información que nos proporciona la familia, nos sirve de apoyo para el diagnóstico y la intervención (Estrada, 1991). Se entiende que una perturbación en alguna de las etapas del ciclo, puede dar como

resultado un sintoma en el sistema familiar. Estos síntomas pueden exteriorizarse en un integrante del sistema, son vistos como el resultado de la interacción familiar (Haley 1983).

| Cuadro17. Etapas del ciclo vital familiar. | |
|---|--|
| (Estrada, 1991) | |
| ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR. | CARACTERSTICAS. |
| <i>Desprendimiento.</i> | En esta etapa tiene que darse la separación y asentamiento de la individualidad. Cuestiones no resueltas en la separación da lugar a problemas como idealizaciones, una personalidad poco desarrollada o se le adjudica a la pareja una problemática no solucionada. |
| <i>Encuentro.</i> | Se cambian los mecanismos de hijo a otros que incluyan a si mismo y su pareja a fin de lograr una nueva estabilidad emocional. Estrada llama a esto “contrato matrimonial”. Estas necesidades las proyecta en su pareja y pueden ser saludables o neuróticas. |
| <i>Los hijos.</i> | En esta etapa se da una reestructuración del contrato matrimonial. |
| <i>La adolescencia.</i> | Los padres pueden experimentar regresiones a su propia adolescencia. Se prueba la flexibilidad del sistema. |
| <i>Reencuentro.</i> | También llamada nido vacío, se caracteriza por el reencuentro con la pareja y por un análisis y valoración individual de lo que se ha hecho en la vida. |
| <i>La vejez.</i> | Con la jubilación se da la invasión de los espacios que antes estaban bien delimitados, tiene que haber respeto y aclaración con respecto a los espacios que ahora se comparten. El trato en la vejez varía mucho de cultura a cultura. |

Desde el punto de vista de Fishman (1990) el adolescente es el más propenso a resentir los problemas en el sistema familiar. La adolescencia debe contemplarse como una transformación social, no existe independiente de un contexto social

definido. Como terapeutas tratando a un adolescente, no tendríamos que ocuparnos de la etiqueta del problema, sino centrar nuestra atención en el contexto que está creando y perpetuando el problema en cuestión. En este sentido para el terapeuta el poder de “*la causalidad circular*” radica en poder abordar cualquier parte del sistema, es decir, trabajar con tantos miembros de la familia como nos sea posible. Al intervenir en el sistema el terapeuta puede romper el patrón circular, efectivizando cambios para todos los miembros de la familia.

Se resaltan cuatro aspectos -puntos de tensión- a tomar en cuenta en el trabajo y la intervención en familias con adolescentes:

- **La búsqueda de identidad.** Es un procesos complejo que se construye en la negociación de los vínculos entre las generaciones, permite que se construya el sentido del sí-mismo.
- **Competencia social.** Las reglas que construye el joven dentro de la familia, tiende a generalizarlas hacia las situaciones externas.
- **Narcisismo adolescente.** El sentimiento de omnipotencia que lleva al joven a sentir que no necesita adaptarse a las realidades sociales y por lo tanto, no tiene porque cambiar.
- **Separación.** La separación del adolescente de su familia. Se procura que sea una separación sin alienación, es decir, que sea funcional también hacia las personas de las cuales se está separando.

La dificultad en una familia puede encontrar su punto máximo cuando se emancipa alguno de los hijos.. Si partimos del hecho de que los miembros del sistema buscarán mantener y proteger la organización del sistema, entenderemos que si un adolescente es la vía privilegiada de comunicación entre los padres y estos no están listos para restablecer una comunicación directa, la solución inmediata que la familia encuentra para estabilizarse es que el hijo no se vaya. Esto puede llevarse a cabo por el fracaso en dos niveles:

- a) **Inhabilitación.** Para estabilizar a la familia el hijo puede desarrollar algún problema que lo inhabilite de manera que siga dependiendo de los padres. Persiste la comunicación entre los padres por referencia al joven. Puede fracasar al buscar establecer relaciones externas a su familia.
- b) **Desobediencia.** La familia intenta modificar una conducta que considerada inadecuada pero fracasa, ya que es precisamente la atención de los padres hacia el hijo que presenta la conducta lo que mantiene la pauta. Esta conducta puede ser considerada “loca” o “excéntrica”, también puede ser violenta o presentarse de manera metafórica, es decir un acto que represente de alguna forma la problemática de la familia (Haley, 1980).

Haley propone que la columna vertebral de la intervención ante estas problemáticas es apuntar a la restructuración del sistema a una organización básica de la familia. Para el autor la familia es la fuente de las relaciones más duraderas del adolescente y su primer sustento económico, en este sentido es la familia, en su organización básica, la que tiene más recursos con los cuales producir cambios y extenderlo a todos sus miembros.

El modelo Estructural y sus técnicas desarrollado por Minuchin (Minuchin y Fishman 1984), permite dirigir las intervenciones en aras de modificar la organización de la familia. Para Minuchin, la transformación de la estructura se puede modificar como consecuencia de las posiciones de cada miembro del grupo familiar y las experiencias de cada individuo. La meta desde este modelo es el restablecer las jerarquías, formular límites claros, definir roles y funciones, de ser necesario se disuelven las alianzas o triángulos entre los integrantes. Esto es posible por cómo está conceptualizada la estructura familiar y sus elementos:

| Cuadro 18. Estructura de la familia desde el Modelo Estructural (Minuchi y Fishman, 1984) | |
|--|--|
| ELEMENTOS BÁSICOS DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR | |
| MODELO ESTRUCTURAL | |
| <p>Subsistemas. La familia desempeña sus funciones a través de subsistemas que pueden estar formados por generación, género, interés, funciones, etc. Cada individuo puede pertenece a diferentes subsistemas.</p> | |
| <p>Límites. Son las reglas que definen quiénes participan y de qué manera, protegen la diferenciación del sistema o subsistema. Pueden ser claros, difusos o rígidos.</p> | |
| <p>Jerarquías. Son las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema.</p> | |
| <p>Alianzas. Designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema.</p> | |
| <p>Coaliciones. Cuando las alianzas se convierten en el objeto de perjudicar a un tercero.</p> | |
| <p>Triángulos. Tiene como función dentro de un sistema equilibrar la relación de varios miembros que puedan tener relaciones conflictivas, es decir, una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia a un tercero.</p> | |

El caso que presento tiene la particularidad de ser una familia con hijos pequeños y adolescentes enfrentándose a un proceso de separación de los cuidados de su madre. Quien presenta el síntoma al inicio de las sesiones es el hijo menor, pero más adelante los hijos hablan de su propio síntoma. Las intervenciones y tareas apuntaron al restablecimiento de una estructura familiar con funciones básicas.

Presentación del caso

La familia Jaimes es una familia modesta y trabajadora. La madre se dedica al hogar ha sido atendida por estados depresivos mayores y dice haber tenido ya

“muchos diagnósticos”, ha estado bajo tratamiento psiquiátrico. El señor Salvador se dedica a colocar sistemas de refrigeración, empleo que realiza en cualquier parte del país, por lo que se ausenta con frecuencia, el trabajo lo realiza junto con su hijo Uziel. El hijo mayor Salvador, fue ingresado en ese año por segunda vez a un Anexo para ser atendido por su adicción. Iván no está con regularidad en el hogar, sino que vive con un familiar ya que asiste a una universidad que está muy retirada de su casa. Keyla y Josué son los hijos menores y asisten a la secundaria y primaria respectivamente. Josué es atendido en el Centro Comunitario “Los Volcanes”, su terapeuta lo refiere al servicio de terapia familiar debido a que últimamente no ha querido ir a la escuela y se muestra depresivo. A continuación se muestra cómo estaba conformada la familia:

Familiograma

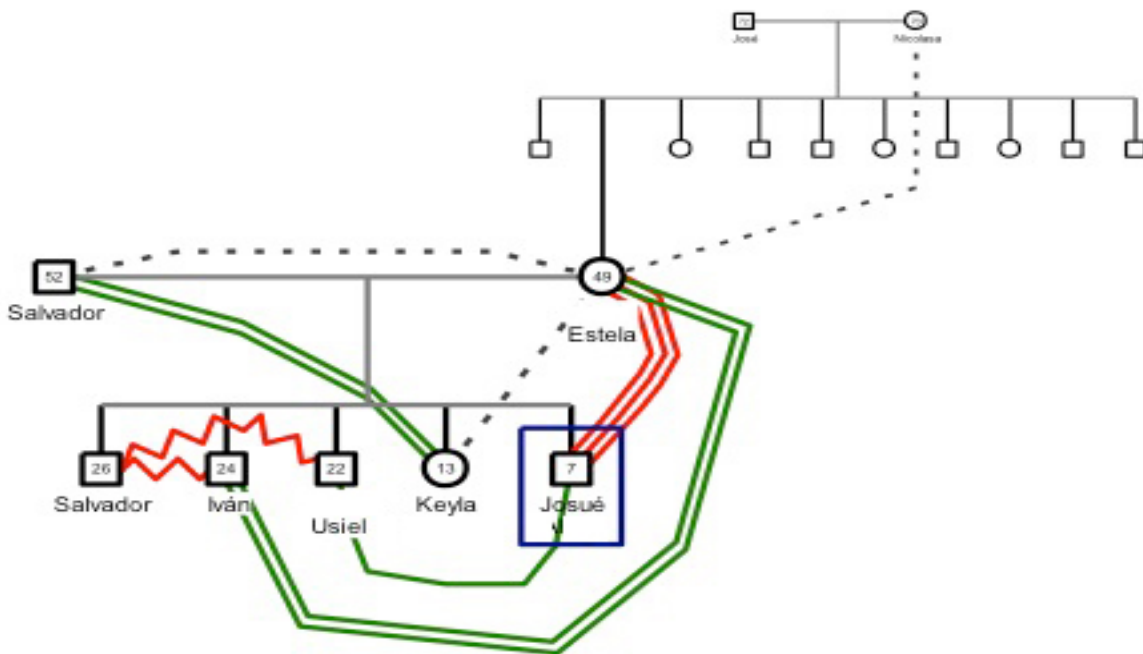


Tabla 7. Integrantes de la familia. Caso 2

| INTEGRANTES DE LA FAMILIA JAIMES | | | | | |
|----------------------------------|--------------|------|-----------|-----------------------|------------------------------|
| Nombre | Parentesco | Edad | Sexo | Escolaridad | Ocupación |
| Salvador | Esposo | 52 | Masculino | Secundaria | Instalación de refrigeración |
| Estela | Esposa | 49 | Femenino | Primaria | Hogar |
| Salvador | Primer hijo | 26 | Masculino | Preparatoria trunca | Desempleado |
| Iván | Segundo hijo | 24 | Masculino | Carrera técnica | Instalación de refrigeración |
| Uziel | Tercer hijo | 22 | Masculino | Licenciatura en curso | Estudiante |
| Keyla | Cuarta hija | 13 | Femenino | 2°. Secundaria | Estudiante |
| Josué | Quinto hijo | 7 | Masculino | 2°. Primaria | Estudiante |

Contexto de la intervención

Las sesiones se realizaron en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, espacio que se mantiene en conjunto con una asociación llamada “Pueblos Unidos del Sur”. El espacio de atención a las familias no cuenta con cámara de Gesell, por lo que el equipo terapéutico estaba presente en las sesiones en un salón amplio que permitía el desenvolvimiento de las sesiones son mayores dificultades. La supervisora participaba como coterapeuta y en ocasiones como parte del equipo terapéutico.

Proceso terapéutico

a) *Motivo de consulta*

Josué era atendido de forma individual en el Centro Comunitario y llama la atención de su terapeuta quien ve en él una ideación suicida. La Señora Estela, madre de Josué habla de él como un niño muy inteligente pero que está pasando por una fuerte depresión, a tal grado que no quiere ir a la escuela y llora todo el tiempo. Nos refieren el caso a los terapeutas familiares, ya que era una nueva modalidad de atención con la que no se contaba.

b) *La definición del problema en la familia: “Todo es un nudo”*

En la primer sesión asistieron los padres quienes hablaron de la situación de Josué. La señora Estela mencionó que el problema era que su hijo era muy apegada a ella, mientras que para el señor Salvador el problema era que Josué se preocupaba mucho por su madre, temía que algo le sucediera o que muriera. A lo largo de la primer sesión, los padres hablaron de cada uno de sus hijos, era una familia *“preocupada”*. Se definió la situación familiar como *“todos se preocupan por todos”*, Josué se mostraba preocupado por su mamá principalmente y por su papá, los padres por su hijo mayor y su historia con la adicción, los dos hijos por sus padres y la hija por su mamá. El señor Salvador respondió a la definición de los terapeutas planteando *“todo es un nudo”*. Había una historia más allá del motivo de consulta y por parte de los padres, una necesidad de desenredar *“el nudo”*.

c) *El apego de Josué a su madre: “él siente lo mismo que yo”*

Como se mencionó, el síntoma que presentaba Josué estaba definido por la madre como un apego hacia ella y por el padre como una preocupación fuerte

hacia la madre. En el discurso de Estela su hijo Josué era parte de ella, constantemente resaltaba *“él es como yo”* y *“el siente lo mismo que yo”*, y en relación al estado depresivo de su hijo refería *“yo le pegué mi enfermedad*. La madre había estado en varios tratamientos tanto psicológicos como terapéuticos, le habían diagnosticado estados depresivos y estuvo un tiempo en tratamiento con medicamentos. En las sesiones se mostraba muy tranquila y por momentos se mostraba plana afectivamente. Tenía la creencia de haberles transmitido su enfermedad estando ellos en su vientre ya que estaba constantemente triste.

La intervención principal fue por interrogatorio circular, en la relación madre-hijo la intervención tenía la función de cuestionar la creencia de la transmisión de la depresión de la madre a sus hijos y lograr la separación del vínculo especular madre-hijo.

A partir de la tercer sesión el foco de atención no era el síntoma de Josué, se desplazó hacia la historia de la familia, lo que permitió ir separando a Josué de la vigilancia constante de la madre.

La madre mostraba oposición ante el cuestionamiento de la realidad familiar, buscando siempre resaltar que ella sentía lo mismo que sus hijos, principalmente se refería a Josué. Uno de los hermanos –Uziel- intervino en una ocasión diciéndonos directamente que su madre no distinguía la diferencia entre adultos y niños, ni la diferencia entre ella y Josué *“mi mamá no entiende que ella y Josué no son lo mismo”*. A lo largo de las sesiones y ante el cuestionamiento hacia la madre de la diferencia entre generaciones (adultos y niños en su familia) y la diferencia entre ella y Josué, la madre recurría a ejemplos de cómo ella sentía la tristeza de su hijo, en ocasiones también hablaba de la tristeza de su hija notándose una separación en su discurso de ella y su hija.

Tratándose estas diferencias el padre hablaba de *“las dos camadas”* de hijos, los grandes y los hijos pequeños (Keira y Josué), entonces la madre intervino repentinamente diciendo que Josué siente lo mismo que ella, el padre dijo que él ya lo había notado, Josué se mantenía en silencio. Entonces se le pidió al padre

tocar en el hombro a la madre, a Josué se le indicó poner atención. Se le preguntó a Josué si había sentido el toque al hombro, a lo que respondió que no. El padre entonces reformuló:

"si, no son iguales, no pueden sentir lo mismo"

La madre respondió a esto diciendo:

"él –Josué- siente lo mismo porque yo lo veo triste"

Ante esto se le preguntó a Josué si había sentido lo mismo que su mamá, a lo que respondió:

"yo la veo triste y eso me hace sentir triste"

En ese momento se les señaló la diferencia entre *"sentir lo mismo que su mamá"* y que al ver a su mamá triste *"lo hace sentir triste a él"*. El padre volvió a reformular la situación diciendo:

"ahora sé que no sienten lo mismo, sino que Josué es muy sensible a lo que le rodea, especialmente a lo que le pasa a su mamá"

La madre concluyó hablando sobre su dificultad de comprender la diferencia y separación que había entre ella y Josué.

A la sesión siguiente la familia nos dice que Josué pidió no asistir más a las sesiones ya que *"eran pláticas para adultos"*. Su terapeuta –infantil- nos dijo luego que Josué había mostrado grandes avances, jugaba y participaba más en las sesiones, en opinión de su terapeuta Josué había pedido ser un niño. El cambio lo adjudicamos a las temáticas que se resaltaban en la familia: la falta de límites claros y jerarquías, el estado depresivo de la familia y la historia de adicción del hijo mayor. Aspectos que rompieron la tensión alrededor del síntoma que presentaba Josué.

El padre refirió en la última sesión, sentirse más cercano a Josué, tenía un interés hacia estar con su hijo mismo que antes no mostraba. La última referencia de la madre hacia Josué en las sesiones fue que estaba preocupada que no se inclinara por las drogas como lo hizo su hermano mayor, en su discurso había ya una separación de ella y su hijo.

d) La separación de los hijos en relación con la madre: “nosotros siempre seremos sus hijos pequeños”

En el transcurso de las sesiones, un tema fundamental fue el apego de los hijos en relación con la madre. La relación que establecía Estela con sus hijos era como la que vivió con su propia madre, cada hijo recién nacido tenía toda la atención de la madre hasta que nacía el otro hijo “*yo no disfruté a mi mamá, ella siempre estaba embarazada*” declaraba Estela. El apego hacia sus hijos estaba estructurado en tres aspectos, la atención y cuidados excesivos (lavado de la ropa, aseo de la casa, preparación de la comida, escogerles la ropa, etc.), la atención que ella requería de sus hijos cuando enfermaba, atrayendo principalmente la atención de Josué e Iván, y la preocupación de haber transmitido su depresión más clara hacia Josué, Keira y Uziel.

Las intervenciones en este tema estaban dirigidas a establecer y definir roles, asignar tareas en función de la estructura familiar. Salvador, el hijo mayor refirió en una sesión cuando se discutía la falta de definición de roles y tareas en la familia, que su madre siempre los veía como niños pequeños “*nosotros siempre seremos sus hijos pequeños, no nos puede ver de otra forma*”. La señora Estela mencionaba que aun sabiendo que sus hijos ya eran personas adultas y estaban creciendo, no podía más que verlos pequeños.

Cuando se fueron definiendo tareas específicas para cada uno de sus hijos en función de hacerlos participar de su propio cuidado, Estela no permitía que participaran ya que nadie sabía hacer las cosas como ella. La estrategia en este

sentido fue que la madre mantuviera su jerarquía, desplazando su centralidad para generar una mayor participación y a largo plazo, autonomía para los hijos.

El principal logro en el proceso fue que a partir de definir los roles y otorgar autoridad a los padres, Estela logró dejar que sus hijos participaran en las labores del hogar, con excepción del lavado de la ropa, ya que nadie sabía hacerlo como ella. Otro de los efectos de la definición de roles fue que el padre se acercó a los hijos menores con quienes no tenía mucho contacto, principalmente con Josué. Los hijos al asumir tareas en el hogar, ya no dependieron tanto de la madre y se dio lugar a una clara definición del subsistema paterno, cada uno de los hijos fue partiendo de las sesiones declarando que ya era un asunto de la relación de los padres. En la sesión de cierre, Iván fue el último hijo en decir que dejaba a sus padres para que acudieran a sesión. Él mantenía una relación cercana al padre ya que trabajaban juntos, la cercanía que mantenía hacia su madre estaba en función de su preocupación cuando la madre enfermaba.

e) El estado depresivo en la familia: “el iceberg que se fragmentó en islas lejanas”

Otro tema de trabajo con la familia fue la distancia emocional que mostraban los miembros de la familia, ya que a pesar de convivir la mayor parte de su tiempo y ser sensibles a la problemática de cada uno, no tenían una relación cercana, esto estaba definido principalmente por una carencia para comunicar su preocupación por el otro. Esta distancia emocional estaba presente más en la pareja, es decir, era evidente, en cambio en los hijos, la fusión que mantenían con la madre no permitía expresar la preocupación hacia el otro sino actuarla. Lo que permitió establecer una comunicación para expresar su preocupación por el otro fue el espacio terapéutico, donde cada uno escuchando el punto de vista del otro, confirmaba sus conjeturas: la preocupación sobre el estado depresivo de la familia, siendo Estela la principal portadora de este estado, resonando en sus hijos Josué e Iván y etiquetando a su hija Keira como “*depresiva y bipolar*”; la tensión

constante ante la adicción del hijo mayor, quien tuvo una recaída y pidió por su cuenta ayuda a un grupo de AA; la evidente falta de comunicación entre los padres, misma que se establecía vía las recaídas de Estela ante la partida de su esposo (y su hijo Iván) por motivos de trabajo.

Fue en la cuarta sesión cuando Uziel, quien a pesar de vivir toda la semana con su tía por la cercanía hacia su escuela, estaba enterado de lo que sucedía en su familia y declaró que eran *“un iceberg que se fragmento en islas lejanas”*. A partir de esta metáfora se buscó establecer vías de comunicación sin afectar la separación entre los miembros de la familia, estableciendo que a pesar de la lejanía evidente, cada uno sabía que le acontecía al otro.

f) El juego irónico y la demostración de afectos en la familia: “a ver quien puede más”

Parte de la problemática enlazada a la dificultad para establecer límites y estructura en la familia era la comunicación entre los miembros de la familia. La demostración de afectos escenificada en las sesiones era mediante la ironía, los reclamos indirectos y la burla hacia los afectos demostrados por los otros, lo que dificultaba que se diera una comunicación clara.

En una sesión se ejemplificó esta situación, ante la escenificación de un grito fuerte por parte de un terapeuta a otro, en comparación con un pedido en un tono de habla normal. A pesar de una previa explicación, la familia no entendía lo que había ocurrido, cuando se dio el grito pensaron que el terapeuta había cometido un error, no sabían si era verdad o un ejemplo. Fue el padre quien relacionó el juego y la ironía con la falta de acuerdos en la familia, él había vivido en ocasiones el tener que gritar para ser escuchado, pero no era tomado en serio por que los hijos no sabían si se trataba o no de un juego. Keira por su parte, refirió cómo no era tomada en serio sobre todo por su hermano Iván el más cercano a ella, quien no se detenía en los juegos pesados –golpes-, Iván creía que no era en serio el

pedido de su hermana de detenerse por tratarse de un juego ya conocido en la familia. La madre por su parte, le jugaba bromas a su esposo, llevándolo al enojo, lo hacía *“para ver quien puede más”*, los hijos en relación al padre, referían que no lo escuchaban a menos que gritara y Josué por su parte tenía dificultades para hablar con su padre, ya que no distinguía el juego irónico y lloraba ante las bromas de su padre y de sus hermanos.

g) Resultados de la intervención: “la familia ha comenzado a moverse”

A lo largo de las sesiones creció el interés en la familia por participar del espacio terapéutico, lugar que hicieron suyo. La situación emocional de Josué fue mejorando conforme se incluían las visiones de los demás miembros de la familia, permitió la separación-atención de la madre, que un inicio estaba volcada hacia Josué, para terminar con su interés en la mejoría de toda su familia.

La prescripción de tareas apuntaron a tres puntos generales. El primero fue restablecer la jerarquía de los padres, disminuyendo la centralidad de la madre y otorgándole mayor presencia al padre. Esto permitió crear vías de salida para los hijos en relación a la atención excesiva que les tenía su madre. La mayor presencia del padre permitió el restablecimiento de la convivencia con sus hijos menores.

El segundo punto tuvo que ver con establecer límites entre las generaciones, las dos camadas como las llamó el padre. Permitted por un lado marcar la diferencia de edades ante la madre, quien consideraba a todos pequeños y necesitados de las mismas atenciones excesivas; contribuyó al acercamiento del padre hacia los menores, particularmente con Josué, con quien ya no jugaba por considerarlo un adulto. También entre los hermanos generó un clima de entendimiento en cuanto al nivel de intensidad de los juegos irónicos, el cual no desapareció, sino que cambió ante la diferencia de edades, fue menor en intensidad hacia Keira y Josué por parte de sus hermanos mayores.

Y en tercer lugar, si bien no se estableció un funcionamiento ideal en la familia, si uno que la familia pudiera conservar.

La expresión de afectos en la familia continuó mostrándose con el juego irónico, pero disminuyó en intensidad y no era ya la única vía de comunicar a otro miembro de la familia un pedido de ayuda o la expresión de algún sentimiento, siendo inicialmente una vía indirecta –por el juego irónico- se mostró al final más directa o explícita.

Se escenificó en el espacio terapéutico la partida de los hijos o la separación de ellos en relación con su madre. Los hijos fueron partiendo de las sesiones manifestando que los temas tratados en las sesiones ya se trataban de una situación que los padres tendrían que resolver solos.

El nudo familiar pudo desenredarse facilitando a la familia el establecimiento de una estructura básica acorde al cruce de etapas de ciclo de vida y el síntoma de gravedad presentado por Josué. Quedando al final los padres para enfrentar su situación marital y permitiendo que se abriera un espacio para los hijos sin estar entre los padres. Las sesiones concluyeron fijando un nuevo contrato para atender a los padres.

h) Comentario final

El trabajo en este caso me dejó como experiencia las bondades del modelo teórico Estructural. Al inicio estaba muy preocupado por la situación emocional del hijo menor sobre todo por cómo estaba presente en el discurso de su mamá, me parecía que sería un trabajo muy arduo lograr restablecer a Josué y sacarlo de su depresión. Sin embargo al centrarme en la falta de estructura de la familia, pude dejar en suspenso mi preocupación –por un integrante de la familia- y ocuparme del sistema completo, incluyendo claro el que estaba al pendiente de mi preocupación. Notaba en mis intervenciones que si me enfocaba en Josué, la madre también lo haría y esto alimentaría la pauta mostrada por la familia, así que

al cambiar mis intervenciones interesándome en el sistema completo, notaba que podría resultar en que la madre no estuviera tan ocupada de Josué. Claro que en esto participaba mi coterapeuta Alma Guzmán y nuestra supervisora la Maestra Rosario Muñoz. Al restablecerse la situación emocional de Josué, logré “fluir” un poco más en el proceso terapéutico con la familia.

Esto me deja como experiencia el mantenerme al tanto de cómo resueno con el sistema y la problemática que presenta. Esto lo entiendo en dos sentidos, en el negativo, puede entorpecer mi práctica ya que al no incluir en mis intervenciones al sistema completo, no contribuyo al cambio sino a perpetuarlo; en el sentido positivo creo que puedo lograr una empatía más fuerte, es decir, puedo introducirme al sistema más fácilmente si esta resonancia la ocupo para coparticipar con la familia.

3. Habilidades de Investigación.

3.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa.

TIPOS DE VIOLENCIA EN RELACIONES SIMÉTRICAS Y COMPLEMENTARIAS

Guzmán, A., Montes de Oca, M., Ruvalcaba, I.

Resumen:

En las últimas encuestas nacionales sobre violencia familiar, los resultados indicaron que la violencia hacia las mujeres tiene un alto nivel de incidencia y repercusiones en su salud física y emocional, además de que los efectos se expanden hacia otros miembros de la familia. Por lo tanto, se encontró útil la elaboración de una herramienta que apoye a los y las terapeutas en la detección y elección del tipo de intervención más adecuado; ofreciendo la posibilidad de continuar desarrollando investigación sobre el tema. El objetivo del presente trabajo fue la construcción de un instrumento que permitiera identificar el tipo de violencia generada dentro de una interacción la cual puede ser complementaria o simétrica; esto con la finalidad de que una vez resuelto por la usuaria, el terapeuta tenga elementos suficientes para determinar que tipo de terapia deberá utilizar.

Palabras clave: *pareja, interacción simétrica, interacción complementaria, violencia agresión,*

A pesar de las consecuencias en la víctima, hasta hace muy poco, no se había reconocido la violencia familiar como tal. Sin embargo, el solo hecho de nombrarlo ha traído consigo una carga de dolor que obliga a reflexionar, ya que la concepción de la familia como un espacio de tranquilidad y armonía el cual debería ser un ámbito idóneo para el crecimiento y el desarrollo personal de sus integrantes, ha resultado ser en muchos casos una ilusión más que una realidad.

Como terapeutas familiares, observamos la necesidad de contar con un instrumento que sea de utilidad en la detección y evaluación de la violencia, situación que se presenta con frecuencia en la consulta y que por lo tanto continúa siendo un tema de actualidad y un objeto de estudio que no ha agotado las posibilidades de abordaje, en nuestro caso desde el enfoque sistémico.

Escalada simétrica y complementaria

Siguiendo uno de los axiomas de la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick, Beavin y Jackson (1987), todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia. Los intercambios simétricos se basan en la igualdad y su estilo de comunicación se caracteriza por la tendencia de los miembros de la pareja a igualar su conducta recíproca a diferencia de la relación complementaria en la cual uno de los miembros de la pareja complementa al otro y se mantiene un máximo de diferencia, en una relación superior-inferior.

Perrone y Nannini (1997), mencionan que en las relaciones simétricas se da una violencia agresión, la cual aparece con el afán de reivindicar la pertenencia a un mismo status de fuerza y de poder en la relación. Mientras que en las relaciones complementarias da como resultado la violencia castigo, donde la relación de la pareja es desigual y es el de mayor estatus o nivel quien se toma el derecho de dañar al otro, que a veces por definición esta colocado, o se coloca en una clase inferior.

Violencia en la pareja

En la legislación de nuestro país se define a la violencia familiar como “el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o

agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho” (Artículo 7. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007).

Torres (2001), clasifica la violencia en cuatro tipos: Violencia física, Violencia psicológica o emocional, Violencia sexual y Violencia económica. La violencia de pareja, según Walker (en Torres, 2001), puede ser observada como un ciclo que esta constituido por tres fases: Primera fase (acumulación de tensiones), Segunda fase (episodio agudo) y Tercera fase (luna de miel). Los tipos de violencia son útiles para el análisis pero no se presentan de esta forma en la vida cotidiana, como se ha mencionado, estos aparecen combinados dando lugar a una escalada de la violencia, en la pareja.

Objetivo general: La importancia de realizar este instrumento es identificar el tipo de violencia y el tipo de interacción a través de la cuál se relacionan las mujeres con sus parejas. Como hemos mencionado al inicio se trata de una problemática de salud pública, donde las cifras de mujeres violentadas en nuestro país son alarmantes, y que coinciden con la demanda de psicoterapia en la clínica. Por lo tanto, encontramos útil elaborar un instrumento que sea una herramienta para el terapeuta y que lo apoye en la elección del tipo de intervención mas adecuado para esta problemática, dependiendo si la relación es del tipo simétrica o complementaria.

MÉTODO

Objetivos: Elaborar reactivos para piloteo (explorar la claridad en la redacción de los ítems y su comprensión por parte de los sujetos a los que se les pide de los lean, se les pide que contesten y hagan comentarios al respecto).

Sujetos: 10 sujetos, con las siguientes características: 5 Hombres y 5 Mujeres de edades entre 22 y 51 años de edad.

Materiales: Para realizar este primer pilotaje se imprimieron los reactivos en seis hojas, por ambas caras, en papel bond, tinta negra, doble espacio, sin numeración. El formato de respuesta fue una escala tipo likert, con cinco puntos relacionados con la frecuencia. En total se imprimieron diez juegos de la prueba. Se utilizaron hojas blancas y lápices.

Variables: Por violencia castigo se entiende la interacción en la cual uno de los miembros de la pareja ejerce la violencia, pero el otro miembro no responde a dicha acción; se entiende violencia agresión en las situaciones donde uno de los miembros ejercía la violencia y el otro miembro de la pareja respondía con otra acción o conducta; este eje se cruzaba con otro donde se encontraban los tipos de violencia, resultando ocho variables: violencia psicológica castigo

Procedimiento: Se redactaron situaciones que se clasificaron de acuerdo con las variables dando como resultado 112 reactivos, distribuidos de la siguientes categorías: violencia psicológica castigo con 18; violencia física castigo 13, violencia económica castigo 11, violencia sexual castigo 11; violencia psicológica agresión 12, violencia física agresión 14, violencia económica agresión 18, violencia sexual agresión 15.

Claridad. Los reactivos anteriormente descritos se aplicaron a los sujetos, a través de entrevistas y se recopilaron sus comentarios sobre el lenguaje y redacción.

JUECEO

Objetivo: Probar la correspondencia de cada uno de los reactivos con la categoría asignada, de acuerdo con la calificación de los jueces.

Sujetos: 10 profesionales expertos en el área de violencia familiar, así como de una mujer sobreviviente de violencia conyugal. El nivel educativo de los jueces era de Licenciatura en Derecho, Licenciatura en Psicología, Licenciatura en Trabajo Social, Licenciatura en Administración, Maestría en Psicología Social.

Materiales: Se imprimieron los reactivos en hojas, por ambas caras, en papel bond, tinta negra, doble espacio, sin numeración. Se deja una columna en blanco para que el juez escriba en ella, según el reactivo, el tipo de clasificación que le da y que va desde VPA (Violencia psicológica agresión), VPC (Violencia psicológica castigo), VFA (Violencia física agresión), VFC (Violencia física castigo), VSA (Violencia sexual agresión), VSC (Violencia sexual castigo), VEA (Violencia económica agresión), VEC (Violencia económica castigo). En total se imprimieron diez juegos de la prueba. Se utilizaron hojas blancas y lápices.

Procedimiento: El instrumento que se presenta a los jueces consta de 138 reactivos con reactivos en cada uno de los tipos de la clasificación mencionada en el apartado anterior. Se aplicaron cinco pruebas, de forma personal y otras cinco en formato electrónico, vía correo electrónico. En el jueceo en forma personal, se entregaba el formato con las instrucciones y el instrumento, impreso en papel, se les pedía que lo contestaran de acuerdo con las instrucciones y se recogían al momento de que cada persona lo terminaba. Las aplicaciones se llevaron a cabo en DIF Ecatepec. Las observaciones que hacían los jueces por cada reactivo, se registraban en ese momento por los integrantes del equipo. En el caso del formato electrónico que se envió a los jueces, el primer paso era enviarles un mensaje, con el documento del instrumento como un archivo adjunto. En el mensaje se les pedía que leyeran las instrucciones, en las cuales se definían los tipos mencionados en la clasificación dada en el apartado anterior. Al final del documento adjunto se encontraba un espacio para que escribieran sus comentarios u observaciones que consideraban pertinentes. La información de cada uno de los jueces se fue capturando en una base de datos, donde se registraba por cada reactivo, la respuesta de cada juez, tal y como la respondía en

forma personal o en el archivo electrónico. El criterio para aceptar un reactivo era que hubiera una coincidencia del 80% entre los jueces.

VALIDACIÓN

Objetivo: contrastar la prueba contra un criterio externo, en este caso mujeres que acudieron a dos centros de atención para mujeres maltratadas: Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) y Agencia del Ministerio Público Especializada en Violencia Intrafamiliar y Sexual (AMPEVIS); y mujeres que no han sido violentadas en su relación de pareja.

Sujetos: mujeres maltratadas: Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) y Agencia del Ministerio Público Especializada en Violencia Intrafamiliar y Sexual (AMPEVIS); y mujeres que no han sido violentadas en su relación de pareja.

Materiales: Se utiliza un instrumento que contenía 27 reactivos que corresponden a las categorías de violencia física agresión (VFA) y violencia psicológica agresión (VPA).

Procedimiento: Se entrega el instrumento a cada una de las mujeres, se les explican las instrucciones, así como el significado de cada uno de los niveles de la escala likert y están listas para contestarlo. Una vez que la mujer haya terminado de contestar el instrumento se le retira para unirlo al resto de los instrumentos contestados y, a la mujer, se le da las gracias por su apoyo.

DISCUSIÓN

Se observa que entre los reactivos que quedaron en el instrumento final el número entre dimensiones esta balanceado, aunque sobresale el número de reactivos clasificados en la dimensión de violencia psicológica castigo.

Observamos que hay dificultades para clasificar la violencia sexual y económica pues los jueces la clasifican dentro de la psicológica o la física, mencionando que las categorías en la práctica no son independientes y más bien se traslapan una sobre otra, es decir, si un cónyuge viola a su esposa, existe tanto violencia física como psicológica por lo que en su mayoría las clasificaron de esa forma dándole preponderancia a una o a otra categoría (psicológica o física) según ellos iban determinando.

Por lo que pudimos observar que los tipos de violencia no se presentan de forma independiente sino que se traslapan o bien manifiestan consecuencias en otras dimensiones, por lo que la clasificación que se propone es adecuada sólo para un análisis teórico y estadístico.

Otro ejemplo, en este mismo sentido, tiene que ver cuando se menciona en los reactivos el acto de romper un objeto, se pensaba en violencia económica, pues se trata de una propiedad de la mujer sin embargo, algunos de los jueces refería que el hecho de romper se acerca más a la violencia física y psicológica, tomado como una agresión que atenta y daña a la persona.

Otro aspecto que fue posible observar es la importancia que tiene la elección adecuada de los jueces ya que los jueces elegidos para la elaboración de este instrumento pertenecían a diferentes áreas (licenciados en derecho, psicólogos, trabajadores sociales), por lo que los resultados en la clasificación de los reactivos variaba mucho entre juez y juez, disminuyendo así los reactivos resultantes en el instrumento.

En el **Anexo A**, se presenta el instrumento final con los reactivos que permanecieron después de la prueba del jueceo.

REFERENCIAS

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (Diario Oficial, Jueves 1 de febrero de 2007). Recuperado el 01 de diciembre de 2007, de http://www.unifem.org.mx/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=9&Itemid=2

Hirigoyen, M. F. (2005). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Paidós.

Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica* (3ª. Reimp.). Buenos Aires: Amorrortu.

Perrone N., Nannini M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Barcelona: Paidós.

Torres M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1987) *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

3.2. Reporte de la investigación realizada usando metodología cualitativa.

APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE INFIDELIDAD:

ACOTACIONES DESDE EL MODELO SISTÉMICO.

Montes de Oca Cortes Misael Vicente,

Orozco Jiménez Jorge Homero.

El abordaje de la investigación, será Sistémico, la Teoría Sistémica en psicología, se nutre de tres fuentes: la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 2006), la Cibernética (Wiener, 1948) y la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1993). Nos apoyamos principalmente en el modelo de Milán y su conceptualización de la familia, la función del síntoma –que en nuestro caso es la infidelidad-, el juego familiar y su análisis trigeracional (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1998, 1999; Cirilo, Berrini, R., Cambiaso, G., y Mazza 1999).

Infidelidad

En su artículo "*Beyond the trauma of betrayal: reconsidering affairs in couples therapy*", Michele Sheinkman (2005) quiere distanciarse de una posición como la de Pittman, o sea, una postura moral sobre la infidelidad. Para Sheinkman el centrarse en demasía en los efectos de la infidelidad nos distrae de tener un entendimiento completo de los motivos, las fuerzas contextuales, e ideas idiosincrásicas que pueden llevar a alguien a la infidelidad en primer lugar.

Evan Imber Black, en su artículo llamado "*Couples' relationships: questioning assumptions, beliefs and values*" (2005) se hace preguntas a partir de otros trabajos sobre infidelidad y sobre pareja. Dichas preguntas son: ¿qué rol, si es que lo hay, tiene el gobierno en las relaciones de pareja? Hace una reflexión sobre las leyes existentes en EUA como la ley anti matrimonios multirraciales; también sobre la contracepción. Y se pregunta sobre el papel del terapeuta para no ser cooptado por aquellos quienes ven el matrimonio como algo restrictivo y acotado.

Imber Black hace un resumen de las preguntas y aristas sobre las parejas y su tratamiento de manera clínica, las implicaciones éticas que conlleva y sugiere poner en entredicho nuestras propias creencias, supuestos y valores con respecto a lo que es una pareja.

La investigación de Hernández (2000) está orientada a presentar la actitud favorable o no sobre el concepto de infidelidad, especialmente la diferencia que se presenta en cuanto al género. La infidelidad es vista como una actitud del ejercicio del poder y control del género masculino sobre el género femenino. También se señalan negativamente a la persona infiel, atribuyéndole características de personalidad negativas (moral y afectivamente). En cuanto a los estilos de afrontamiento, la investigación refiere que las mujeres se inclinan más por el enfrentamiento directo de la situación y los hombres hacia la negación y la minimización del hecho. Por último se señala que la incidencia de la infidelidad

femenina va en aumento y está asociada con la búsqueda de tratamiento psicoterapéutico, divorcio o disolución más que en el caso de la infidelidad masculina.

Por otra parte Estrada, Flores y Herrera (1998) centran su investigación en las consecuencias psicológicas que conlleva la infidelidad. Describen que las consecuencias más severas son para quien ha sido afectada por la infidelidad, ya que presentan devaluación de su autoestima, inseguridad, desconfianza, depresión y señalan que inclusive en casos extremos el suicidio. Las personas que son infieles presentan principalmente sentimientos de culpa. También señalan que la infidelidad en el aspecto sexual, es una forma de evitar embarazos no deseados, atribuyendo lo anterior a una falta de compromiso en la relación. Por último se habla de la infidelidad como algo socialmente no aceptado, afecta el equilibrio familiar (la comunicación, la economía, intimidad en la pareja, etc) y señalan al matrimonio como la base fundamental de la sociedad.

En cuando a las diferencias de género Morales (1999) señala que para el género femenino no le es permitida la infidelidad, ya que tiene que conservar una imagen de pureza que culturalmente se espera. La infidelidad es el resultado de no cubrir las características deseadas por la pareja. En el género masculino la infidelidad es alentada ya que es vista como un valor de la masculinidad, misma que se ve disminuida cuando su compañera le es infiel.

En una investigación más reciente (Romero, 2007), se plantean diferentes aproximaciones. En primer lugar se señala la perspectiva negativa que hombres y mujeres tienen hacia la infidelidad, presentándose en mujeres la postura más arraigada y extremista, sobre todo si no han vivido una experiencia de ese tipo. La "víctima" es considerada como el receptor de la infidelidad o miembro pasivo, funge como un actor a través de la insatisfacción que se presenta en la relación. El estereotipo es mantenido por las personas que nunca han estado en contacto con la situación. Una infidelidad tiene carga tanto sexual como un vínculo emocional.

En cuanto a las diferencias entre hombre y mujer, se señala que en los hombres el deseo de infidelidad se manifestará si se presenta una actitud liberal o abierta con respecto a la sexualidad, si sostienen una actitud positiva hacia la infidelidad, si se sienten insatisfechos con su relación formal y su personalidad es impulsiva y carente de autocontrol.

En las mujeres el deseo de infidelidad depende de las conductas sexuales que se practiquen más que de las actitudes que se tengan hacia la sexualidad. El deseo de infidelidad se presentará si las prácticas sexuales son amplias, tanto en frecuencia como en diversidad, si se tiene una personalidad sexual liberal y baja satisfacción con la relación formal. Se señala que cuando las mujeres se involucran en una relación de infidelidad, ligan los sentimientos con el sexo, no los tratan como dos tipos diferentes de infidelidades. Para los hombres la infidelidad puede surgir como un mecanismo de compensación ante la disminución de la satisfacción en la relación formal.

Bolaños (2004) señala que la infidelidad masculina es tolerada por la creencia de que el hombre es más potente y con mayor necesidad sexual que la mujer. Cuando la mujer es infiel, son las mismas mujeres quienes censuran ésta conducta, ya sea segregando o auto castigándose por ser infieles.

En cuanto al funcionamiento familiar García (2007) señala que dentro de una familia de patrones negativos (límites rígidos y difusos, incapacidad para el cambio, falta de involucramiento y atención) es más probable que se presente una conducta infiel.

Justificación

- 1) La infidelidad es un tema recurrente en el consultorio.
- 2) En la bibliografía se lee que las aproximaciones terapéuticas y de investigación, parten de que la infidelidad es mala, o sea, con un juicio de valor sobre la misma. El modelo de Milán, la connotación positiva del síntoma, y la epistemología

sistémica que le subyace, brindan una buena plataforma para un análisis sin preconcepciones sobre si la infidelidad es buena o mala *a priori*.

3) El abordaje tri-generacional de Milán, permite ver a la pareja -y esperamos a la infidelidad también- desde una óptica más amplia que la interacción entre dos personas (y un tercero) sino como un sistema más amplio que retoma, cuando menos, dos generaciones.

4) Para Milán, el síntoma tiene un papel dentro del sistema familiar, su óptica, nos permitirá ver, si es que lo hubiere, el o los papeles de la infidelidad en un sistema familiar, o en la pareja nada más.

5) Los miembros de Milán, al pretender ser puristas dentro del modelo sistémico, no tienen un modelo rígido ni de familia ni de maneras de relacionarse, por lo tanto, se puede ver, si así fuera el caso, que la infidelidad es sólo una manera más de relacionarse en una pareja y no una patología o fracaso de la misma.

6) Milán tiene, a diferencia de otras aproximaciones terapéuticas sistémicas, mucho más sustento empírico, pues el centro para el estudio de la familia II, se ha dedicado a hacer investigación cuantitativa sobre temas relacionados con la familia.

Modelo de aproximación

Como ya se mencionó, la familia se organiza y configura de acuerdo a reglas y pautas de interacción, en este sentido la infidelidad se suma a esta organización. El abordaje trigeneracional permitirá tener una visión más amplia de la configuración alrededor del “síntoma”, en éste caso, de la infidelidad y el papel que juega el tercero dentro del juego familiar (Figura 1) (Cirilo, et al., 1999). En la infidelidad se ponen en juego la relación entre cuatro dimensiones: el concepto de infidelidad, el género (rol y jerarquía), la satisfacción sexual marital y la cercanía del tercero (Figura 2) (Romero, 2007; García 2007; Bolaños, 2004). Y en cuanto a la familia y el juego familiar, los elementos que están presentes son: los límites, las

jerarquías, la significancia y las relaciones entre los integrantes del sistema familiar (Figura 3) (Macías, 1997; Selvini et. al. 1999).

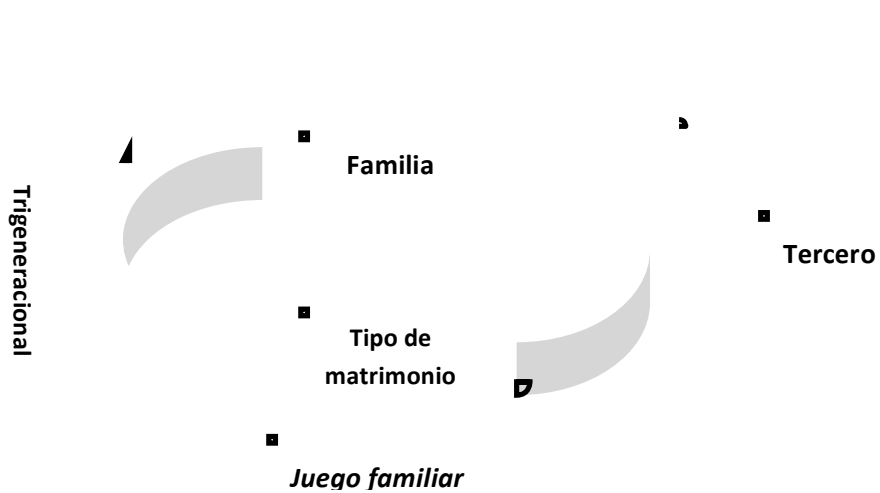


Figura 1.
Abordaje trigeneracional de la infidelidad

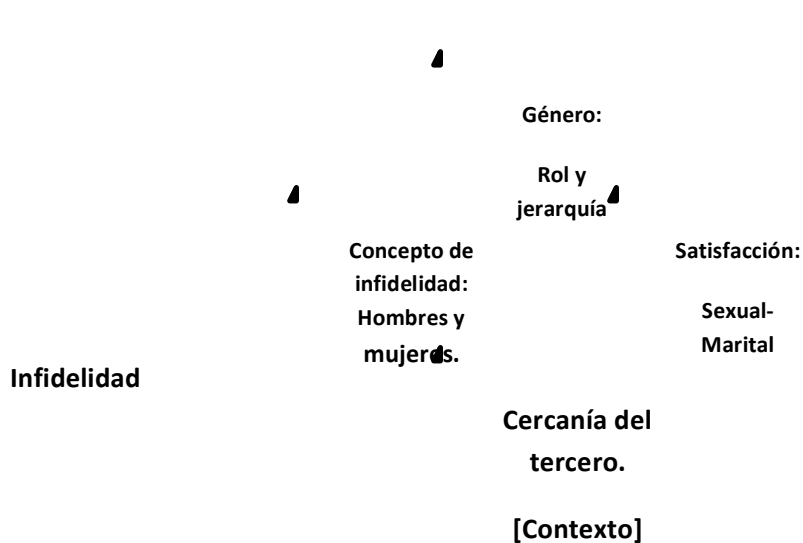


Figura 2.
La infidelidad

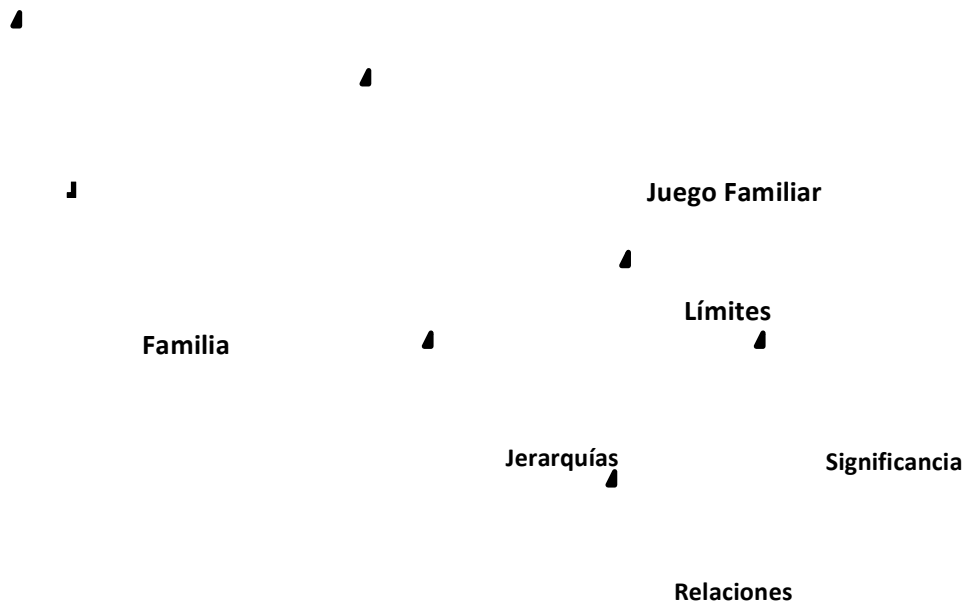


Figura 3.

El juego familiar

Método

Para fines de la investigación y por la naturaleza del objeto de estudio se realizaron métodos cualitativos.

La muestra se conforma por un caso, el cual se transcribe al final de la presente investigación (Anexo B). El caso refiere a una persona que tuvo el papel del tercero (amante) en una relación de pareja para la cual trabaja.

Técnicas

El primer momento de la investigación fue la revisión teórica, tanto del modelo terapéutico, sus antecedentes y la literatura referente al tema. Luego del análisis de la información y a partir de esta, se construyó un modelo de aproximación a la

problemática totalmente original, un *abordaje trigeneracional de la infidelidad*, se plantearon los objetivos de la investigación en tres ejes temáticos:

- Ecología de la infidelidad,
- Reconfiguración del sistema ante la infidelidad,
- Cibernética del segundo orden: la postura del terapeuta.

Las técnicas principales para la obtención de la información, utilizadas para los fines de la investigación fueron los siguientes:

- Entrevista. La cual es definida como conversación entre un entrevistador y un entrevistado. El tipo de entrevista fue semiestructurada, ya que había una guía de entrevista, pero con la libertad de introducir nuevas preguntas para precisar conceptos y obtener mayor información de los temas deseados (Sampieri, 2003).
- Diagrama dinámico estructural. Es un instrumento que, desde una perspectiva integradora, representa de modo gráfico las relaciones del grupo familiar, su organización estructural y los procesos comunicacionales y afectivos. El esquema es un mapa con categorías dinámicas, está conformado por ejes horizontal y vertical que definen los subsistemas componentes. Todos los elementos que lo componen tienen un significado, ya sea por el tamaño, la proximidad a los ejes o las características de las flechas o las líneas que denotan interrelaciones (Macías, 1997).

Resultados

Ecología de la infidelidad

La infidelidad es considerada el resultado de una tentación. Se define dentro de una pauta generada por las circunstancias, una opción que es considerada debido a la cercanía del tercero. El principal significado que se le otorga es un abuso de

confianza, debido a la naturaleza del caso (ver Anexo transcripción), la confianza está en función del trabajo que realizaba. El engaño en este sentido, es una pauta entre tres integrantes mínimo, definida como un ocultamiento de la información por dos personas y por lo tanto resulta en la exclusión de un tercero que no participa de esa información pero si en el mantenimiento de su relación con uno de ellos.

En relación con la familia de origen la infidelidad está también en relacionada con la confianza pero vinculada al género, donde la mujer infiel es lo peor que se puede llegar a ser. Al final del episodio, la fidelidad está al nivel de la lealtad, entendida como el no abandonar a la pareja ni a la amante, proporcionando siempre un buen trato hacia ambas.

Reconfiguración del sistema ante la infidelidad

Hay la referencia a una situación de crisis –peleas- entre la pareja como un escenario previo que abre la posibilidad a la infidelidad. Y en este caso, el tercero estaba enterado de la situación debido a su cercanía y relación laboral. Se da una separación, mejor definida como un alejamiento en la pareja, el tercero se entera de que en la discusión es el hombre quien deja de discutir, pero es la mujer quien se va de la casa. El tema de la discusión no se aclara, solo la intensidad de la pelea.

También se resalta una opinión sobre la discusión por parte del tercero, no fueron situaciones económicas ni presiones sociales las que detonaron el evento, sino una carencia de cercanía entre la pareja. Que fija finalmente una postura en relación a la pareja, es decir, si bien no genera una conducta que incite a un miembro de la pareja, si se tiene el conocimiento de una carencia donde alguien más puede participar.

Los acercamientos comienzan entre el tercero y un miembro de la pareja (el esposo se acerca a la trabajadora). Esta situación es definida por el tercero como

inesperada y puntuada como no generada, es decir, se excluye de una responsabilidad de haber incitado al primer acercamiento.

La relación de pareja se mantiene intacta para salvaguardar la situación emocional de su hija menor. Entre la pareja no hay ningún acuerdo de solucionarlo y hacia el exterior acuerdan continuar con su relación para aparentar normalidad en reuniones y eventos sociales. Ante esta situación de aparente normalidad, sumado a los buenos tratos por parte de la pareja, el tercero decide terminar la relación, es definido como un conflicto moral –culpa- debido a la cercanía hacia la hija menor de la pareja y el vínculo con la historia de su propia familia de origen. En este sentido y en relación con su género, el tercero toma en cuenta que su madre vivió la infidelidad por parte de su padre, al igual que la esposa a quien ahora ella excluye en la relación como amante de su marido, esto se suma al conflicto moral antes mencionado.

Previo a terminar la relación con el tercero, éste refiere una mejoría en la relación de la pareja, pasando así de ser definida al inicio como frustrante por el marido, a una mejoría.

Cibernética de segundo orden: la postura del terapeuta

La idea fundamental que rige esta propuesta de investigación es normalizar las pautas que se generan en toda relación de pareja que pasa por un episodio de infidelidad. La normalización entendida como el resultado y respuesta generada por el sistema familiar y este en relación a con la historia que le precede. En este sentido creemos que los significados personales –de los terapeutas- sobre los que participan en una pauta relacional de infidelidad, pueden entorpecer el proceso terapéutico cuando estos significados se utilizan en coalición o alianza. El terapeuta requiere re-conocer su postura ante los participantes: el tercero, el infiel

y el afectado o excluido, así podrá utilizar estos significados y ponerlos al servicio del mismo proceso.

Esta propuesta es en cierto sentido, nuestra postura en relación a la infidelidad: una pauta generada dentro de la familia, donde se ponen en juego las creencias y conceptos heredados de la familia de origen; se genera dentro del juego familiar en el que participa un tercero, esta participación es en igual medida legitimada por la propia historia –trigeneracional- con la infidelidad, ya sea en vivencia o conceptualmente.

Si bien hay consecuencias morales, sanciones culturales en relación a la infidelidad, ideas que son formativas en la historia familiar terapeutas, estas ideas tendrían que ser identificadas por el trabajo formativo como terapeuta, de experiencia tanto personal como en el consultorio y no sumarse a la inercia de un proceso terapéutico. Apelamos a una postura ética antes que moral en el trabajo terapéutico. En este sentido lo más recomendable apelando a la ética del terapeuta, si la infidelidad o algún caso sobre infidelidad genera intervenciones, preguntas o cuestionamientos desde su propia postura moral, tendría que referir el caso, ya que más que destrabar la pauta y generar el cambio en la familia, contribuirá a mantenerla.

Referencias

- Bolaños, P. (2004) Mujeres Mexicanas ante la infidelidad masculina. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Estado de México, México.
- Cirilo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., y Mazza, R. (1999) *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Estrada, A., Flores, M., Herrera, A., (1998) Consecuencias Psicológicas de la infidelidad en parejas casadas. Tesis de Licenciatura en psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México.

- García, M. (2007) La infidelidad y su relación con el poder y el funcionamiento familiar: correlatos y predicciones. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Hernández, S. (2000) Actitud y estilos de afrontamiento ante la infidelidad en hombres y mujeres mexicanos. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, México.
- Morales, P. (1999) Estudio descriptivo de las diferencias de género con respecto a la infidelidad en las relaciones de pareja, tanto en solteras como casadas. Universidad Nacional Autónoma de México. Estado de México.
- Imber-Black, E. (2005) Couples' Relationships: Questioning Assumptions, Beliefs, And Values. *Family Process*, 44, 133-135.
- Romero, A. (2007) Infidelidad: conceptualización, correlatos y predictores. Tesis de Doctorado en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1998) *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Cirilo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999) "Muchachas anoréxicas y bulímicas". Barcelona: Paidós.
- Scheinkman, M. (2005) Beyond the Trauma of Betrayal: Reconsidering Affairs in Couples Therapy. *Family Process*, 44, 227-244.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1993). Teoría de la Comunicación Humana. New York:
- Wiener, N. (1948). Cybernetics. New York: Wiley.

3.Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.

3.1. Elaborar y presentar productos tecnológicos

Realicé la propuesta de dos sitios web completos, uno para el sitio web de la residencia en Terapia Familiar y otro para el sitio web del Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”. A continuación describo de manera muy general cada uno de los sitios.

El sitio web de la residencia con sede en C.U. cuenta con la página principal donde se muestran las noticias más recientes (convocatorias, fechas, horarios, etc), desde esa página se tiene acceso a las demás secciones del sitio web. Se cuenta con una sección donde se describe la residencia en Terapia Familiar (historia, marco conceptual, requisitos de ingreso, etc). Se cuenta con un directorio actualizado de los egresados para quienes requieran de una consulta profesional. En otra sección se muestran los profesores por área que actualmente están a cargo de las clases y supervisiones. En otra sección se muestran vínculos hacia páginas web en internet que pueden ser de consulta para los interesados en la residencia o en la terapia familiar. Por último se muestra una sección con la ubicación de la sede, rutas de acceso y transporte, teléfonos de contacto y horarios.

El sitio web del Centro Comunitario es una plantilla que permite agregar las secciones y la información que se requiera, por ejemplo en la página de inicio se pueden desplegar las noticias más recientes, fechas de eventos, talleres, etc. Una sección con la descripción de cada uno de los servicios, así mismo cada servicio puede contar con su sección para ampliar la información sobre el mismo. El sitio puede ser administrado fácilmente ya que es como llevar un blog en internet.

Ambos sitios pueden ser ampliados en secciones y por lo tanto en información y alcance en la web.

3.2. Desarrollar y presentar programas de intervención comunitaria.

Taller: ¡Pasa la voz! Convivencia sin violencia

Lic. Alma Vanessa Guzmán Díaz

Lic. Misael Vicente Montes de Oca Cortés

Resumen

Se llevó a cabo la aplicación de un taller de sensibilización ante la violencia, que tenía el objetivo de promover la reflexión sobre los efectos de la violencia en la vida de las personas, a través de ejercicios vivenciales. El enfoque del taller estaba sustentado en los postulados de la terapia centrada en soluciones, la terapia narrativa y colaborativa. Se realizaron tres sesiones, de dos horas cada una; en la primera asistieron 14 personas, en la segunda 16, y en la tercera 20 participantes, hombres y mujeres, con edades que iban de los ocho a los 50 años de edad, alumnos de INEA. La forma de trabajo consistió en plantear actividades lúdicas y vivenciales que daban pie para la reflexión, sobre los discursos dominantes que sostienen la violencia en nuestra cultura, los efectos de la violencia en nuestros cuerpos y la importancia de la cooperación en la solución de conflictos. A través de estos tres ejes, se generaron conversaciones en las cuales las y los participantes compartieron su experiencia de vida, respecto a lo que les ha tocado vivir como víctimas, agresores o testigos de violencia, así como la forma en que han solucionado conflictos sin recurrir a la violencia, a través de la comunicación y la cooperación.

Se desarrollo e implementó un Taller de sensibilización ante la violencia titulado “¡Pasa la voz! Convivencia sin violencia” el cual fue impartido en San Mateo Tlaltenango, delegación Cuajimalpa, en las instalaciones de INEA que se ubican en la parroquia del mismo lugar.

El objetivo general fue:

- Visibilizar la violencia, en sus distintas formas, lugares y personas que la ejercen y que la padecen, a través de ejercicios vivenciales y de reflexión con las y los participantes.

Los objetivos específicos fueron:

- Que las y los participantes identifiquen los discursos dominantes asociados a la violencia.
- Que las y los participantes reflexionen sobre los efectos de la violencia en sus vidas.
- Que las y los participantes identifiquen soluciones que han dado a situaciones de violencia, en su historia de vida.
- Que las y los participantes identifiquen la importancia de la cooperación y la colaboración en la solución de conflictos.

Las temáticas fueron la definición de la violencia, sus diferentes contextos en donde se presenta, los diferentes tipos o clasificaciones y cómo se presentan actualmente. El desarrollo de las sesiones así como la exposición de las temáticas fueron a partir de los fundamentos de los postulados de la terapia centrada en soluciones, la terapia narrativa y la terapia colaborativa.

El taller se impartió en 3 sesiones de dos horas cada sesión. El grupo fue creciendo de 14 personas en la primera sesión hasta 20 personas en la última sesión. El grupo estuvo conformado por hombres y mujeres de edades que iban desde los 8 hasta los 50 años de edad.

A continuación se describe brevemente lo ocurrido durante las sesiones.

En la primera sesión se realizó la presentación por parte de los terapeutas, luego se pasó a explorar las expectativas ante el taller. Más adelante se realizó un ejercicio de presentación llamado "Mi nombre", cabe señalar que el grupo ya se conocía en su mayoría, y aún así el ejercicio resultó fructífero ya que conocieron un poco más a sus compañeros. Después se definieron las reglas del grupo y se exploró la información que el grupo tenía acerca de la violencia (en sustitución al ejercicio de las redes semánticas naturales). Más adelante se realizó el ejercicio llamado "El basta de la violencia" en el cual se exploraron y se identificaron ideas

que se encuentran en frases comunes o refranes que tienen contenido agresivo para quien va dirigido. Esta actividad permitió la reflexión, el cuestionamiento sobre estas ideas y finalmente se cerró la sesión con la pregunta “¿Qué me llevo hoy?”, pregunta que permitió asentar algunas reflexiones y cuestionamientos

En la segunda sesión se realizó al inicio un ejercicio lúdico llamado “Entrevista grupal”, el cual permitió que los participantes se relajaran y que se integraran los nuevos participantes. En segundo lugar se realizó un ejercicio llamado “Mi cuerpo”, donde se dividió al grupo en dos: niños y adolescentes- adultos. El ejercicio permitió identificar como al describir el cuerpo existen ideas que son de otras personas, es decir, de otros discursos con lo que no se está de acuerdo. Al final del ejercicio se hizo una reflexión grupal y los participantes compartieron sus experiencias y conclusiones, las cuales fueron muy importantes en el sentido de que lograron identificar cuando una descripción era dada por ellos y cuando había sido dada por alguien más y ellos la habían adoptado como suya. En la segunda parte de la sesión se expuso el tema de violencia, se abordó de una manera muy sencilla, retomando algunos ejemplos ya dados por el grupo y retomando las participaciones de la sesión anterior. La sesión concluyó con la pregunta “¿Qué me llevo hoy?” en donde los participantes expusieron sus conclusiones y reflexiones.

La tercera sesión fue más lúdica, se realizaron dos ejercicios, tanto el primer ejercicio llamado “El terremoto” como el segundo llamado “Las filas” estaban enfocados a que se reflexionara en torno a la colaboración ante situaciones difíciles, como el caso del primer ejercicio, y que ante una imposibilidad (la de no poder hablar), pudieran comunicarse de otras formas con sus compañeros, como fue el caso del segundo ejercicio. Las reflexiones giraron en torno a la importancia de la colaboración y la comunicación. El cierre de la sesión fue encaminada hacia retomar elementos vistos en las sesiones anteriores, principalmente la reflexión giro en torno a las posibilidades que siempre se tienen a pesar de las situaciones, ya sea colaborando con los demás, pidiendo ayuda o imponerse ante alguien que

quiera dañarnos. Estas reflexiones y conclusiones se conectaron con el tema de violencia en sus diferentes matices.

Al final de la sesión se realizó la evaluación cualitativa y cuantitativa, la cual resultó muy favorable e inclusive hubo petición de extender el taller y tocar también otros temas con la misma estructura. También se hizo la entrega de reconocimientos a todos los participantes. Fue un momento muy emotivo, porque había gestos de alegría cuando recibían sus documentos, quizá porque en general es una población que no ha concluido ciclos escolares formales, y que tiene poco reconocimiento social, por no saber leer y escribir, e incluso han sido rechazados de las instituciones tradicionales como las escuelas primarias o secundarias, lo cual daba un significado especial a la conclusión y entrega de estos reconocimientos por su asistencia al taller.

Recomendaciones finales

El taller sobre sensibilización de la violencia, nos pareció que cumplimos con los objetivos que nos habíamos planteado, que justamente se trataba de nombrar la violencia, sus distintas formas, y que los participantes identificaran en su vida cotidiana los momentos y situaciones en las cuales han sido víctimas, agresores o testigos de violencia; además, de que se hicieran notar las ocasiones en que los y las participantes han resuelto problemas o conflictos sin utilizar la violencia, con la finalidad de destacar que es posible convivir de formas pacíficas, lo cual fue sucediendo a lo largo de las tres sesiones.

Sin embargo, creemos que es importante hacer algunas anotaciones sobre las situaciones que se dieron en el taller y que consideramos que en la replicación del taller se deben tener en cuenta. Por ejemplo, especificar edades a quienes se dirige el taller, puesto que nosotros pensamos que con una variedad de generaciones podría enriquecerse el contenido de las reflexiones, lo cual sucedió, pero también limitaba las participaciones. Lo que nos sucedió fue que la institución

donde nos permitieron llevar a cabo el taller, invitó a sus alumnos, que son niños y adultos, y a sus asesores, que en su mayoría son jóvenes. De esta forma, tuvimos un rango entre los ocho a los 50 años, lo cual es demasiado amplio, y requiere de actividades específicas para distintas edades. Por lo que recomendamos que el rango de edades sea más limitado, quizá en grupos de edad por etapas, como niños de 8 a 12 años, jóvenes de 13 a 18, y de adultos, e incluso adultos mayores, con lo cual se puede utilizar el mismo esquema que proponemos, pero modificando las actividades, de acuerdo con el grupo de edad.

Una dificultad que nos encontramos fue la escolaridad que tenían nuestros participantes, ya que básicamente todos sabían leer y escribir, en el caso de algunas mujeres adultas se les dificultaba y les tomaba más tiempo hacerlo; y la máxima escolaridad era de medio superior en curso. Esto hacía que también hubiera disparidad en cuanto a cuánto tiempo les tomaba leer y escribir a unos y a otros, los más rápidos se desesperaban con los lentos, éstos se sentían presionados por responder en menos tiempo del que necesitan. Por lo que sugerimos que también se tome en cuenta esta condición, nivelando los grupos para que sean equivalentes en cuanto a su escolaridad, y nuevamente pensamos que se puede seguir la secuencia de las sesiones, utilizando actividades que igualmente promuevan la conversación y la reflexión, que es lo más importante en nuestro diseño del taller.

El tiempo que destinamos al taller fue de dos horas, pero creemos que tres horas sería un tiempo suficiente para hacer las actividades, la reflexión en torno a ellas, dar un descanso de unos 20 minutos, retomar con calma las participaciones de las personas y hacer un cierre donde se promueva que todos digan qué se llevaron. Lo sugerimos porque a nosotros nos hubiera gustado darle más tiempo a la conversación que se fue generando, a buscar más situaciones excepcionales y relatos alternativos, pero teníamos la limitación del espacio, que ocupaban otras personas, y que los participantes tenían apartado de antemano.

Finalmente, nuestra mayor recomendación es que lo más importante para nuestro taller es la postura del instructor ante el grupo, la que hemos definido como colaborativa, centrada en soluciones y narrativa. Es decir, el estar atentos y con curiosidad a lo que las personas dicen, retomar sus relatos como saberes valiosos que contribuyen a dar soluciones a los problemas, e ir construyendo en conjunto, a través de las acciones nuevos conocimientos que sean útiles para todos los que participamos en este taller.

3.3 Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado

La asistencia y participación en foros académicos y de formación, son una parte fundamental dentro de la residencia, contribuyen entre otras cosas, a mantenernos al día en las problemáticas concernientes a nuestro campo, a generar habilidades en la exposición de temas ya trabajados lo que implica un proceso de sistematización y síntesis de información. A continuación presento una breve reseña de mis participaciones y asistencias a foros.

Taller “La novela familiar con psicodrama”

El taller impartido por el Dr. Jaime Winkler tuvo la particularidad de ser vivencial, es decir, por medio de diversas técnicas, como el psicodrama, la construcción de mi propio genograma y mi escudo familiar, tuve la oportunidad de revisar diferentes aspectos de la historia de mi familia y mi propia historia. Fue una experiencia enriquecedora desde mi análisis de las relaciones en mi familia y cómo estas han influido en mi propia historia, creencias mi forma de estar en el mundo. También fue una experiencia compartida, ya que recibí retroalimentación por parte de mis compañeros, quienes también participaron del taller.

Seminario “Humillación, vergüenza y perdón: emociones clave y dinámica familiar”

Impartido por el Dr. Carlos Sluzki el seminario se impartió del 27 al 28 de octubre del 2007. Los tres ejes propuestos por el Dr. Sluzki, humillación, vergüenza y perdón, iban más allá de un abordaje con la familia, podían ser implementados en las esferas gubernamentales y servir como mediación en conflictos entre naciones. Durante el seminario presencié la intervención con una familia y el análisis posterior de la intervención. Lo que me preparaba para la supervisión en la residencia. La importancia de este seminario fue conocer lo que a nivel internacional se hablaba en relación a la terapia familiar en ese momento.

Conferencia Magistral "Sociedad de la información y del conocimiento. Hacia la refundación paradigmática del saber" Edgar Morin

Realizada el 6 de diciembre del 2007, esta conferencia magistral fue de gran convocatoria debido al trabajo multidisciplinario que el Dr. Edgar Morin plantea para la unificación del conocimiento en todos sus niveles. Para mí fue el primer acercamiento al trabajo del ponente, lo que me llevó después a investigar y leer más sobre su propuesta. Un evento internacional de gran trascendencia.

Cuarta Jornada Clínica. Facultad de Psicología UNAM

Durante la Jornada realizada el día 24 de junio del 2008, tuve la oportunidad de presentar el proceso terapéutico de un caso concluido, en conjunto con mi compañera Iliana Rubalcaba y nuestra supervisora la Mtra. Erika Trujillo. La familia fue atendida en el Centro Comunitario “San Lorenzo” durante ese periodo.

II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología

El congreso se realizó los días 18 y 19 de agosto del 2008 en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, participé como ponente en la mesa de trabajo titulada “Instrumentos de Medición en Terapia Familiar”, el trabajo presentado se tituló “Tipos de Violencia en Relaciones Simétricas y Complementarias” y fue el resultado de la investigación cualitativa realizada en el periodo anterior realizada en conjunto con mis compañeras Iliana Rubalcaba y Vanessa Guzmán. Este trabajo puede ser consultado en el presente reporte. Mi experiencia fue satisfactoria, ya que fue el primer acercamiento con otros colegas del mismo campo.

5to. Congreso Nacional de la Asociación de Especialistas en Salud Mental del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El congreso se realizó los días 3 al 6 de febrero del 2008 con sede en la Unidad de Congresos del Hospital Siglo XXI. Durante el congreso presencié los resultados de una multiplicidad de investigaciones realizadas principalmente en Latinoamérica, sobre los principales trastornos que preocupan al ámbito médico en relación a la salud mental, como son los trastornos de ansiedad, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, psicosis y esquizofrenia, investigaciones orientadas principalmente a la efectividad de la medicación. También se presentaron los resultados en cuanto a la terapéutica, resaltando la terapia psiquiátrica y la cognitivo conductual. Fue muy enriquecedor conocer la postura médica en cuanto a los trastornos mentales y sus propuestas de atención, ya que no consideran dentro de su ámbito a la terapia familiar como algo independiente sino dentro de la gran categoría de “terapias conductuales”.

1ª Jornada de Psicología. Universidad Gestalt de América

Fui invitado por la Universidad Gestalt de América para participar con una ponencia en la 1ra. Jornada de Psicología, el evento se realizó el día 20 de mayo del 2009. Mi ponencia estuvo enmarcada en el tema “La familia mexicana y las nuevas problemáticas”. Esta experiencia fue muy gratificante, ya que recibí la invitación en persona y tuve la oportunidad de hablar sobre mi experiencia en el trabajo con las familias y las diversas problemáticas que presentan en consulta.

3. 4. Habilidades de compromiso y ética profesional.

La ética del terapeuta: entre el límite de la teoría y el límite de la experiencia.

En este apartado expondré, desde una reflexión sobre mi experiencia en la residencia como terapeuta familiar, algunos puntos sobre la ética del terapeuta, reflexión derivada de las discusiones en las supervisiones y en las sesiones teóricas.

Antes de iniciar quiero hacer una acotación sobre la ética desde la filosofía y es Wittgenstein (1965), quien en su conferencia sobre la ética, nos dice que sería un absurdo decir que hay una ética que lo define todo, de plantearse una ética así, esta destruiría cualquier otro planteamiento. Tampoco hay una manera correcta de vivir, de haberla necesariamente haríamos las cosas de esa manera, de no hacerlo, seríamos culpables. Agamben (1996) por su parte, nos indica que la única experiencia ética es ser nuestra propia potencia, es decir, existir bajo nuestras propias posibilidades, descartando todo destino o imposición desde un afuera que nos dicte que hacer. Esta acotación la planteo para tenerla en cuenta en función de *la manera de hacer terapia*, para no considerarla como un absoluto, pero si en construcción y en búsqueda de principios que guíen la práctica

terapéutica.

De inicio cuando planteo únicamente tratar la **“ética del terapeuta”** estoy excluyendo hablar de la **“ética de la terapia familiar”**, en mi opinión hablar de ésta última depende de los principios propuestos que rigen su forma de ver el mundo, dicho de otro modo, cuestionar la ética de la terapia familiar es entrar en discusión con su pertinencia teórica, lo que nos llevaría a una discusión amplísima. En cambio, al hablar de la ética del terapeuta, dejamos un terreno de discusión en abstracto –o de posturas y modelos- y nos adentramos en las construcciones particulares que la experiencia nos deja a cada uno como personas en nuestro actuar desde los principios que conocemos y en los que nos formamos como terapeutas.

En mi opinión lo que hacemos como terapeutas frente a una persona, pareja o familias, es ya una cuestión ética. Me parece que el límite ético está entre el marco teórico al que recurrimos, el conjunto de conceptos que nos dan una visión particular de las relaciones en los sistemas, de una narrativa que construye una realidad particular; y el que las personas nos hablan de sus experiencias, desde su propia construcción de la realidad, esas experiencias nos son totalmente ajenas, accesibles únicamente por su significado en el lenguaje en común.

En este sentido Gergen (1996) mencionan que en un inicio en la terapia familiar, se proponía que el terapeuta se mantuviera neutral, situación que no describe tan fielmente lo que sucede en un proceso terapéutico, ya que ser neutral tiene ya implicaciones éticas. En cambio plantean que el terapeuta se comprometa ética y políticamente en la terapia, asumiendo sus valores y poniéndolos al servicio de su ser en terapia. McNamee (2009) plantea que el principio ético de una conversación comienza con la relación de compromiso que se establece con las personas que nos consultan.

¿Qué es lo realmente importante en una sesión terapéutica? Y más importante aún ¿cuál es el límite de acción para un terapeuta?. Respondiendo a la primer pregunta, creo que la elección o predilección por un modelo por sobre de otro es

parte de una postura ética. Es a partir de un modelo que se desprenden técnicas específicas para intervenir en la terapia y nos orienta a resaltar lo que es importante en una sesión terapéutica. Y en relación a la segunda pregunta, no podemos excluir nuestra participación con la familia, es evitable únicamente por la vía conceptual, abstracta, pero no por la experiencia. El límite de acción radica en distinguir en nuestro actuar, si caemos en exhortar al otro a vivir y tomar decisiones desde nuestra manera de ver el mundo y desde ahí convencerlo a hacer un cambio o por el contrario, nos centramos en su experiencias y es desde ella que planteamos nuestras intervenciones.

En mi experiencia la ética del terapeuta se construye continuamente justo entre el límite de la teoría y el límite de su experiencia, es decir, la teoría estará siempre limitada para representar la realidad y la experiencia del terapeuta no le servirá de mucho para entender del todo la experiencia de la persona que le habla. Por el lado de quien nos consulta, lo que escuche de nosotros como intervención, estará filtrado por su experiencia, tomará un sentido que tal vez no era el que inicialmente pensamos, aspecto que también tenemos que tomar en cuenta y respetarlo. En esta línea de ideas McNamee (2009) nos dice que la teoría o modelo se convierte en una fuente de transformación, no una causa, sino una posibilidad y pregunta sobre si es ético o no, queda abierta e indeterminada tal como la conversación. Mi única acotación a esto es que no es únicamente en una conversación (en el sentido que lo plantea la autora) sino que aplicable a todo proceso terapéutico, sea narrativo, colaborativo u otro.

Una dimensión que está pendiente en México a ser utilizada de lleno por el terapeuta, es la dimensión legal, sobre todo cuando se nos presentan casos de violencia doméstica, abuso sexual, entre otros que ya implican una responsabilidad legal. Aquí no hay discusión, el terapeuta tiene la obligación de al menos señalar la responsabilidad legal. Las consecuencias en nuestro país son sumamente cuestionables, ya que de señalar la responsabilidad legal, nuestra seguridad personal queda en suspenso si el o los implicados pueden sentir que los denunciaremos ante la ley.

Resumiendo los puntos anteriores tenemos que:

- **Lo que hacemos** como terapeutas es ya una postura ética.
- La **elección de un modelo o cuerpo teórico** es parte de una postura ética.
- Reconocer que **hay un límite** que ni el conocimiento teórico o nuestra experiencia nos proporciona para conocer la experiencia del otro.
- La ética es un **proceso en construcción** en el límite de la experiencia y la teoría.
- La **dimensión legal**, nos obliga como terapeutas a denunciar. Lo contradictorio es que en México quedamos expuestos y vulnerables.

Mi propuesta es que la ética sea un eje de análisis transversal a la historia de la terapia familiar, un análisis crítico de sus fundamentos y sus vertientes, ya que cada modelo introduce una forma particular de sistematización de la información que la familia presenta. De ese análisis podríamos como terapeutas, extraer principios éticos que parten de la experiencia con el trabajo bajo esos principios teóricos. La ética bien podría ser un cuestionamiento constante, tarea que le corresponde al terapeuta, si está o no aplicando los principios en los que se formó y en el otro extremo, si parte de sus referentes y experiencias para aplicarlos a sus pacientes

Finalmente, todos estos puntos que he tocado se entrelazan cuando consideramos tres dimensiones más: la institucional, la supervisión y el equipo terapéutico. Cada uno tiene su propio peso, en la residencia los que más pesan son la institucional y la supervisión. Si bien el objetivo es desarrollar habilidades teórico-clínicas, la estructura institucional se opone, aunque no en su totalidad, a la postura sistémica y posmoderna, debido a los requisitos indispensables para ser acreditado como competente. Por otro lado, la supervisión implica una constante negociación entre diversas posturas sobre el caso. Ambas dimensiones tienen un contrapeso, le sirven al terapeuta de soporte y cobijo sobre todo si consideramos la dimensión legal. Como terapeuta en la residencia me sentí acompañado en mis decisiones sobre los procesos terapéuticos en los que estuve como responsable,

tanto por la institución como por el supervisor.

IV. Consideraciones finales

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

De investigación, exposición e intervención social.

De inicio la residencia nos introduce de lleno en la investigación con altos estándares en cuanto al alcance y trascendencia de lo que se quiere investigar, la pertinencia del método y el socializar con nuestros colegas nuestros puntos de vista. La residencia me preparó para la el intercambio teórico y reflexivo de nuevas propuestas desde otros ámbitos y disciplinas. Y en otro nivel, me dio herramientas para realizar intervenciones sobre una problemática y población específica.

Clínicas y de supervisión

El espacio que se me proporcionó y que ejecuté con responsabilidad, me ha dado bases solidas para mi trabajo en la clínica. La perspectiva sistémica y posmoderna, enriquecieron no solo mi forma de hacer terapia, sino que su alcance ha llegado a otros ámbitos, ahora tengo más elementos para el análisis de problemáticas sociales actuales que eventualmente llegan a ser tema en el consultorio.

Si bien no es un objetivo el formarnos como supervisores, puedo decir que mi vivencia con los diferentes estilos de supervisión, la riqueza de formas muy particulares de hacer terapia, el que los supervisores compartieron conmigo sin reservas su vasta experiencia teórica y personal, me dio elementos firmes, fundamentos a desarrollar para una futura supervisión de casos, ya sea en grupo o uno a uno.

Teóricas

La teoría es trabajo fácil, pero el reflexionar, debatir, discutir, argumentar puntos de vista es tarea de otro nivel. En la residencia se abre este espacio de discusión y análisis que se enriqueció con quienes son ahora mis colegas.

2. Incidencia en el campo psicosocial.

Como Terapeuta Familiar y parte de la 7ª Generación de egresados, considero que el programa tiene una trascendencia fundamental para el futuro del campo de la psicología en la UNAM, en la Facultad de Psicología y en el País. Al considerar la situación actual en México, el incremento de la violencia y la reconstrucción de los valores en la familia y en la sociedad, como terapeuta me parece que puedo colaborar y participar de la reconstrucción del tejido social desde mi quehacer clínico y cotidiano.

La misma naturaleza del campo me hace recurrir a mis colegas, a mis compañeros de generación, es un campo rico en experiencias de colaboración y enriquecimiento, experiencias que me nutren y busco transformarlas para ponerlas al servicio de mi práctica clínica. Así como el análisis de la situación política y económica del País. Considero que aún estas dimensiones son analizables desde los fundamentos de la terapia familiar.

3. Reflexión y análisis de la experiencia.

Mi paso por la residencia fue sumamente gratificante. Entré a la residencia con un interés primordialmente por la investigación y la clínica. La perspectiva sistémica y la perspectiva posmoderna enriquecieron mi quehacer clínico y me proveyeron de elementos para una reflexión sobre mi estar en el mundo como persona.

Hubieron momentos de cuestionamiento hacia la institución, sobre todo en mi búsqueda por una coherencia de enseñanza-aprendizaje, en este sentido me replanteo ahora mi propio cuestionamiento y considero necesaria la estructura de institución, aún cuando ciertos aspectos de estructura parecieran chocar con los principios de la enseñanza del modelo sistémico y de la propuesta posmoderna. Concluyo que es siempre una postura personal el cuestionar toda estructura, para una mayor experiencia y enriquecimiento.

4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

Resalto dos aspectos: la supervisión y la relación con mis compañeros y maestros. Experiencias fundamentales en mi formación como terapeuta familiar, el que la residencia me haya exigido dedicarme en tiempo completo, implicó estar en constante convivencia con mis colegas, nuestras horas de convivencia iban desde compartir una comida, hasta la discusión de casos, teoría y la situación de nuestro País.

El trato con los profesores y su disposición a compartirme lo que en su experiencia era lo fundamental para aprehender. Son definitivamente experiencias transformadoras en mi persona más allá de una figura de “terapeuta”.

La supervisión es una dimensión que me preparó para abstraer lo principal de un proceso terapéutico, el acompañamiento del equipo terapéutico junto a la supervisión es un espacio que pone a prueba, transforma y construye el estar en relación constante con otros, la tolerancia, el respeto y claro que, los momentos de tensión, preparan para saber cómo mantenerse firme.

Referencias Bibliográficas

- Agamben. *La comunidad que viene*. (1996) Barcelona: Pre-Textos.
- Anderson, H. (1994) *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1999) *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2002) *Supervision as a collaborative community*. Music Therapy Today. Recuperado el 11 de Mayo del 2009 de <http://musictherapywold.net>
- Anderson, H. (2007) A postmodern umbrella: language and knowledge as relational and generative, and inherently transforming. En H. Anderson y D. Gehart (Eds.): *Collaborative Therapy. Relationships and conversations that make a difference*. (pp. 43-62). Nueva York: Routledge.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992) El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En MacNamee, S. y Gergen, K. (comps.): *La terapia como construcción social*. (pp. 45-59). Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar, un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Auerswald, E. (1990) Reflexiones sobre el pensamiento en terapia familiar. En Fishman, H y Rosean, B. *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. (pp. 27-41). Barcelona:Gedisa.
- Ariza, M. y Oliveira, O. (2001) Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición. *Papeles de Población*, abril-junio, 28: 9-39.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, y Pen, P. (1987) *Terapia sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Cecchin, G. (1987) Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to circularity. *Family process*, 26: 405-413.
- Consejo Nacional de Población (2009) *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009*. México: CONAPO.
- De Shazer, S. (1987) *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Desatnik, M. (2004) El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz, L. *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. (pp. 49-79). México: Pax.
- Eguiluz, L. (2001) *La teoría sistémica*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala. (pp. 132-135).
- Eguiluz, L. (2003) *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax.
- Eguiluz, L. (2006). *La teoría sistémica, Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UAT, UNAM
- Desarrollo Integral de la Familia (2005) Encuesta Nacional Sobre la Dinámica de las Familias. México. Recuperado de [http://investigadores.cide.edu/crow/GESOC/Puebla/Informe%20ENDIFAM%202005%20\(2\).pdf](http://investigadores.cide.edu/crow/GESOC/Puebla/Informe%20ENDIFAM%202005%20(2).pdf)
- Espinosa, S. (2000). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones. En Eguiluz (comp). *Terapia Familiar*. (pp. 115-138). México: Pax.
- Espinosa, S. (2000). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones. En Eguiluz (comp). *Terapia Familiar*. (pp. 115-138). México: Pax.
- Espinosa, S. (2009) Panorama de las relaciones familiares en la época actual. En Murreta, E. y Osorio, G. (comp.) *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. México: AMAPSI Editorial.
- Estrada, L. (1991) *El ciclo vital de la familia*. México: Posada.

- Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fishman, C. (1990) *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Fleuridas, C., Nelson, T. y Rosental, D. (1986) The evolution of circular questions: training family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 2: 113-127.
- Freedman, J. y Combs, G. (2002) *Narrative Therapy with Couples...and a Whole Lot More!: A Collection of Papers, Essays and Exercises*. Dulwich Centre Publications.
- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve: premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencia subyacente a la terapia breve. *Psicoterapia y familia*, 1(2), 30-39.
- Gergen, K. (1991) *El yo saturado: dilemas de identidad del mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (2005) Si las personas son textos En Arce, L. (Comp.): *Terapias Postmodernas: aportaciones construccionistas*. Pp. 111-140. México: Editorial Pax.
- Gergen, K. (2006) *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Gergen, K. y McNamee (1996) *La terapia como construcción social*. Paidós Ibérica: Barcelona.
- Gergen, K. y Warhus, L. (2000) *La terapia como construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias*. Recuperado de http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA_TERAPIA.pdf
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000) *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1980) *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1980) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Haley, J. (1980) *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (1987) *Terapia de Ordalía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987) *Fundamentos de la terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1996) Una postura reflexiva para la terapia familiar. En: *La terapia como construcción social*. Paidós. Barcelona. 1996
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2007) *Encuesta Nacional de Estadística, Geografía e Informática*, México, D.F. 4 de Marzo del 2007.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2007) *Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana: datos nacionales*. INEGI. México.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Limón, G. (2005) *El giro interpretativo en psicoterapia*. México: Editorial Pax.
- Lipchik, E. (2004) *Terapia centrada en soluciones: Más allá de la técnica*. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Leñero, O. (2006) *Prediagnóstico sobre la Dinámica Familiar en México*. México: Editorial DIF.
- Macías, R. (1997) *Esquema de evaluación Dinámico – Estructural*. Instituto de la Familia A, C. 25 Aniversario, 30-34.
- McNamee (2009) Postmodern Psychotherapeutic Ethics: Relational Responsibility in Practice. *Human Systems: The Journal of Therapy, Consultation & Training*. Volume No 20, Issue 1, 2009. pp. 57-71
- MacNamee, S. y Gergen, K. (1992) *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Madanes, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984) Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires: Paidos.
- Montes de Oca, V. y Hebrero, M. (2008) Dinámica familiar, envejecimiento y deterioro funcional en México. *Kairós*, 11, 1: 143-166.
- Morejón, A., y Beyebach, M. (1997). Reflexiones sobre el trabajo con soluciones en terapia familiar sistémica. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 26: 39-56.
- Moyedo, G. (2004) Terapia estratégica. En Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. (pp. 81-113). México: Pax México.
- Neimeyer, R. (2000) Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En M. Mahoney y R. Neimeyer (Eds.), *Constructivismo en psicoterapia*. (pp. 29-58). Barcelona: Paidós.
- Neimeyer. A. (1998) Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En Neimeyer, A., y Mahoney, M. *Constructivismo en psicoterapia*. (p. 29-53). México: Paidós.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. España: Herder.
- Payne, M. (2002) *Terapia Narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Piercy, F., Sprenkle, J. y Wechler, J. (1996) *Family therapy sourcebook*. New York: Gilford Press.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000) *Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1988) *Paradoja y contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidos Ibérica.
- Selvini, M., Boscolo, L., y Prata, G. (1980) Hipotezing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 1: 3-12.

- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1990) *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999) *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Scheinkman, M. (2005) Beyond the Trauma of Betrayal: Reconsidering Affairs in Couples Therapy. *Family Process*, 44, 227-244.
- Scheinkman, M. (2008) El abordaje multinivel: una hoja de ruta para la terapia de pareja. *Family Process*, 47:197–213.
- Shotter, J. (1993) *Conversational realities: constructing life through language*. London: Sage.
- Simon, F; Stierlin, H. y Wynne, L. (1988). *Vocabulario de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Tarragona, M. (2006) Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14: 511-532.
- Vargas, A. (2004) Antecedentes de la terapia sistémica. En Eguiluz, L. *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. (p. 1-28). México: Pax.
- Vargas, A. (2004) Antecedentes de la terapia sistémica. En Eguiluz, L. *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. (p. 1-28). México: Pax.
- Von Glasersfeld, E. (2000). El constructivismo radical o la construcción del conocimiento. En P. Watzlawick y G. Nardone (comps.): *Terapia breve estratégica* (pp.39-50). Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1974) *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, B y Jackson, D. (1997) *Teoría de la comunicación humana*. (10a ed.). España: Herder.

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

White, M. y Epston, D. (1992) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto: historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.

Wittgenstein, L. (1965) *Una conferencia sobre ética*. Recuperado de: <http://www.filosoficas.unam.mx/~tomasini/TRADUCCIONES/WITTGENSTEIN/Etica.pdf>

Anexos

Anexo A. INSTRUMENTO FINAL

El siguiente instrumento forma parte de un trabajo de investigación del Programa de Posgrado de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, agradecemos mucho tu colaboración al contestarlo ya que nos será de gran ayuda para la conclusión positiva de este proyecto.

Los enunciados a continuación tienen que ver con situaciones entre parejas. En los espacios en blanco imagine el nombre de su pareja y contéstelos tomando el siguiente criterio:

- | | | |
|------------|--------------------------|----------------------------|
| 1: Siempre | 2: Casi siempre | 3: La mayoría de las veces |
| 4: A veces | 5: La menos de las veces | 6: Casi nunca |
| 7: Nunca | 8: Nunca me ha sucedido | |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Cuando _____ me insulta, yo también lo insulto. | | | | | | | | |
| 2. _____ me exige tener relaciones sexuales, y yo accedo aún cuando no tenga deseos de hacerlo. | | | | | | | | |
| 3. _____ me exige tener relaciones sexuales, y yo también se lo he exigido. | | | | | | | | |
| 4. Cuando he utilizado un objeto para golpear a _____, _____ toma algún otro objeto para golpearme también. | | | | | | | | |
| 5. Si _____ se burla de cómo me veo, yo también me burlo de _____. | | | | | | | | |
| 6. _____ dice que nadie me voltea a ver porque estoy gorda y fea, yo también le digo que esta gordo y feo. | | | | | | | | |
| 7. _____ hace uso de mis cosas (por ejemplo. automóvil, ropa, libros, aparatos electrónicos, etc.) sin consultarme, yo no le digo nada aunque no esté de acuerdo. | | | | | | | | |
| 8. Cuando discutimos y lo empujo, _____ me regresa el empujón. | | | | | | | | |
| 9. Cuando nos peleamos entre los dos nos golpeamos. | | | | | | | | |
| 10. Cuando estoy enojada no le digo a _____ cómo me siento. | | | | | | | | |
| 11. Cuando esta enojado y me da un puñetazo yo no hago nada. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 12. Cuando _____ me menosprecia, yo me callo, aunque me sienta lastimada. | | | | | | | | | |
| 13. _____ y yo nos gritamos. | | | | | | | | | |
| 14. Si _____ me golpea, le respondo con otro golpe. | | | | | | | | | |
| 15. Usa la fuerza para tener sexo conmigo aunque yo no quiera. | | | | | | | | | |
| 16. Cuando discutimos _____ y yo, pareciera que nunca terminamos, porque cada quien intenta ser quien tiene la razón. | | | | | | | | | |
| 17. Me _____ ha obligado a tener sexo, pero no importa porque yo también lo he obligado. | | | | | | | | | |
| 18. Cuando en nuestras discusiones hemos llegado a los golpes, _____ responde a mis golpes con otros golpes. | | | | | | | | | |
| 19. _____ y yo nos jaloneamos cuando discutimos. | | | | | | | | | |
| 20. _____ me exige tener relaciones sexuales de formas que no me gustan, yo también se lo he exigido. | | | | | | | | | |
| 21. _____ y yo discutimos sobre quien gana más dinero que el otro. | | | | | | | | | |
| 22. _____ y yo descalificamos mutuamente nuestras opiniones. | | | | | | | | | |
| 23. _____ me toca de formas que no me gustan, yo también lo toco de forma que sé no le gusta. | | | | | | | | | |
| 24. _____ me exige tener relaciones sexuales con otras personas, yo también se lo he exigido. | | | | | | | | | |
| 25. Si _____ me menosprecia, yo también lo menosprecio. | | | | | | | | | |
| 26. Al discutir _____ me pega y yo no le respondo. | | | | | | | | | |
| 27. Cuando _____ esta enojado y me da un puñetazo yo le respondo con otro golpe. | | | | | | | | | |
| 28. _____ hace uso de mis cosas sin consultármelo (por ejemplo. automóvil, ropa, libros, aparatos electrónicos, etc.) y si a mi no me parece se lo digo. | | | | | | | | | |
| 29. Cuando me enoja, le lanzo a _____ el objeto que tenga mas a la mano, _____ me responde de igual forma. | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 30. Cuando descalifico la opinión de _____, _____ también me descalifica. | | | | | | | | | |
| 31. Nos jaloneamos cuando discutimos. | | | | | | | | | |
| 32. Si me burlo de _____, _____ también se burla de mí. | | | | | | | | | |
| 33. Si me niego a tener relaciones sexuales con _____, él se burla de la forma en que me veo, yo también me burlo. | | | | | | | | | |
| 34. Cuando _____ me golpea no me defiende. | | | | | | | | | |
| 35. Uso la fuerza para tener sexo con _____, porque él también lo ha hecho. | | | | | | | | | |
| 36. Si _____ y yo discutimos y le jalo el pelo, él me suelta un codazo. | | | | | | | | | |
| 37. Cuando me burlo de cómo se ve _____, _____ también se burla de mí. | | | | | | | | | |
| 38. Cuando nos peleamos y me sujeta con fuerza, trato de golpearlo de alguna forma. | | | | | | | | | |
| 39. Cuando he golpeado a _____, _____ responde igual (con golpes). | | | | | | | | | |
| 40. Usa la fuerza para tener sexo conmigo aunque yo no quiera. | | | | | | | | | |
| 41. Cuando descalifico la opinión de _____, se queda callado. | | | | | | | | | |
| 42. Me quedo inmóvil cuando me golpea con su mano en mi cara. | | | | | | | | | |
| 43. Cuando he golpeado a _____, _____ no responde igual (con golpes). | | | | | | | | | |
| 44. _____ me suelta un golpe cuando lo golpeo con mi mano en la cara. | | | | | | | | | |
| 45. Cuando _____ y yo discutimos y lo jalo del brazo, él me suelta un golpe para que deje de jalarlo. | | | | | | | | | |

Anexo B. Transcripción del Caso Laura.

Transcripción

H: ¿Fuiste pareja de alguien que tenía una relación?

L: Sí.

H: Cuéntame cómo fue. Cuéntame un poco la historia.

L: De inicio no era algo que yo quisiera, no era algo que yo buscara. Sino que se dio la situación, una especie de tentación vaya. Así es como se dio la historia.

H: ¿Por qué una tentación?

L: es que vaya, se presentó como algo que yo no buscaba. Ahora sí que ahí está la opción, te avientas o no te avientas, y al principio sí me dio miedo, porque implicaba muchas cosas, desde abuso de confianza, más que otra cosa. No tanto traición a, y al principio sí me causó mucho ruido. Y ya después, la insistencia, lo que no pasa nada, por qué no habría de suceder, fue lo que me causó y se volvió después como una tentación. Tanto así como que órale va y tienes algún beneficio de esto... no, más bien terminó volviéndose una tentación. Y la situación se dio.

H: o.k. ¿Cuál era tu relación con la persona?

L: prácticamente empleada.

H: ¿Qué hacías para él?

L: Cuidaba a su bebé, era una especie de nana.

H: ¿Cuántos años tenía la niña?

L: Entre dos y medio o tres.

H: ¿Ellos estaban casados?

L: Sí, estaban casados.

H: ¿Cuánto tiempo tenían de estar casados?

L: tres años, la edad de la bebé.

H: ¿Tú trabajabas ahí en la casa?

L: sí, pasaba mucho tiempo con la bebé.

H: ¿Con la mamá también tenías relación?

L: sí, con todos, con toda la familia.

H: ¿cómo se llaman?

L: la mamá se llama Zaira, el papá se llama Alberto y la hija se llama Natalia.

H: ¿Cuál era tu idea de la infidelidad antes de este evento?

L: Pues algo grave, vaya, dentro de mi formación como ser humano el ser amante de alguien siempre implicaba lo peor que podrías llegar a suceder o lo peor que podrías llegar a ser. Porque implica pues un engaño, y eso era muy grave...

H: ¿engaño para quién?

L: engaño para la otra persona, si tú estás con alguien y de repente te vas con alguien más, implica un engaño.

H: para quien no sabe.

L: exactamente, no se me había presentado la situación de vivirlo, por eso quizás también me causó conflicto en un inicio. Porque si yo accedía a una situación así me iba a convertir en la peor persona del mundo, porque eso fue lo que a mí me enseñaron.

H: ¿quién te enseñó eso?

L: mi madre. Ser la amante de alguien es lo peor que puedes llegar a ser.

H: lo peor.

L: lo peor. Bueno, dentro de su cuadro de las peores cosas que puedes hacer que es casi todo, ¿no? Pero bueno, eso aplica.

H: ¿cuánto tiempo duró la relación?

L: como un año más o menos.

H: ¿Tú tienes idea de cómo era la relación de ellos dos antes de que ustedes dos empezaran a salir?

L: sí, porque me tocó vivir muchas cosas. Yo llegué por casualidad a su casa, todavía no nacía Natalia. Yo conocí a Natalia en la casa. Y los veía muy poco juntos. Pero ya cuando se cambiaron de casa, que fue cuando ya empecé a cuidar a Natalia más tiempo, discutían infinidad de veces, era el señalamiento de la familia, si tu familia es esto y tu familia lo otro. Y siempre existía el pleito, o sea, no había día en el que no pelearan. Yo creo que hubo un momento en que el señor se dio cuenta que estaba ahí, y empezó a detenerse no, así como que bueno, no me voy a pelear cuando estés aquí, o si vamos a discutir te llevas a Natalia para que no se dé cuenta, pero eran pleitos constantes. Y hubo una ocasión en diciembre, justamente antes de que empezara nuestra relación que, Zaira terminó por agarrar a Natalia, pocas cosas e irse.

H: ¿cuánto tiempo se fue, sabes?

L: fueron pocos días, si acaso una semana. Pero fue un pleito muy feo, yo estuve presente cuando discutieron. Lo que hizo papá fue agarrar e irse, y cuando regresó ya no había ni mamá ni hija. Eso fue un diciembre. Pero antes de que se diera este pleito, empezaron a haber acercamientos conmigo, pero yo sí le sacaba. Decía no, cómo, espérate aguanta, porque yo no te estoy dando pie a... y pues sí me sacó mucho de onda.

H: ¿cómo fue la relación de ellos dos cuando ustedes dos empezaron a salir, digamos cómo fue la relación de ellos durante el año que ustedes estuvieron juntos?

L: pues seguía habiendo pleitos, pero ya no eran tan fuertes como entonces. Pero aparte yo dejé de estar tiempo con Natalia. Entonces si hubo cambios, ya no los viví tan a fondo. Pero o sea es como la pantalla no, cuando llegaban a ir a una fiesta así como que las mejores personas del mundo, tenemos mucha comunicación, festejos en la casa y demás, pero cuando sí ya había punto, por cualquier cosa, o que pasara la mosca, se peleaban y era tiro por viaje, pero hasta donde yo me quedé, llegaron a un acuerdo, lo hablaron e

iban a darse como que la oportunidad, para mejorar la calidad de vida pero para con Natalia, no como pareja.

H: ¿eso fue mientras ustedes dos salían? Y ellos llegaron a un arreglo ¿recibieron ayuda profesional?

L: creo que sí, creo que sí tomaron terapia.

H: ¿tú sabes si ella sabe?

L: ¿qué lo nuestro? No, no porque me sigue viendo con todo el cariño del planeta. No creo que sepa nada. Por eso te digo que a mí me causaba mucho conflicto, el hecho de abuso de confianza, porque pues fue lo que terminé haciendo.

H: ¿cuál fue la razón de que terminaran?

L: Porque me empezó a conflictuar, y aparte pues situacional, por cuestiones de horario. Y pues ya no era tanto el tiempo que yo tenía para estar en casa. Y dejaron de verme y pues igual el trato con Natalia ya no era. Se aprovechaba la oportunidad de que yo estuviera ahí.

H: digamos que terminaste la relación profesional que tenías con ellos y continuaste con...

L: pero era ocasional. Ya no era así... era muy esporádico. Muy, muy esporádico.

H: dices que te empezó a conflictuar, ¿qué te conflictuaba?

L: el hecho de que yo compartiera con Natalia... terminé... crecí ese tiempo con ella, porque era lo único que tenía Natalia en el momento, entonces después sí me empezó a conflictuar el hecho de que bueno, yo te estoy cuidando, soy una parte fuerte contigo, pero también estoy teniendo algo con tu papá no, entonces ya no la podía seguir viendo igual porque yo me sentía traidora, pero ya no era tanto con la mamá, sino con Natalia misma. Entonces eso sí ya no. Ya no me gustó.

H: ¿cómo siguieron ellos la relación ya una vez que ya no figurabas en la escena?

L: pues creo que mejoró, creo que hasta ahorita la relación es mucho mejor, en algún momento se llegaron a pedir disculpas y creo que van mejor. No sé ya muy bien. ¡Ah!

También hay otra cosa importante que me obligo a. La situación que se dio con mis papás.

H: entonces la relación mejoró... ¿ellos continúan hasta hoy?

L: sí, vaya, ellos siguen siendo el mismo matrimonio de siempre, mejoró, su calidad de vida es mucho mejor en el sentido de que ya no pelean. Tomaron opciones distintas, o sea son gente que se dedica a hacer muchas cosas, pero la última vez que yo platiqué con Alberto, se veía muy diferente. Porque cuando nosotros empezamos a tener una relación, se veía y se sentía como dolido, como si hubiera tenido una pérdida, o como si lo que él tenía pensado como una vida de pareja no lo tuviera, no lo hubiera logrado ¿no?

H: ¿eso fue cuando empezaron?

L: sí... estaba como frustrado vaya. Entonces ya la última vez que nos vimos y platicamos, se veía completamente distinto a entonces.

H: ¿digamos que no tenía la pareja que quería?

L: Más bien como desilusionado...porque... bueno... pues viven bien, tienen un buen trabajo.

H: ¿Qué nivel económico tienen?

L: tienen un buen nivel económico. Un nivel económico alto, él es director de un área de mercadotecnia. Ella es dueña y directora de una guardería. Hasta donde yo me quedé, Alberto tenía unos ingresos como de 70 y de Zaira no sé sus ingresos, pero no son malos, la guardería no está en una mala zona. Aparte tienen inversiones en negocios, vaya, no les va mal económicamente. Digamos que no les falta absolutamente nada, mas que sus rollos y sus carencias afectivas, pero bueno.

H: ¿cuál fue la situación con tus papás?

L: Pues estuvieron a... bueno, pues mi mamá descubrió que mi papá le era infiel. Y se dio una situación muy complicada porque mi mamá no lo quería jamás volver a ver, pero por cuestión de educación pues no se puede divorciar.

H: ¿no se puede divorciar por qué?

L: por educación, por el hecho de no poder estar sola sin un marido y qué va a decir la gente.

H: ¿tiene que ver también con la religión o nada más es una cuestión del qué dirán?

L: yo creo que es nada más una cuestión del qué dirán. Entonces sí fue una situación muy difícil. Porque pues se fraccionó, mi familia se rompió en ese momento. Puedo decirte que en cuestión de imagen mi papá siempre ha sido el proveedor, en cuestión de calidad de tiempo, pues nunca lo hemos tenido de su parte porque nunca estuvo con nosotros, porque siempre estuvo trabajando. Digamos que la que nos hizo fue mi mamá. Pero sí fue una situación muy dolorosa, porque fue en el momento en que te vas de un lado de papá o de la mamá, quién decide qué se hace, qué no y fueron situaciones muy difíciles. Entonces cuando pasó eso y yo me di cuenta que estaba haciendo exactamente lo mismo en otra casa, sí me sentí muy mal. Muy, muy mal.

H: ¿tus papás tienen cuánto tiempo de casados?

L: treinta, como treinta y uno han de ir a cumplir, más o menos.

H: ¿esta situación de infidelidad ya se había dado antes en tu casa?

L: pues supongo que sí, no nos habíamos dado cuenta.

H: o.k. no lo sabes de cierto, ¿pero tú qué crees?

L: yo creo que ya se había presentado, pero fue la primera vez que salió a la luz. Y sucedieron varias cosas, porque una vez que yo venía de la escuela yo vi a mí papá que se estaba despidiendo muy amorosamente de una señora no, muy cerca de la casa. Entonces así como que creer que no lo había hecho sería muy iluso. De hecho creo que todavía lo hace.

H: ¿cómo era la relación de tus papás antes de que se descubriera? ¿Cómo ha sido en general la relación de tus papás?

L: pues yo creo que es muy agresiva. Porque mi papá es el clásico macho de que aquí se hace lo que yo diga porque yo soy y siempre sometió a mi mamá y mi mamá creo que hasta cierto punto le debió de haber tenido miedo no sé si en algún momento la llegó a golpear, pero cuando se dio toda esta situación mi mamá sí llegó a agredirlo físicamente,

por eso te digo que sí fue una situación muy dolorosa. Porque de repente ver pues a tu madre, dándole de golpes a tu padre, y tener que meterte para defenderlo, pues es una situación muy complicada. Entonces supongo que en algún momento ya se había dado esta situación. Mi papá disfruta mucho humillándote enfrente de los demás, te lo digo porque yo lo viví, entonces, pues no creo que le haya costado hacerlo con mi madre.

H: ¿cuánto tiempo duró, hubo un período en el que tuvieron muchos problemas?

L: sí como un año más o menos.

H: o sea de que se supo, un año.

L: y de ahí salieron muchas cosas, porque a mi mamá le salió más su lado agresivo. Empezamos a dejar de no ir a casa de mi abuela. Su trato era muy distinto, mi mamá se enfermó, empezó a tener muchas cosas, mi papá nos buscaba, pero... como... te digo, yo creo que fue como la situación de ver de qué lado, con qué hijos me quedo o quién me va a apoyar. Cosa que no pasó, porque en algún momento decidimos no meternos y que ellos lo resolvieran como pareja, que creo que no lo han hecho. Y ya fue menos pesado para nosotros, porque cuando se empezaban a dar las discusiones que nos empezábamos a meter m hermano (el mayor) y yo, fue muy difícil. David no intervino en lo absoluto, él desde un inicio decidió que ellos resolvieran como pudieran y no se metió. Pero nosotros sí. Eso ya después lo platicamos y dijimos ya no, háganle como puedan. Y eso nos ayudó mucho.

H: ¿qué pasó después de ese año?

L: pues empezaron a hacer cosas... (inaudible, quizá "hicieron la casa").

H: ¿empezaron a hacer cosas que no habían hecho?

L: exacto. Pero no se ha acabado la agresión. Porque si mi mamá amanece con ganas de ahorcarlo, le dice cosas, le dice cosas muy hirientes. Y pues a mi papá no se le quita, ni se le va a quitar, el hecho de que cuando puede lucirse y humillar lo hace.

H: ¿Las modificaciones en la casa son en tú casa?

L: sí y la construcción de la otra casa.

H: ¿también fue en el período en que se vendió el otro terreno que tenían?

L: Sí.

H: que es algo que ya habían, que lo habían querido hacer desde hace...

L: toda la vida. Esa casa se hizo sin que nosotros... más bien dicho mi papá nunca ha tomado en cuenta nuestra opinión. Para él no es válida. Entonces cuando él disidió que esa casa iba a ser para David, le David dijo que él no quería nada, que mejor la vendiera y le diera el dinero, que valió para lo mismo. Pero también empezaron a cambiar cuando mi hermano (el mayor) les dijo que se iba a casar. Entonces así como que... porque cuando mi papá se iba a ir de la casa mi hermano le dijo que él no quería tener hijos sin que tuvieran un abuelo. Y poco después fue cuando les dijo que se iba a casar y varias cosas. O sea como que hubo factores que los frenaron en toda esa situación.

H: ¿cuál es tu opinión ahora sobre la infidelidad?

L: sí cambió mucho...ahora más bien creo en la lealtad, no tanto en la fidelidad. ¿Por qué? Porque pues tanto el círculo de gente con el que me he movido últimamente, y las situaciones por las que me he tenido que enfrentar, pues llegaron a cambiar todo ese concepto. 21:20

1. Diagrama dinámico-estructural de Macías Antes de la I.

