



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

La psicoterapia sistémica con familias reconstituidas

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MARLENE DEL ROCÍO RUIZ CORTEZ**

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. CAROLINA DÍAZ-WALLS ROBLEDO
COMITÉ TUTORIAL: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA
MTRA. MARÍA DEL ROSARIO ESPINOZA SALCIDO
MTRO. IGNACIO RAMOS BELTRÁN
MTRA. JACQUELINE FORTES BRESPROSVANY

MÉXICO, D.F.

Mayo, 2008.



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.



El fragmento es la forma que mejor refleja esta realidad en movimiento que vivimos y que somos. Más que una semilla, el fragmento es una partícula espanta que sólo se define frente a otras partículas: no es nada si no es una relación. Un libro, un texto es un tejido de relaciones.

Octavio Paz.

Agradecimientos

Al ser que me infunde vida: *Dios*.

A quienes amo con todo mí ser y que han tenido la habilidad llenar cada uno de nuestros encuentros de alegría y ternura:
Tere, Gerardo, Pepe, Yani, Luis, Ceci, Damián y Paola.

A los amigos y compañeros de la residencia que me han acompañado en este proceso brindándome apoyo y confianza:
Iliana Álvarez, Alberto Vargas, Carlos López, Ruth Delgadillo, Mónica Hernández, Nydia Obregón y Marco Toquero.

A la *Mtra. Carolina Diaz-Walls* y el *Mtro. Arturo Martínez* por sus contribuciones y reflexiones teóricas al reporte.

En especial, al *Dr. Raymundo Macías* por todas sus enseñanzas y por haberme adoptado como nieta en las reflexiones de familia de origen que él coordinó durante la residencia.

A las maestras *Nora Rentería, Ma. Elena Rivera, Jacqueline Fortes* y *Patricia Moreno* por sus valiosas reflexiones en la supervisión clínica.

Al *Mtro. Ignacio Ramos* y la *Mtra. Dolores Mercado* por su apoyo en los proyectos de investigación.

Al *Sr. Víctor Hernández* y *Sra. Lina Quiñones* por su apoyo y compromiso con la culminación de este reporte.

A mis compañeros de trabajo y amigos, por el apoyo brindado durante estos dos últimos años: *Enrique del Callejo Niño, Fernando Hernández y Lilia Yllescas.*

Y a las familias que participaron en los procesos de terapia, porque a través de su experiencia, tuve la oportunidad de crecer y madurar.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y CARACTERIZACIÓN DEL ESCENARIO DEL TRABAJO CLÍNICO.....	9
📖 LA FAMILIA MEXICANA.....	9
Cambios en la dinámica familiar	10
Principales problemas que presentan las familias	14
La terapia familiar como alternativa frente a los problemas	16
📖 CARACTERIZACIÓN DE LA SEDE DEL TRABAJO CLÍNICO.....	18
Centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	18
Análisis sistémico de la sede	19
📖 EXPLICACIÓN DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LA SEDE DE TRABAJO CLÍNICO.....	23
Características de las familias atendidas	26
Método de intervención	29
📖 CONCLUSIONES.....	31
2. LA PSICOTERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.....	32
Contexto teórico y cultural en el desarrollo de la terapia familiar	33
📖 FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS.....	35
Modelo cibernético	35
Modelo hermenéutico	45
📖 MODELOS DE PSICOTERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.....	48
Modelo estructural	48
Modelo estratégico de Haley	54
Modelo de terapia breve del MRI	59
Terapia centrada en las soluciones	66
Modelo de Milán	73
Modelo narrativo	83
Modelo colaborativo	90
📖 CONCLUSIONES.....	95

3. COMPETENCIAS PROFESIONALES DESARROLLADAS.....	97
📖 HABILIDADES CLÍNICAS.....	98
Familia Utrilla Velasco: el dilema de ser una familia reconstituida	98
Familia Santiago Hernández: la importancia de resolver un proceso de duelo y definir la relación de pareja	115
Análisis del sistema terapéutico total desde la cibernética de segundo orden	129
📖 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN.....	136
Formación del terapeuta: un caso, modelo de soluciones	136
Estudio para la validación de la Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF)	143
📖 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO.....	158
Productos tecnológicos	158
Programas de intervención comunitaria	163
Participación en foros académicos	167
Asistencia a cursos, congresos y talleres	168
📖 HABILIDADES DE COMPROMISO Y ETICA PERSONAL.....	170
Consideraciones éticas de la práctica profesional	170
4. CONSIDERACIONES FINALES Y REFLEXIONES PERSONALES.....	174
REFERENCIAS.....	182
ANEXOS	

RESUMEN

El presente reporte es una integración de mi proceso de formación como terapeuta familiar. La primera parte versa sobre las familias mexicanas, insertas en un contexto de cambio a nivel económico, demográfico y sociocultural, así como las principales problemáticas que se identifican en las familias. El capítulo dos explica los fundamentos epistemológicos y teóricos de la terapia familiar, así como los modelos de intervención desarrollados en esta disciplina.

El tercer capítulo es una compilación de trabajos desarrollados que dan cuenta de las competencias adquiridas en la maestría. Los trabajos que se describen comprenden: el análisis y discusión de la intervención clínica, así como reflexiones del sistema terapéutico desde la cibernética de segundo orden y las consideraciones éticas de la práctica profesional; también se incluyeron las líneas de investigación con metodología cuali y cuantitativa; los productos tecnológicos; las intervenciones comunitarias y mi participación en foros académicos. En la integración de los casos clínicos se retoman los aspectos comunes en el proceso psicoterapéutico con dos familias reconstituidas. En la discusión teórica-metodológica de estos casos se abordaron temas como los modelos de terapia estructural, de Milán y posmodernas, la violencia intrafamiliar, el ejercicio de los roles parentales, el establecimiento de límites y formas de comunicación identificados en estas familias.

El último capítulo integra los diferentes aprendizajes en el proceso de formación del que fui parte, así como los elementos que me facilitaron el desarrollo de diferentes competencias profesionales.

Palabras Clave: Epistemología cibernética y hermenéutica, familias reconstituidas, relaciones familiares, violencia intrafamiliar, psicoterapia sistémica.

INTRODUCCIÓN

El mundo en que vivimos está en constante cambio. En los últimos años los cambios se han dado de manera rápida y vertiginosa situando a los seres humanos en situaciones nuevas y diferentes, exigiéndoles formas alternativas, innovadoras y urgentes de adaptarse a estos cambios. En este proceso de adaptación individuos, parejas, familias y comunidades enfrentan diversos problemas emocionales, sensaciones de inadecuación y conflictos en sus relaciones interpersonales. La visión integrativa de la terapia familiar permite abordar estos problemas desde el ángulo interaccional, en un período breve de tiempo y con resultados observables, tanto para el terapeuta como para el o los consultantes.

Para la comprensión y entrenamiento en esta disciplina se requiere que el alumno comprenda el fundamento epistemológico de la Terapia Sistémica y Posmoderna, así también que aplique los modelos de intervención enmarcados en esta epistemología.

El objetivo del programa de maestría en terapia familiar es la formación de especialistas de alta calidad en la intervención de los problemas de salud pública, a través del desarrollo de competencias profesionales en el área teórica, clínica, de investigación, de enseñanza y de compromiso ético.

En el contenido del presente reporte de experiencia profesional se integran las evidencias sobre el proceso de aprendizaje durante la estancia en la maestría. Mi objetivo es compartirles los conocimientos adquiridos, mis reflexiones personales y los resultados obtenidos durante este proceso.

En el primer capítulo se señalan las características de las familias en México, a nivel cuanti y cualitativo; las problemáticas comunes al interior de las familias y de qué manera la terapia familiar puede responder a estas necesidades. También, se describe la sede donde se llevó a cabo la práctica clínica, la secuencia de participación en ésta y las características de las familias que se atendieron en el período de prácticas clínicas supervisadas.

El capítulo dos comprende los fundamentos epistemológicos, teóricos y

metodológicos de la terapia familiar. Se explican las dos visiones que existen en la terapia familiar, la cibernética y la hermenéutica. Se desarrollan los aspectos teóricos y metodológicos de los modelos de intervención revisados durante la maestría: el estructural, el estratégico de Haley, la terapia breve del MRI, el de soluciones, el narrativo y el colaborativo.

El capítulo tres engloba las evidencias de las competencias desarrolladas. Está integrado por el análisis y discusión de dos casos atendido durante la maestría; el análisis del sistema terapéutico total desde la cibernética de segundo orden; las investigaciones realizadas; los productos tecnológicos, los programas de intervención comunitaria; una descripción de mi participación en foros académicos y un apartado con las reflexiones sobre las implicaciones éticas en la terapia.

En el último capítulo abordé las competencias desarrolladas durante la maestría en las dimensiones teórico-conceptuales, clínicas, de investigación y enseñanza, de promoción de la salud y la ética. Y presento mis reflexiones finales sobre el proceso de aprendizaje.

1

ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y CARACTERIZACIÓN DEL ESCENARIO DEL TRABAJO CLÍNICO

LA FAMILIA MEXICANA

En el país existen 28.4 millones de hogares, que presentan diversidad y pluralidad en su estructura, composición, formas de relación y problemáticas. Esto hace que no se hable de un modelo único de familia. Algunos sociólogos identifican diversos cambios en el sistema familiar a nivel económico, demográfico y sociocultural. En este contexto la terapia familiar representa una alternativa en el abordaje de las diferentes problemáticas relacionales que se presentan dentro y entre las familias.

Para su estudio se han dividido a las familias en hogares familiares y hogares no familiares. Los hogares familiares están organizados en tres tipos: nucleares, extensos (ampliados) y compuestos. En la categoría de hogares no familiares se encuentran los unipersonales y corresidentes. En la Tabla 1, podemos observar el porcentaje que representa cada tipo de hogar, según el censo del 2005. Las familias mexicanas están constituidas en un mayor porcentaje por las nucleares con un 68%, le siguen las ampliadas o extensas, que representan el 22.4%, y las compuestas comprenden el 0.6% de las familias en el país.

Tabla 1. Distribución porcentual de los hogares mexicanos por tipo y clase en el 2005.

Hogares familiares				Hogares no familiares		
Nucleares	Ampliados	Compuestos	N.E.	Unipersonales	Corresidentes	N.E.
68.1	22.4	0.6	0.7	7.5	0.5	0.2

Fuente: www.inegi.com.mx

El DIF (s.f.), en el 2000, identifica las siguientes características en las familias:

- El 81% estaban encabezadas por hombres y el 19% por mujeres.
- En la década de 1990 al 2000 el número de familias creció el 3.1% anual.
- Las familias tenían en promedio 4.5 miembros, a diferencia de 1990 con un promedio de 5.1.
- Las familias encabezadas por jefes son mayores que las encabezadas por jefas, 4.6 y 4 en promedio respectivamente.
- El promedio de hijos, entre 1990 y 2000, se redujo de 2.6 a 2.2
- Del total de familias monoparentales el 81% están a cargo de una mujer.
- De la población en familias, casi la mitad son hijos y el 18% son cónyuges. Una porción limitada de esa población no forma parte del núcleo familiar, de la cual 11% son parientes y el 0.2% no tiene parentesco con el jefe de la familia.
- La edad promedio en el matrimonio es de 25 años y de 35 años para el divorcio.
- El número de matrimonios creció por debajo del 1% anual y en cuanto a divorcios hubo 7 por cada 100 matrimonios.
- El 40% de los separados, 38% de los divorciados y 66% de las madres solteras vivían con sus padres u otro familiar.
- Según la etapa de ciclo vital, el DIF, señala que un 43% de la familias se encuentran en la etapa de hijos en edad escolar, le siguen las de formación de la pareja y la etapa avanzada con hijos, adolescencia y juventud, con un 20 y 21% respectivamente, por último las familias en etapa posterior a la salida de los hijos, comprenden un 16% de la familias en el país (DIF, 2005, p. 82).

Cambios en la dinámica familiar

La vida familiar en el país, ha sido permeada por los cambios que se han experimentado en el plano económico, demográfico y sociocultural, en las últimas tres décadas (ver Tabla 2). Estos cambios son diferentes en forma, intensidad y dirección; así como no se presentan de forma homogénea en los hogares mexicanos (Esteinou, 2005, p. 253; Tuirán, R. 2001, pp. 33-35). En el plano

económico se identifica la creciente participación femenina en el área laboral; en el plano demográfico está el descenso de la tasa media global de fecundidad, el alargamiento de esperanza de vida al nacimiento, cambios en las pautas de nupcialidad y disolución de las uniones; y en el plano sociocultural la creciente diferenciación y la multiplicación de modelos culturales (Esteinou, 2005, p. 254).

Tabla 2. Cambios en las familias mexicanas.

<i>Dimensión</i>	<i>Tipo de cambios</i>
Económica	[Incremento de la participación femenina en el área laboral.
Demográfico	[<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la tasa de fecundidad. • Alargamiento de la esperanza de vida al nacimiento. • Cambios en las pautas de nupcialidad y la disolución de las uniones.
Sociocultural	[<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciación y multiplicación de modelos culturales.] <ul style="list-style-type: none"> • Orientaciones de valor. • Roles de madre/padre, esposa/esposo y ama de casa/proveedor. • Relación entre estatus social y posición interna en la familia.

∅ *Crecimiento de la participación femenina en el área laboral.*

En 1940 la tasa de participación femenina en la población económicamente activa era de 8%, en 1993 fluctuaba entre el 24 y 41% y se estima que para el 2010 la tasa sea entre el 28 y 45%. Los grupos de edad que están comprendidos son de los 25 a los 44 años (Esteinou, 2005, p. 254). Las consecuencias de esta transformación implica que, a nivel intrafamiliar se tenga que realizar una reestructuración de roles, tiempo y recursos, una jerarquización de tareas y cambios en las orientaciones de valor, a fin de compatibilizar del trabajo familiar con el extradoméstico (Esteinou, 2005, p. 255).

∅ *Reducción de la tasa de fecundidad.*

En este rubro se identifica una reducción de 6.51 a 2.48 hijos por mujer entre 1972 y 1999 (Conapo, 1999 y 2000, referido por Esteinou, 2005, p. 255). Esta reducción

en la tasa de fecundidad implica que las mujeres dedican menos años a la crianza de los hijos menores de seis años, ya que en 1976 dedicaban 18 años, ahora el promedio es de 13 (Gómez de León, 1998, referido por Esteinou, 2005, p. 255). Esto tiene impacto en el desarrollo de la individualización de hombres y mujeres, porque representa mayor libertad de decidir el momento de la unión, el número y espaciamiento de los hijos a partir de sus planes individuales, laborales, de estudios o proyectos familiares. Este tipo de decisiones les permite introducir y poner en juego los intereses o necesidades individuales en el ámbito familiar (Esteinou, 2005, p. 256).

∅ *Alargamiento de la esperanza de vida al nacimiento.*

En la dimensión individual el alargamiento de la esperanza de vida se traduce en una mayor probabilidad de que una persona pueda asumir diversas situaciones conyugales como son el matrimonio, divorcio o separación, cohabitación o nuevas nupcias, entre otras. Con esto las familias están más expuestas a modelos culturales diversos y procesos de individualización acentuados, que promueven la emergencia de dificultades para conciliar intereses y valores individuales con los de pareja o familiares. Así también, se gesta el cambio de significado de la familia nuclear como la ideal, a nivel social.

∅ *Cambios en las pautas de nupcialidad y disolución de uniones.*

Actualmente, la tendencia a la cohabitación, la separación o el divorcio es más frecuente. Así también se identifican el surgimiento de otras formas familiares (reconstituidas y las conocidas como *living apart together*) y de procesos de recomposición.

∅ *Diferenciación y multiplicación de modelos culturales.*

En un contexto de mundo globalizado, el país está siendo objeto de una mayor diferenciación y multiplicación de subsistemas socioculturales. Beltrán y colaboradores, en 1996, realizaron una encuesta nacional sobre actitudes y valores. Los resultados señalaron que la tolerancia, el respeto a las diferencias y

la planeación de la vida estaban asociados con la economía de mercado, la democracia formal y el individualismo; así también se encontraron ideas con fundamento comunitario, tales como: el amiguismo y el favoritismo como vías de ascenso social, sobre la sexualidad y roles de género relacionadas a la naturaleza biológica y sobre los intereses familiares que se sobreponen a los individuales, restringiendo los márgenes de acción e independencia (Esteinou, 2005, p. 261).

Esteinou (2005) señala dos cambios importantes en las orientaciones de valor. El primero relacionado con los roles de: madre/padre, esposa/esposo y ama de casa/proveedor y el segundo que refiere a la relación entre status social y la posición al interior de la familia. Con respecto al primer cambio, se puede decir que anteriormente el rol de madre había sido muy valorado, de tal manera que para las mujeres ser madre (por ende esposa y ama de casa) constituía el espacio prioritario de ocupación y desarrollo personal reconocido por la sociedad; sin embargo paulatinamente la contribución económica a través de una actividad laboral ha sido más aceptada como un contexto de desarrollo personal y profesional para la mujeres. La configuración de roles de las mujeres adultas en forma más abierta hacia el exterior (a través del desempeño de una actividad laboral o política, por ejemplo), coloca a los hombres y mujeres frente cuatro opciones (posibles) de relación:

1. Mantener la estructura y orientaciones de valor tradicionales.
2. Sostener orientaciones de valor tradicionales, incorporando el trabajo extradoméstico de la mujer como un aspecto práctico.
3. Que uno de los dos miembros de la pareja mantenga las orientaciones de valor tradicionales (lo cual generalmente se ha manifestado entre los hombres) y que el otro (comúnmente la mujer) acepte el rol laboral modificando sus concepciones sobre los otros roles familiares.
4. Que ambos miembros de la pareja acepten el rol laboral femenino modificando sus orientaciones de valor en torno a los roles familiares que ambos desempeñan.

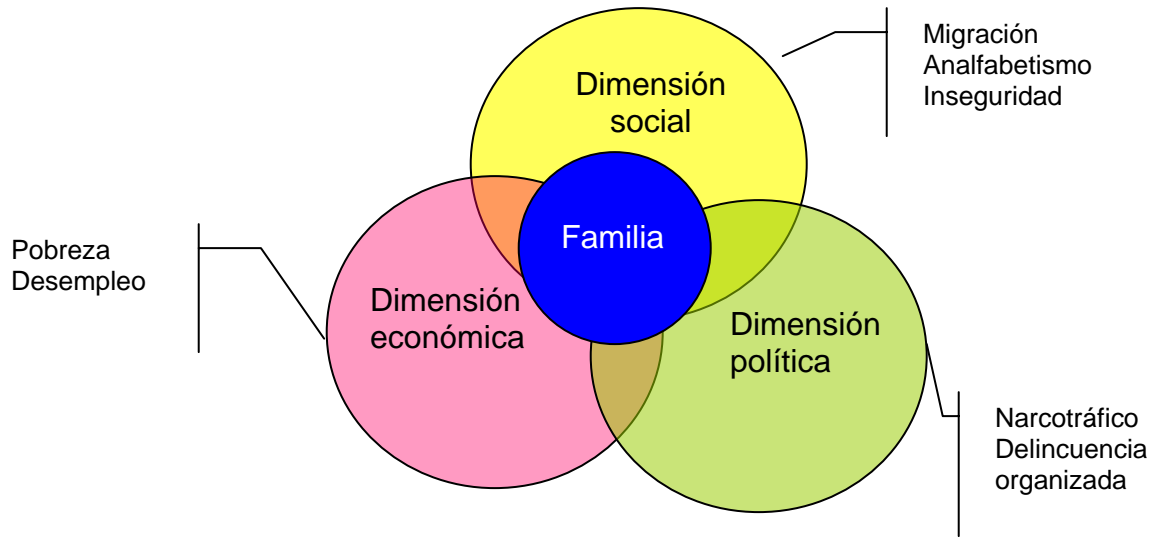
Entre la segunda y tercera opción se identifican la emergencia de conflictos y tensiones a nivel familiar y de pareja, que requieren una constante negociación de expectativas y acuerdos entre los miembros implicados.

En cuanto al status social y su relación con la posición al interior de la familia, anteriormente, se establecían a partir de dos criterios: la edad y el género. De acuerdo al primer criterio se entendía que el paso hacia la edad adulta implicaba la asunción de ciertos roles familiares, como eran el casarse o tener hijos. Ahora el alargamiento de la esperanza de vida y los procesos de diferenciación cultural favorecen que una persona pueda ser padre en la adolescencia, juventud o edad adulta, así como también puede ser hijo a los 50 ó 60 años, de tal manera que esta relación entre estatus social y posición al interior de la familia se está perdiendo. Los roles se establecían según el género, es decir una mujer asumía el rol de madre, esposa, ama de casa y el hombre de padre, esposo, proveedor; roles que establecían una relación de dependencia económica de la mujer con respecto a su esposo. De tal manera que a una mujer se le atribuía cierta posición social en la medida que asumía los roles que le correspondían en la familia y de los logros o el prestigio que el esposo alcanzaba en el ámbito laboral o social. En la actualidad esta situación es cuestionada socialmente.

Principales problemas que presentan las familias

Las problemáticas a nivel económico, social y político influyen sobre la dinámica familiar, generándose conflictos o tensiones en las relaciones entre los miembros de las familias (ver figura 1). Algunas problemáticas comprendidas dentro de estas dimensiones son pobreza, narcotráfico, desempleo, migración, delincuencia organizada, analfabetismo entre otros; a nivel comunitario y familiar existen problemas específicos como adicciones, deserción o fracaso escolar, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, abuso sexual, embarazos en adolescentes, infidelidad, separaciones o divorcios, problemas alimenticios, suicidio, etc.

Figura 1. Problemáticas que influyen en la familia.



El DIF (2005) realiza una evaluación sobre la dinámica interna de las familias y encuentra que las causas que originan conflictos al interior de éstas son:

- Asuntos económicos: Estos incluyen desde problemas por la administración del dinero, la pelea por bienes materiales y económicos hasta la falta de empleo.
- Problemas relacionados con la concesión de permisos y la autoridad: incluyen aspectos tales como no consultar decisiones con algún miembro del hogar, horarios de llegada, permisos o autorizaciones, falta de respeto o de obediencia, indisciplina o rebeldía.
- Dificultades de convivencia o comunicación: esta categoría refiere a situaciones que van desde la falta de atención, de convivencia o de comunicación hasta la disputa por el uso de pertenencias ajenas o el hacinamiento, pasando por la incomprensión y el reclamo de mayor tiempo de convivencia.
- Problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos: relacionados con los desacuerdos respecto a la educación o a quejas por el comportamiento, incluyendo las peleas entre los hermanos y el desempeño escolar.

- Diferencias de carácter o de opinión: que van desde incompatibilidades reales, hasta problemas de personalidad, pasando por desavenencias intergeneracionales.
- Cuidado y orden del hogar.
- Adicciones.
- Celos, infidelidad y violencia.

Los asuntos económicos y los problemas relacionados con la concesión de permisos y la autoridad representan las dos causas más importantes de conflicto a nivel intrafamiliar y las siguientes en orden de importancia son las dificultades de convivencia y comunicación (15.4%); los problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos (10.02%); los problemas atribuidos a las diferencias de carácter u opinión (9.8%). Estos datos presentados parten de una encuesta que da cuenta sobre los problemas percibidos por las familias; y estas causas explican el 88.7% de los motivos verbalizados por los entrevistados como la primera causa de conflicto o pleito. Algunas de estas causas de conflicto familiar coinciden con los motivos de consulta de las familias atendidas durante la residencia, problemas que han sido abordados por los profesionales de la psicología en su práctica clínica en instituciones de salud, privadas o públicas. Sin embargo, aun cuando los servicios de salud aumentan, es cada vez mayor la desproporción entre las necesidades de salud y los recursos humanos y materiales disponibles para hacerles frente.

La terapia familiar como alternativa frente a los problemas

En el ámbito de la psicología se han desarrollado diversas aproximaciones en relación a la comprensión y explicación del ser humano. En dichas aproximaciones, especialmente, en el campo de la psicología clínica, se han propuesto distintas nociones respecto a los procesos de formación de los problemas psicológicos; y se han buscado medios para su solución. Bertrando y Toffanetti (2004) refieren que la terapia familiar surgió como respuesta ante las

necesidades específicas de salud mental en la población estadounidense, apareada con el desarrollo de una nueva epistemología que respondió a las necesidades de ese momento.

La epistemología cibernética ha permitido la comprensión de los problemas psicológicos, al tomar en cuenta las interrelaciones que se dan en los grupos sociales. El desarrollo de la terapia familiar comenzó con las nociones de la relación de la familia en el surgimiento de enfermedades mentales, en este caso la esquizofrenia; poco a poco fueron surgiendo teorías y conceptos que han dado fundamento a la terapia familiar; entre los que se encuentran la teoría de la comunicación humana, las nociones de la cibernética de primer y segundo orden; así como los distintos modelos de intervención terapéutica que han tenido un fuerte impacto en la comprensión e intervención de los problemas de salud mental. Entre estos modelos se pueden citar los estratégicos, estructurales, de terapias breves, el modelo de Milán, el enfoque de soluciones, entre otros.

En tiempos recientes la terapia familiar ha recibido influencias del posmodernismo, dando lugar a una idea central: la construcción de la realidad, resaltando el papel que juega la construcción de significados y el lenguaje en la experiencia de las personas. Las líneas de terapia posmodernas toman como base los principios del construccionismo social y el constructivismo; dando lugar a modelos como la narrativa y los enfoques colaborativos; que contribuyen de forma importante al trabajo terapéutico.

Los problemas atendidos de forma eficaz por la terapia familiar sistémico son el abuso de alcohol, trastornos de alimentación, depresión, crisis familiares (situacionales o del desarrollo), problemas de pareja, divorcio, infidelidad, trastornos del sueño y problemáticas laborales. Dichas líneas de intervención han sido desarrolladas en otros países, por lo que están insertas en un contexto diferente a las necesidades de la población mexicana. Es así como el reto para un terapeuta sistémico, en el país, es pensar e intervenir atendiendo el contexto específico en que se desarrolla el trabajo clínico, considerando los aspectos culturales, sociales, políticos y económicos de las familias en México.

CARACTERIZACIÓN DE LA SEDE DEL TRABAJO CLÍNICO

Centro servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

El centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” es parte de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria, tiene como objetivo desarrollar acciones vinculadas con las funciones sustantivas de docencia, investigación y servicios. El centro fue fundado el 28 de noviembre de 1983, cuando la Dra. Graciela Rodríguez de Arizmendi era la directora de la Facultad, y el jefe de división de estudios profesionales era el Dr. Raymundo Macías Avilés.

Descripción

El centro de servicio Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” se encuentra ubicado en el sótano del edificio D, de la unidad de posgrado, en la Facultad de Psicología de la UNAM; con dirección en Av. Universidad 3004. El horario de atención del centro es de 8:30 a 19:00 hrs. Las actividades que realizan los residentes en Terapia Familiar se dividen en dos turnos: matutino y vespertino; con una mayor demanda para la atención en horario matutino.

Cuenta con 12 cubículos para atención individual; 4 cámaras de Gesell; 1 cubículo para terapeutas; 1 cubículo para residentes de Medicina Conductual; 2 oficinas para asuntos administrativos (coordinación del centro y canalización de casos); área de recepción; sala de espera; cocina-desayunador; cuarto de intendencia y sanitarios. El espacio con mayor frecuencia de uso para la atención de las familias es el de las cámaras de Gesell. Éstas cuentan con circuito de televisión cerrado (de audio y vídeo), sillones, sillas y mesas que pueden adaptarse de acuerdo a las necesidades del tipo de terapia (individual, de pareja o familiar). La cámara está dividida por un espejo unidireccional; las dimensiones de las cámaras de Gesell varían; el área para observación (del equipo) tiene una

capacidad para 20 personas y el área de consulta (para terapeuta y pacientes) tiene un espacio para 7 personas. Los servicios que se ofrecen en el centro son:

- Tratamiento psicológico de alteraciones fisiológicas.
- Modificación de hábitos alimenticios.
- Terapia individual.
- Terapia infantil.
- Terapia para adolescentes.
- Terapia racional emotiva.
- Atención psicológica para enfermedades crónico-degenerativas.
- Terapia familiar y de pareja.
- Práctica supervisada para licenciatura, servicio social y prácticas profesionales.
- Preconsultas y canalizaciones externas.
- Impartición de talleres como: autoestima, manejo de estrés y taller para padres.

Análisis sistémico de la sede

Personal y roles

La Residencia de Medicina Conductual tenía dentro de sus funciones la realización de preconsultas, con el fin de canalizar a los diferentes programas de atención o instituciones externas. Los profesores y supervisores adscritos llevaban a cabo tareas de observación de los procesos terapéuticos en los que residentes, de diferentes programas de maestría, fungían como terapeutas. La responsable del centro era quien coordinaba las actividades propias de éste, así también supervisaba el servicio brindado. La coordinadora del centro estaba a cargo de la organización, coordinación y asignación de espacios y horarios. Era la encargada de canalizar las solicitudes para su atención a los diferentes programas y servicios del centro. Y en algunas ocasiones, proporcionaba atención psicológica de emergencia para las personas que acudían en

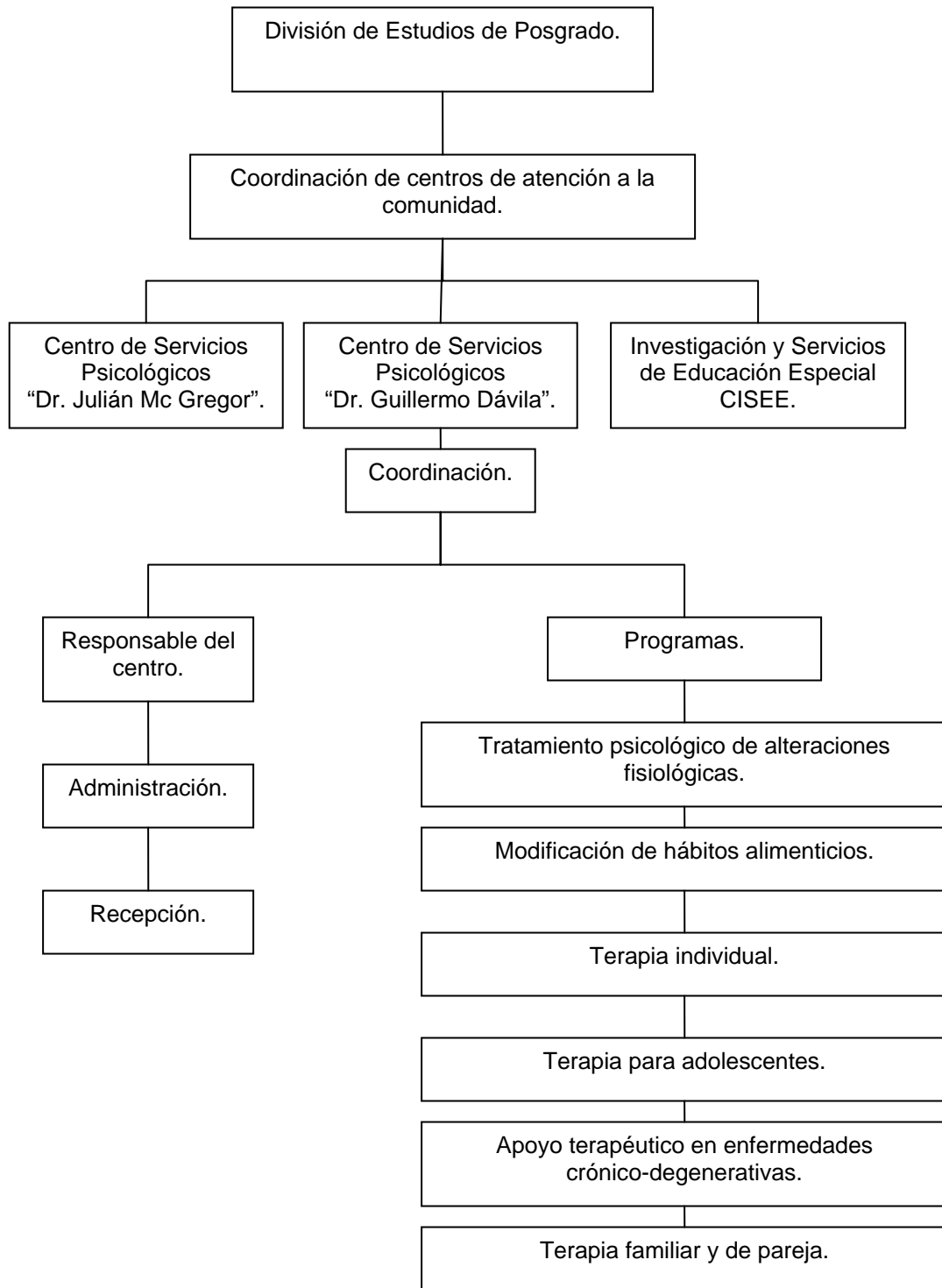
crisis. Las recepcionistas tenían bajo su responsabilidad la atención y orientación de los solicitantes, de forma personal o telefónica; la distribución y canalización de las solicitudes para el servicio de preconsulta; la recepción de llamadas telefónicas y recibos de pago, la elaboración de documentos administrativos, controlaban el acceso a las cámaras de Gesell y el manejo del equipo de vídeo instalado dentro de estas últimas.

Sectores implicados

Los alumnos de la maestría fuimos asignados al Centro de Servicios Psicológicos para actividades de supervisión (directa o narrada) y práctica clínica, atendiendo solicitudes de servicio de terapia familiar, de pareja e individual. El procedimiento de atención iniciaba con la entrega de solicitudes, de 8:30 a 9:30 a.m., de lunes a viernes. La primera entrevista era una preconsulta, que tenía como objetivo de canalizar al paciente el mismo día que se recibía la solicitud. Posteriormente, la solicitud era canalizada externa o internamente de acuerdo al tipo de servicio requerido y el espacio físico disponible. Las solicitudes eran registradas en una base de datos del centro de servicios psicológicos y canalizadas a las diferentes áreas de atención. En el caso de terapia familiar, los estudiantes contactábamos directamente a la persona que solicitó el servicio; haciendo todo lo posible para que en la primera entrevista asistiera la familia completa, es decir todos los miembros que vivían en casa o que eran significativos para la problemática que plantearon en la solicitud. La modalidad de trabajo era con uno o dos terapeutas a cargo de la entrevista con la familia, en el área de consulta; mientras que, en el área de observación, estaban los miembros del equipo (observadores y supervisor). En caso del grupo al que pertencí, a partir del tercer semestre, se organizó en tres equipos que atendieron casos fuera del horario de clase, en las mismas instalaciones del centro, con la modalidad de supervisión narrada, que consistió en hacer un relato del caso frente al grupo y supervisor. Los modelos de tratamiento utilizados fueron: estructural, estratégico, Milán, terapia breve,

soluciones, narrativo, colaborativo y equipo reflexivo.

Figura 2. Organigrama de la sede.



Fuentes de referencia

La población que se atendió, en el centro, era público en general; canalizados por las siguientes instituciones: CENDIS, estudiantes, trabajadores de la UNAM, DIF, hospitales psiquiátricos, medios de comunicación TV. y Radio (ya que difunden información sobre los servicios del centro).

Redes

Como ya se enlistó anteriormente, el centro brinda diferentes servicios psicológicos; sin embargo existen ciertas demandas que no puede cubrir, porque no está especializado en ellas. La acción que se tomó en estos casos fue canalizar a los pacientes a otras instituciones. Las instituciones a las que se remitieron fueron:

- Centros comunitarios dependientes de la UNAM.
- Clínicas especializadas.
- Instituciones gubernamentales y privadas.
- Asociaciones civiles.
- Consulta privada.

EXPLICACIÓN DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN LA SEDE DE TRABAJO CLÍNICO

El trabajo realizado, en el centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, consistió en la atención psicoterapéutica de las familias, parejas o individuos que solicitaron el servicio; en general, se canalizaron a terapia familiar aquellas solicitudes que en el motivo de consulta refirieran problemáticas de índole familiar. Las sesiones de psicoterapia se realizaron durante el período de agosto-2003 a febrero-2006. Se brindó atención de acuerdo a los días hábiles de la sede; con un horario mixto (matutino y vespertino).

El equipo de atención estuvo integrado por 10 psicólogos(as) inscritos (as) a la Maestría en terapia familiar. Quienes oscilaban en un rango de edad entre los 25 y 40 años. La formación teórica-metodológica de éstos se dio de forma paralela a la práctica clínica supervisada. El papel desempeñado por los miembros del equipo fue diverso, debido a los diferentes roles que cada uno asumía en cada semestre y que se detallan más adelante.

La plantilla de docentes supervisores estuvo a cargo de siete terapeutas familiares; cada uno, estuvo asignado para la supervisión con un modelo de terapia diferente, según, su experiencia en el área clínica. Los objetivos de los supervisores(as), estaban enfocados a la atención de las familias en el centro de servicios y a la formación como terapeutas de los alumnos a su cargo, en algún modelo de terapia específico. Las actividades que realizaban consistían en evaluar las problemáticas, proporcionar orientación teórica-metodológica sobre cada caso, propiciar espacios de aprendizaje y reflexión para los alumnos, diseño de las intervenciones en forma conjunta con el grupo, evaluación y análisis de los procesos terapéuticos a su cargo, entre otras.

Una sesión típica de psicoterapia estaba compuesta por las etapas de: pre sesión, sesión, intersesión y postsesión. En la pre sesión se analizaban y discutían con el equipo terapéutico sobre aspectos teórico-metodológicos del caso; se definían objetivos de sesión y alternativas de intervención. Durante la sesión, el terapeuta interactuaba con la familia, el equipo frecuentemente

participaba en la entrevista a través del interfon. En la intersesión, terapeuta y equipo discutían los temas surgidos, se diseñaban las intervenciones y mensajes para la segunda parte de la sesión. En la parte final de la sesión, el terapeuta retroalimentaba a la familia sobre los comentarios del equipo, continuaba la entrevista en la misma línea de los temas surgidos anteriormente y concluía la sesión con la familia. Durante la postsesión equipo y terapeuta retroalimentaban sobre el trabajo con la familia y aportaban ideas sobre posibles líneas de intervención.

La secuencia de trabajo, en los primeros dos semestres, estuvo determinada de acuerdo a las horas designadas para las prácticas supervisadas, conforme al programa de la residencia. En el primer semestre fue atendida una familia por la supervisora a cargo, acompañada de un miembro del equipo como coterapeuta, en donde se tuvo la experiencia de modelamiento; cabe señalar que en algunas sesiones el coterapeuta tuvo la oportunidad de fungir como terapeuta. Mientras tanto, el resto del equipo se dedicaba a observar la sesión y a dar sus comentarios y reflexiones durante la intersesión. La participación que tuve fue como miembro del equipo terapéutico. Se atendió a una familia, en la que colaboré en actividades grupales como: la evaluación de la familia desde el esquema de Mc Master y estructural; la elaboración de reportes de sesión; la participación en el diseño de las hipótesis e intervenciones y colaboración en los momentos de análisis grupal, con comentarios y reflexiones sobre el proceso del caso.

A partir del segundo semestre, con las bases teóricas y metodológicas de entrevista y evaluación sistémica, modelo estructural, estratégico y de terapia breve, se atendieron nueve solicitudes. La forma de trabajo fue diferente al semestre anterior, ya que los miembros del equipo en su mayoría comenzamos asumir el rol de terapeuta o coterapeuta; estando acompañados por dos supervisoras, cada una en practica supervisada diferente y nos supervisaron directamente 2 ó 3 casos por semana. En lo que a mi respecta, inicié mi práctica como terapeuta, atendiendo a una familia, enmarcado en la supervisión del modelo estructural; entre las actividades desempeñadas estuvieron el contacto de primera vez con la familia, evaluación de la problemática, planeación de las

sesiones, conducción de las entrevistas y definición del modelo de tratamiento, en forma conjunta con el equipo y supervisora a cargo. El proceso terapéutico, con esta familia, se concluyó al finalizar el tercer semestre.

Otros roles desempeñados, durante el segundo semestre, fueron el de observadora; hice registros de la sesiones conducidas por mis compañeras de equipo; de forma simultánea con este caso, en equipo, llevamos a cabo una breve investigación sobre un instrumento de evaluación; y finalmente como miembro del equipo terapéutico colaboré en los análisis y evaluaciones de cada caso, en la elaboración de reportes de sesión e integraciones finales de los expedientes clínicos.

En el tercer semestre, todo el grupo contaba con las bases conceptuales y metodológicas del modelo de terapia breve, estructural, estratégico, soluciones y Milán; modelos bajo los cuales fueron supervisados los procesos terapéuticos de este período.

Se atendieron 14 familias de nuevo ingreso y una que se había iniciado el semestre anterior. En tres de estos casos, asumí el rol de terapeuta, dos de ellos bajo supervisión directa, el otro de forma narrada; así también estuve como coterapeuta en un caso bajo supervisión narrada.

La participación como equipo terapéutico tuvo una ligera modificación; se introdujo, en una de las prácticas de supervisión, la modalidad de: equipo reflexivo; en síntesis, éste participaba en la sesión dentro del área de consulta, escuchando la entrevista, y en un espacio de tiempo determinado por el terapeuta a cargo, los miembros del equipo reflexivo tenían la oportunidad de dialogar entre sí sobre los temas que surgieron; sin embargo, no interactuaban directamente con la familia. En esta modalidad de trabajo estuve involucrada de manera constante.

Durante este semestre formé parte del equipo encargado de las preconsultas, en coordinación con la encargada del Programa de Medicina Conductual. El trabajo consistía en una entrevista de primera vez con las personas que había solicitado terapia; los objetivos eran: evaluar la problemática presentada, canalizar al paciente con el servicio que podría atender su problema y brindar contención a situaciones emergentes que se presentaran.

En el cuarto semestre, básicamente, las bases conceptuales y metodológicas que complementan nuestra formación son los modelos posmodernos: terapia narrativa y terapia colaborativa. La forma de participación, en común con los semestres anteriores, son el equipo terapéutico y el equipo reflexivo.

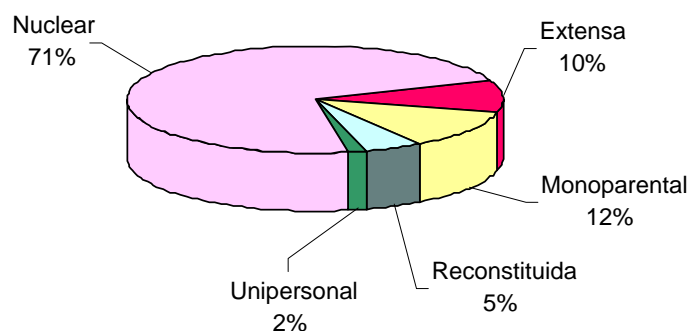
A nivel individual, en este semestre proseguí con un caso de supervisión narrada (concluido en febrero de 2006) e inicié el proceso de terapia con dos casos, el primero bajo la modalidad familiar y el segundo fue atención individual; ambos casos se concluyeron durante este período semestral, a petición de los consultantes.

Características de las familias atendidas

Como ya se mencionó en la sección de Fuentes de Referencia, los solicitantes de terapia son en mayor frecuencia trabajadores o estudiantes de la UNAM, en menor proporción proceden de otras instituciones y de forma particular, como público en general. En el transcurso de cuatro semestres, se atendieron un total de 60 casos; 47 de ellos estuvieron en supervisión directa y 13 en supervisión narrada.

El tipo de familia más atendida, por todo el grupo, fue la nuclear, con 43 casos; le siguen la monoparental con 7; la extensa con 6; la de tipo reconstituida con 3 y una familia unipersonal. En la Figura 3, podemos observar el porcentaje que representan cada una de los tipos de familias.

Figura 3.Tipos de familia.








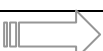


En cuanto a la etapa de ciclo vital, existió una frecuencia alta en las etapas comprendidas dentro del período de pareja sin hijos hasta las que tienen hijos adolescentes, siendo esta última la más alta. Esto podría indicar que, las familias en la etapa de la adolescencia se perciben a sí mismas con mayor necesidad de acudir a terapia, por todas las problemáticas que emergen, p.e. dificultad en el establecimiento de límites y negociación de reglas con los hijos.

Tomando en cuenta que los casos atendidos nos habían sido canalizados, ya sea por el equipo de preconsulta o por la coordinadora del centro, de acuerdo al tipo de problemática, los motivos de los pacientes para solicitar terapia, iban desde cuestiones individuales hasta problemas de relación (con el termino individuales alude a que la familia percibía el problema como sólo de una persona y no la vinculaba con la relación con otro miembro). Los problemas individuales comprendieron alcoholismo, depresión, problemas escolares y de conducta, inseguridad, baja autoestima, problemas del estado de ánimo, timidez, anorexia, mala conducta, problemas sexuales, violencia, celos, insomnio y pánico. Los problemas de relación refieren a dificultades en la comunicación, dificultad al establecer límites, infidelidad, ayuda familiar para los hijos, problemas de pareja, problemas familiares, relación con los hijos, codependencia, separación, educación de los hijos y desacuerdo de los padres.

Las familias presentaron uno o dos motivos de consulta al solicitar terapia; sin embargo, una vez que se llevó a cabo la primera entrevista, se identificaron otros tipos de problemáticas. En la Tabla 3 se enlistan los motivos de consulta más frecuentes, manifestados por el solicitante, y se relacionan con los tipos de problemáticas que los terapeutas identificamos en estos casos. El orden de la lista de motivos de consulta corresponde con la frecuencia en que éstos se presentaron, es decir, el problema más frecuente por el que acuden a terapia es el relacionado con la pareja, le seguiría en orden de importancia los problemas en el estado de ánimo.

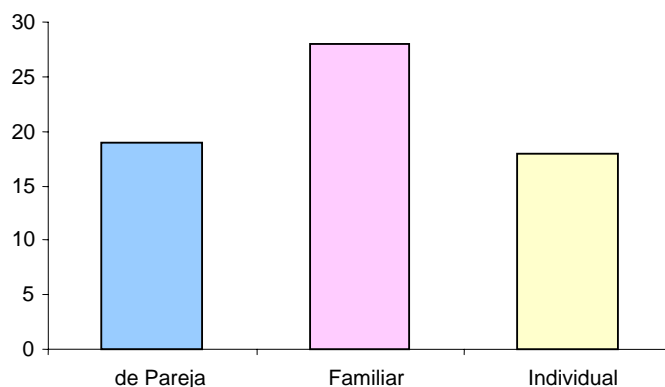
Tabla 3. Problemas identificados de acuerdo a los motivos de consulta más frecuentes.

MOTIVOS DE CONSULTA	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
Problemas de pareja	 Infidelidad, relación de pareja no definida, celos, violencia; dificultad en la comunicación; enfermedad del hijo.
Separación o divorcio de la pareja	 Expectativas de pareja no negociadas; infidelidad; falta de reconocimiento mutuo; baja autoestima en uno de sus miembros; conflicto de lealtades (en los hijos); incumplimiento de acuerdos; dificultad en la negociación y toma de acuerdos; alcoholismo.
Problemas del estado de ánimo: depresión, inseguridad, depresión, etc.	 Separación de la pareja; problemas legales; temor por la experiencia de ser víctima de violencia.
Problemas familiares	 Jerarquías invertidas; violencia; dificultad en la comunicación en la pareja; coaliciones entre subsistemas.
Relación con los hijos	 Sobreinvolucración en la relación madre-hijo; no cumplimiento de reglas; alcoholismo del padre; jerarquías invertidas; dificultad en la toma de acuerdos parentales; enfermedad del padre.
Violencia	 Comunicación no clara; intento de suicidio; jerarquías invertidas; falta de límites entre los miembros de la familia; separación de la pareja; conflicto de lealtades.
Problemas escolares y de conducta	 Problemas con la familia de origen de uno de los padres; dificultad para tomar acuerdos en el área parental; falta de límites; estrés postraumático en los hijos por un accidente; baja involucración de los padres en las tareas escolares; duelo de los hijos no resueltos; poca cercanía del padre con los hijos.
Límites	 Jerarquías invertidas, dificultad en la comunicación de los padres, separación de la pareja.

Método de intervención

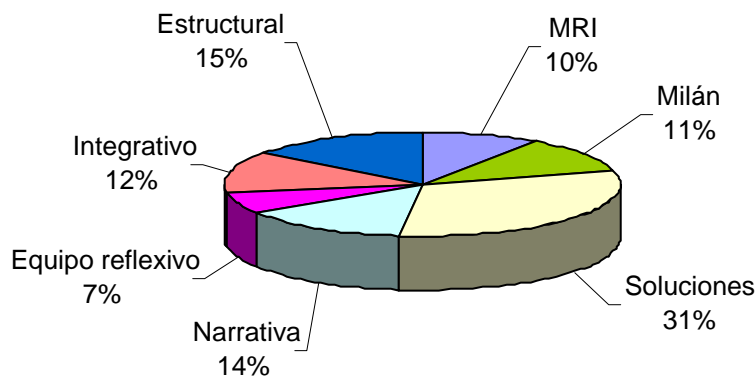
La modalidad de atención comprendió tres tipos: familiar, de pareja e individual; dependiendo de los miembros y las dimensiones familiares que se encontraban involucrados en el proceso de psicoterapia. La modalidad de terapia empleada con mayor frecuencia fue la familiar, siguiendo la individual y de pareja (ver Figura 4).

Figura 4. Modalidad de terapia



Con respecto a los modelos terapéuticos empleados, el modelo de soluciones fue empleado en mayor proporción para la intervención con las familias; en proporción media se encuentran los modelos de terapia estructural, narrativa, integrativo, Milán y el MRI, quedando el equipo reflexivo, en último lugar, con el 7%. (ver Figura 5).

Figura 5. Modelos de terapia empleados en la intervención con las familias.



En la siguiente tabla, se presentan los datos sobre las familias que atendí durante mi estancia en la maestría. En los primeros cinco casos mi rol fue de terapeuta y en el último caso estuve como coterapeuta.

Tabla 4. Características de las familias atendidas durante mi estancia en la maestría.

<i>No.</i>	<i>Tipo de familia</i>	<i>Motivo de consulta</i>	<i>Etapas de ciclo vital</i>	<i>Modalidad de terapia</i>	<i>Modelo terapéutico</i>	<i>Sesiones</i>	<i>Tipo de supervisión</i>
1	Reconstituida	Violencia intrafamiliar	Pareja con hijos pequeños	Familiar	Estructural y Milán	13	Directa
2	Nuclear	Infidelidad	Pareja sin hijos	Pareja	Soluciones	6	Directa
3	Reconstituida	Separación de la pareja	Pareja con hijos pequeños y adolescentes	Familiar	Integrativo	8	Directa
4	Nuclear	Orientación vocacional	Familia con hijos adolescentes	Individual	Soluciones	2	Directa
5	Nuclear	Separación de la pareja	Pareja con hijos pequeños	Familiar	Soluciones	16	Narrada
6	Nuclear	Dificultades con los hijos.	Familia con hijos adultos	Familiar	Soluciones y Milán	11	Narrada

Como se observa en la Tabla 4, el tipo de familias atendidas en su mayoría fueron las nucleares; los motivos de consulta fueron diferentes, con temas comunes a la dimensión de pareja, como infidelidad y separación/divorcio. En general, las etapas de vida por la que estas familias atravesaban iban desde la pareja sin hijos hasta la pareja con hijos adultos; sin embargo, destaca la etapa de los hijos pequeños.

Por otro lado, la forma de intervención se caracterizó por la modalidad de soluciones; el promedio de sesiones concertadas fue de 9 por familia, con un mínimo de 2 sesiones y un máximo de 16. Por último, cabe mencionar que el 70% de los casos atendidos estuvieron bajo supervisión directa, y un 30% dentro de la

supervisión narrada.

CONCLUSIONES

La familia mexicana está en un contexto de cambio constante. Al interior de la familia estos cambios se traducen en conflictos de diversa índole. Los motivos que llevan a la familia a solicitar terapia son diversos y representan el área de trabajo de los psicoterapeutas familiares. Todas las pautas nuevas de interacción requieren de diferentes alternativas de solución. La terapia familiar responde a estas necesidades, a partir de la gama de formas de intervención que ha desarrollado. Los casos atendidos durante la maestría, son ejemplo de ello: en donde podemos identificar la crisis que está atravesando la pareja como núcleo de la familia. Las formas de interacción establecidas necesitan encontrar formas nuevas, para poder cubrir las necesidades de sus miembros. Así también, los padres ante los hijos adolescentes, ya que en la actualidad los jóvenes tienen acceso a todo tipo de información, por medio del Internet y esto dificulta más el ejercicio del rol parental ante estos cambios. En este contexto, la formación de psicoterapeuta cobra importancia como una forma de responder a las necesidades de nuestra sociedad.

2

LA PSICOTERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

El término psicoterapia alude a un contexto en el que, dos grupos de actores (terapeutas y clientes), interactúan enfocados a la solución de la problemática del cliente. Específicamente, la terapia familiar sistémica mantiene un enfoque teórico-epistemológico centrado en las relaciones entre los miembros de un sistema (familia, pareja o individuo), “una de las maneras de considerar la terapia familiar es describirla como un proceso dialéctico que integra las partes disociadas de cada miembro de la familia a través del contexto social, que actúa como intermediario” (Keeney, 1987, p. 156).

Aún cuando en un principio se entendía que la modalidad de trabajo era exclusivamente con la familia, de manera gradual, se ha ido clarificando que la diferencia de la terapia familiar con otras formas de intervención es la *visión relacional*, es decir entiende y aborda a la familia como sistema social; por tanto la modalidad de trabajo puede ser individual, de pareja y/o familiar.

La terapia familiar surge en un momento específico y a medida que se desarrolla experimenta una serie de cambios en su estructura teórica, de tal manera que se habla de dos modelos:

- ☞ La cibernética, basada en la metáfora la familia como máquina que se autorregula.
- ☞ La hermenéutica, basada en la metáfora de la mente como un texto.

Para comprender cómo la terapia familiar sistémica ha construido todo un modelo epistemológico y metodológico de intervención, en este capítulo se presenta un análisis de los fundamentos teóricos y epistemológicos de la terapia familiar sistémica; los modelos de terapia se desarrollan en sus dimensiones

básicas como antecedentes, premisas, descripción del modelo, intervenciones y técnicas.

Contexto teórico y cultural en el desarrollo de la terapia familiar

La terapia familiar comenzó a desarrollarse alrededor de 1952, cuando de manera simultánea algunos psicoterapeutas se interesaron por el trabajo terapéutico con todos los miembros de la familia. John Bell acuñó el término de terapia familiar a la modalidad de trabajo terapéutico con la familia como unidad de tratamiento (Ochoa de Alda, 1995, p. 15).

El surgimiento de la terapia familiar estuvo relacionado con un contexto teórico y cultural específico. Bertrando y Toffanetti (2004) refieren que aún cuando antes ya habían emergido trabajos previos, los factores que intervinieron en el surgimiento de la terapia familiar fueron la cultura psicológica y psiquiátrica estadounidense en la primera mitad del siglo XX; los acontecimientos del psicoanálisis en el periodo posterior a la muerte de Freud; el nacimiento y el desarrollo inicial de la teoría de sistemas y de la cibernética (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 25). Factores que se resumen a continuación:

- ☞ La cultura psicológica y psiquiátrica estadounidense, en la primera mitad del S. XXI, estaban definidas como ciencias pragmáticas, dirigidas a encontrar una solución operativa para resolver los problemas de la existencia de un modo socialmente deseable. Fundamentada en la *tesis liberacionista* sobre el potencial de la persona que debía ser liberado. La psicoterapia, de ese entonces, tenía aspectos pedagógicos debido a que se entendían a las personas como sanas o *curables*, no existían criterios técnicos y especializados acerca de normalidad o patología.
- ☞ Hacia los años cincuenta, en el ámbito de la psiquiatría, se sabía poco sobre la etiología de los trastornos psiquiátricos, no obstante circulaban las ideas sobre la génesis ambiental.

- ☞ Algunas ideas del psicoanálisis, desarrolladas de forma paralela, se acercaban a las postuladas en la terapia familiar, entre éstas se encontraban las que defendían a la teoría de las relaciones objetales, a la teoría del apego de John Bowlby, y a la psiquiatría interpersonal de Harry Stack Sullivan. El acercamiento que tuvieron estas teorías a la terapia familiar es la perspectiva relacional en la formación de la personalidad. Sin embargo, este factor no fue suficiente para que la terapia familiar surgiera inmersa en el contexto teórico del psicoanálisis debido a que no contaban con las bases epistemológicas que permitieron a los primeros terapeutas familiares dar el salto de lo individual a lo relacional.
- ☞ Es el surgimiento paralelo de la teoría de los sistemas y de la cibernética que dieron a la terapia familiar los conceptos y lenguaje que permitiera una explicación relacional de la enfermedad mental. Según Bertrando y Toffanetti (2004), además de la visión sistémica, la terapia familiar ha incorporado metáforas tomadas de otras disciplinas, que pueden identificarse en los diferentes modelos de la terapia sistémica.

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS

La estructura teórica y epistemológica de la terapia familiar se caracteriza por la perspectiva centrada en la relación; dentro de los fundamentos se pueden hablar de dos grandes metáforas: la cibernética y la hermenéutica.

Modelo cibernético

El vocablo proviene de la voz griega *kubernetes* o timonel (Wiener, 1958, p. 15). Keeney (1987) refiere que la cibernética está ligada con la ciencia de la pauta y la organización (77). Es decir, se entiende que existe una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales (80). El modelo cibernético de la terapia familiar se sirve de la Teoría General de los Sistemas, formulada por von Bertalanffy; la cibernética de Wiener y los conceptos desarrollados por Bateson. Estas propuestas están relacionadas entre sí y con otras teorías como el constructivismo.

Teoría general de los sistemas

En 1937, Ludwing von Bertalanffy formuló la teoría general de los sistemas. Él definió el concepto de sistema, como un conjunto de elementos dinámicamente estructurados; cuya totalidad genera unas normas de funcionamiento, en parte independientes de aquellas que rigen el comportamiento de sus unidades. Planteó que este concepto es lo suficientemente abstracto, como para aplicar las nociones de totalidad, equifinalidad, equilibrio, homeostasis y retroalimentación a cualquier tipo de sistemas (von Bertalanffy, 1968, pp. 92-109).

Desde esta perspectiva, se considera a la familia como un sistema en constante transformación, con su propia organización que le facilita el funcionamiento y en interacción con otros sistemas (Andolfi, 1977, pp. 17-23).

Ochoa de Alda (1995) refiere que la familia entendida como un sistema posee las siguientes propiedades:

- El comportamiento de la familia se entiende más allá de la suma de sus elementos, se centra en las relaciones que tienen entre sí como una *totalidad* organizada.
- Las relaciones que establecen entre sus miembros mantienen una *causalidad circular*, es decir son recíprocas, pautadas y repetitivas.
- No se identifica una causa única a una situación determinada; bajo la noción de *equicausalidad* se considera que un problema puede estar determinado por condiciones iniciales distintas; así también bajo la noción de *equifinalidad* se entiende que una misma condición inicial puede estar relacionada con estados finales diferentes. De acuerdo con esto, en la terapia es necesario centrarse en el presente e identificar los factores que contribuyen a mantener el problema.
- La *limitación* se presenta cuando la familia establece una pauta de interacción, que se reitera en el tiempo, de tal forma que disminuye la probabilidad de que ejecuten otro tipo de comportamiento.
- Los miembros entre sí mantienen *reglas de relación*, es decir están definidas cuáles son las formas de interacción entre cada uno de sus miembros y subsistemas; así también, mantienen una *organización jerárquica*, están estructurados por subsistemas.

Cibernética

Las reflexiones sobre la teleología y el control surgieron a partir de las reflexiones de teóricos, de diferentes disciplinas, como: Norbert Wiener, Warren McCulloch, Walter Pitts, John von Neuman, Gregory Bateson, Margaret Mead entre otros. El contexto, que permitió el encuentro de éstos, fue el de las Conferencias Macy realizadas en 1946. Éstas tuvieron como punto central el desarrollo de un lenguaje nuevo, que describiera diferentes fenómenos como la transmisión de la información mediante señales eléctricas, la neurofisiología, la posibilidad de

diseñar máquinas de cálculo y sistemas artificiales que pudieran autorregularse. A partir de estas conferencias, se propuso un enfoque comportamental de los fenómenos y se retomó el tema de la teleología, es decir los sistemas se caracterizan por tener una finalidad (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 25; Wittezaele & García, 1994, pp. 56-62).

Wiener, a quien se reconoce como el creador de la cibernética, definió a esta nueva ciencia como el “estudio del control y de la comunicación en el animal y la máquina” (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 60). La noción básica de la cibernética es la *retroalimentación*; Wiener la describió como el “método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado” (Keeney, 1987, p. 83). Es a partir del regreso de la información sobre su desempeño, que un sistema puede regular su comportamiento, o bien puede modificar su pauta, a este proceso se le conoce como retroalimentación. Existen dos tipos de retroalimentación: la negativa y la positiva. La *retroalimentación negativa* se caracteriza por la disminución de la desviación de los procesos recursivos, lleva a la homeostasis del sistema. A diferencia de ésta, la *retroalimentación positiva* promueve la novedad, el cambio y se caracteriza por el aumento de la desviación de los procesos recursivos (Hoffman, 1981, p. 58).

El concepto de retroalimentación permitió construir un modelo de causalidad circular, en vez de uno lineal (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 127); abrió el camino de la explicación del comportamiento humano a partir de procesos de autorregulación, por medio de la retroalimentación, que se llevan a cabo en la interacción social. Esto permitió a la terapia familiar dar el salto epistemológico, al descentrarse de la perspectiva individual y ver el comportamiento de una persona inserta en un contexto más amplio, p.e. pareja, familia, sociedad.

Según el orden de recursión, desde el que se analicen los sistemas, en el paradigma cibernético se identifican dos categorías: cibernética de primer orden y cibernética de segundo orden. Ambas, marcan una diferencia en la forma de entender e intervenir en el proceso psicoterapéutico.

Cibernética de primer orden

En la cibernética de primer orden se explican los conceptos de morfostasis y morfogénesis como procesos de cambio que caracterizan a los sistemas. Se entiende por *morfostasis* al proceso por el que un sistema mantiene su continuidad frente a los cambios del ambiente, a través de la retroalimentación negativa. En tanto que, el proceso de *morfogénesis* comprende el mecanismo de retroalimentación positiva, que permite al sistema cambiar su estructura básica.

Al principio, la cibernética estuvo centrada en el concepto de retroalimentación negativa como mecanismo fundamental para el mantenimiento del sistema en sus parámetros básicos de organización. A este momento se le conoce como *primera cibernética*. Los teóricos, terapeutas o modelo terapéuticos de la primera cibernética se centraron en la homeostasis de las familias. Entre ellos están algunos de los primeros terapeutas familiares como Bowen, Whitaker y Virginia Satir; así como, las primeras investigaciones y conceptos de Gregory Bateson sobre la cismogénesis.

La *segunda cibernética* incluye los conceptos de la primera cibernética e integra una noción más amplia de cómo los sistemas cambian para mantener sus parámetros; y de cómo cambian estos parámetros, que por consecuencia cambian al sistema. Los conceptos de morfogénesis y morfostasis, es decir cambio y adaptación, son entendidos como factores esenciales para la supervivencia de los sistemas vivos (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 126).

En la segunda cibernética, la función del terapeuta es facilitar el proceso de cambio espontáneo e imprevisible de los sistemas observados (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 237). Los modelos terapéuticos que se identifican en esta categoría son la terapia estructural y la de Whitaker, que provocaban crisis dentro de las sesiones para facilitar el cambio en las familias; la terapia breve, con la búsqueda de una conducta 180° diferente de las soluciones intentadas por el cliente; y en cierto período el modelo de Milán, en los inicios de su desarrollo, cuando adopta el modelo sistémico como forma de intervención con las familias.

Cibernética de segundo orden o cibernética de la cibernética

La cibernética de la cibernética, término acuñado por Margaret Mead, está interrelacionado con las ideas del constructivismo, en donde se introduce un elemento básico en el análisis de los sistemas: el observador (Keeney, 1987, p. 95). Las ideas constructivistas que tienen influencia en esta etapa son las de Maturana y las de Varela. El primero, propuso un modelo teórico fundamentado en la autonomía y el cierre operativo de un sistema, el cual está definido en función de la elección del observador. Asimismo, Varela creó el término autopoiesis, para referirse al proceso mediante el cual interactúan las partes de un sistema, hasta que producen la organización del mismo; este tipo de sistema es cerrado en cuanto al ambiente externo. A partir de esto, el observador no puede afirmar la existencia de los objetos o las relaciones independientes a él mismo, que se entiende también como parte de un sistema (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 235).

Von Foerster desarrolló la cibernética de segundo orden con base en investigación sobre las redes neuronales, colocando al observador dentro del sistema observado, en donde toda descripción que éste haga es autorreferencial, de esta manera pone en tela de juicio la noción de objetividad del observador (Keeney, 1987, p. 94; Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 236; Maldonado, s.f., p. 4).

Aplicar estas nociones a la psicoterapia implica que el terapeuta forma parte del mismo sistema que intenta observar; por lo tanto sus observaciones están influenciadas por su propio marco de referencia y las relaciones que establece con el sistema observado; al mismo tiempo que él mismo, como observador, influye en este sistema. Al constituirse como un sistema cerrado, le es imposible describir la realidad objetivamente, sino que está en función de ellos mismos (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 236). Desde esta perspectiva, se entiende a la familia como sistema autónomo, es decir la familia se organiza a fin de mantener la totalidad de su estructura, que se autorregula y se adapta a situaciones externas mediante la retroalimentación (Keeney, 1987, p. 103). En el marco de este concepto, Keeney (1987) propone que en la terapia se tiene que considerar lo siguiente:

- ∅ El sistema no tiene que ver con el tamaño de la unidad de análisis; los criterios para la existencia de un sistema cibernético es la percepción de la organización recursiva, que debe poseer una estructura de retroalimentación, o sea, su proceso recursivo debe incorporar la autocorrección. De acuerdo con esto, un individuo puede percibirse como un sistema autónomo o como un sistema compuesto de diversas formas de procesos cibernético simples (135-137).
- ∅ La cibernética exige hacer de nuestra manera de conocer y reconstruir el mundo de otro modo, diferenciando las pautas que conectan recurrentemente al terapeuta y al cliente, al síntoma y a la cura, al diagnóstico y a la intervención. Requiere tener una visión de las conexiones recursivas de la familia total, construyendo distinciones que indiquen las pautas de relación y de los procesos recursivos (130-131).
- ∅ El comportamiento sintomático del individuo marca una clase particular de su relación recursiva con los demás (143). Por tanto, el concepto de salud y la patología son dos caras de una misma moneda de la complementariedad cibernética (145); y la evaluación que se hace de un sistema depende del momento en que es observado, en general, una familia sana facilita la diversificación, como la conexión con sus miembros, evitando la división de sus relaciones o conductas (146).

El rol que juegan los terapeutas, en la cibernética de segundo orden, es el de receptores de la realidad que tiene la familia, por medio de los significados que ésta tiene (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 47). Dentro de este rubro, se encuentran el grupo de Milán, a finales de 1970, cuando retoma los conceptos de Bateson plasmados en su libro Pasos hacia una ecología de la mente; también cabe la terapia orientada a las soluciones que señala el rol del terapeuta como amplificador del cambio (aunque también existen nociones dentro de este modelo que coinciden con los de la posmodernidad y el socioconstruccionismo).

Aportaciones de Gregory Bateson

Auerswald refiere que Bateson proporcionó a la terapia familiar el fundamento epistemológico, para comprender a la familia como un sistema inserto en un contexto de sistemas socioculturales (Fishman & Rosman, 1990, p.30). Las nociones de cibernética, que Bateson desarrolló, siguieron las líneas de los postulados de Wiener, la cibernética del control e información y de la teoría de los juegos formulada por von Neumann (Bertrando & Toffanetti, 2004, pp. 62-63). Los postulados de Bateson que fundamentan la perspectiva sistémica en la práctica clínica son: la cismogénesis, los niveles de comunicación, los niveles de aprendizaje, la teoría del doble vínculo y concepto de espíritu (reformulación del concepto de sistema).

Bateson retomó las observaciones que había realizado de la tribu iatmul, en Nueva Guinea, para explicarlas bajo la perspectiva de la cibernética. A partir de este trabajo formuló el concepto de *cismogénesis*, para entender la dinámica del equilibrio social en los iatmul. La formulación de este concepto, cobró importancia al marcar el comienzo del análisis interaccional del comportamiento humano (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 61).

En 1952 Bateson inició una investigación sobre la naturaleza y los niveles de la comunicación. En colaboración con John Weakland, Jay Haley y William Fry realizaron las observaciones con familias de pacientes esquizofrénicos (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 94; Wittazaele & García, 1994, p. 156). Las ideas que Bateson y su equipo formularon, en ese entonces, señalan que los esquizofrénicos establecen un tipo de comunicación que quebranta las distinciones entre los niveles lógicos. Posteriormente, Bateson centró sus formulaciones, hacia el contexto de aprendizaje que facilita este tipo de trasgresión. Él, formuló entonces, una clasificación de los niveles de aprendizaje; refiriendo que, el deuteroaprendizaje es un tipo de aprendizaje, en el que se aprende el contexto que da sentido a ese comportamiento, es decir se adquiere la habilidad de aprender a aprender.

Así mismo, define que las formas de codificar la comunicación son: la

holográfica, la parte del todo, la icónica, la analógica y la digital, enfocándose principalmente en éstas últimas. Enfatiza, que la comunicación analógica califica (o da sentido) a la comunicación digital (Witzezaele & García, 1994, pp. 107-111). Así también, reformuló el concepto de cismogénesis al clasificar este tipo de interacción en simétrica o complementaria.

Cabe señalar que, años después, Watzlawick y colaboradores aterrizaron estos conceptos a la práctica clínica al enunciar la teoría de la comunicación, que a través de cuatro axiomas, les permitió explicar teóricamente las paradojas y su utilidad práctica en la terapia (ver Figura 5).

Figura 5. Axiomas de la comunicación.

- Es imposible no comunicarse.
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto de relación tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.
- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
- Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.
- Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferencia.

Fuente: Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. A. (1981). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.

En 1956, Bateson y su equipo, bajo la consultoría de Don Jackson, dieron cuerpo final a sus observaciones con familias de pacientes esquizofrénicos, al enunciar la teoría del doble vínculo; los fundamentos de esta formulación fueron la teoría de los tipos lógicos de Russell y el análisis de las comunicaciones. La idea central es la concepción sistémica de la esquizofrenia, así como de la familia. En el artículo Hacia una teoría de la esquizofrenia, en 1956, señalan que los componentes de una situación de doble vínculo son:

- La relación entre dos o más personas (el paciente esquizofrénico y los otros que pueden ser madre, padre o hermanos).

- Experiencia repetida (la situación o tema) se convierte tan recurrente en la experiencia del paciente, que hace que la estructura del doble vínculo llegue a ser habitual.
- Un mandato primario negativo (bajo la formulación: “No hagas tal o cual cosa, o te castigaré” o bien “si no haces tal o cual cosa te castigaré”). Creando un contexto de aprendizaje basado en la evitación del castigo (retiro del amor o expresión de odio o cólera) que resulta devastador.
- Un mandato secundario que está en contradicción con el primero en un nivel más abstracto, que también está reforzado por castigos y comunicado por medios no verbales.
- Un mandato negativo que prohíbe a la víctima salir del contexto (puede incluir diversas formas de promesas de amor).
- El patrón de interacción del doble vínculo que ha sido aprendido ya no necesita que se presenten todos los componentes anteriores, para que emerjan en la víctima el pánico o la cólera.

La importancia de la teoría del doble vínculo, en la evolución y consolidación de la terapia familiar sistémica, es que esbozó la etiología de la esquizofrenia a partir patrones de comunicación (interacción) que mantienen la familia del paciente esquizofrénico, más que situarlo como un fenómeno intrapsíquico, lo interpretó desde el punto de vista relacional. Esta interpretación representó el salto epistemológico más importante, que la terapia familiar aportó a la psicología. Así mismo, en el artículo publicado para dar a conocer la teoría, definían a la psicoterapia como un contexto de comunicación; presentando este contexto como una línea de investigación, sobre cómo intervenir en los patrones de comunicación o interacción (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956, pp. 231-256).

Posterior a la formulación de la teoría del doble vínculo, Bateson continuó escribiendo en torno a éste. Se distanció del equipo de investigación sobre la comunicación humana y se dedicó a la comunicación en los animales. Plasma sus ideas en un par de obras posteriores; y cuando publica su libro *Espíritu y*

naturaleza, presenta sus ideas de una manera más abstracta y compleja, en donde se identifica la noción de espíritu, que repercutió en el desarrollo de la terapia familiar porque sus planteamientos fueron integrados a modelos de terapia como Milán, la narrativa y el equipo reflexivo.

Bateson (1979) se refiere al concepto de sistema como *espíritu* y enlista una serie de características o criterios de éste, que se sintetizan a continuación:

- ✓ *Un espíritu es un agregado de partes o componentes interactuantes.* Para considerar la existencia de un sistema, todos sus niveles de organización, debe comprender la interacción de sus elementos.
- ✓ *La interacción de las partes del espíritu es desencadenada por la diferencia.* La diferencia es un fenómeno no sustancial, no localizado en el espacio o el tiempo; la diferencia se relaciona con la negentropía y la entropía (cantidad de información en el sistema), no con la energía.
- ✓ *El proceso espiritual requiere energía colateral.* Aún cuando, la interacción es desencadenada por la diferencia, todo proceso espiritual requiere energía.
- ✓ *El proceso espiritual requiere cadenas circulares de determinación.* Para que un sistema sea estable, recurre a la repetición de sus pautas efectivas, esta característica se le conoce como circularidad o recursividad, según el nivel de complejidad con que se analice.
- ✓ *En todo proceso espiritual, los efectos de la diferencia deben considerarse como transformas o codificación de sucesos que le precedieron.* Las reglas que rigen tal transformación deben ser comparativamente estables (o sea, más estables que el contenido), pero en sí mismas están sujetas a transformación.
- ✓ *La descripción y clasificación de estos procesos de transformación revelan una jerarquía de tipos lógicos inmanentes en el fenómeno.* Este criterio, está muy relacionado con los niveles de contenido y relación en el proceso de la comunicación, en donde este último clasifica al primero, y es por ende una metacomunicación.

Al relacionar los conceptos de Bateson con la cibernética de primer y segundo orden, se identifica que desde la cismogénesis hasta la teoría del doble vínculo son nociones fundamentadas en la retroalimentación negativa, en cambio en sus últimos trabajos se identifican conceptos, como el de espíritu, correspondientes a la cibernética de segundo orden.

Modelo hermenéutico

El modelo hermenéutico postula la metáfora de la mente como un texto en donde el terapeuta se dirige a la deconstrucción y construcción de nuevos significados. La adopción de este modelo fue un proceso paulatino, en donde convergen, por un lado, la inquietud de los terapeutas familiares de buscar otras explicaciones o formas de intervenir con los clientes y por otro la influencia teórica–epistemológica de movimientos como el posmodernismo y el socioconstruccionismo.

Posmodernismo

Ovejero (s.f.) señala que se dieron transformaciones, en la década 70's y 80's, cuando se rompe el "sueño americano", por el contraste observado en EE.UU. después de la guerra de Vietnam. En ese entonces surgen movimientos sociales pacifistas, contraculturales, feministas, entre otros; emergiendo ideas y valores que se conocen como *posmodernismo*. Lyotard define al posmodernismo como "un profundo escepticismo sobre la validez universal de los componentes narrativos singulares o versiones teóricas de cada situación humana" (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 292). En el ámbito de la psicología, y de la psicoterapia específicamente, la atención se dirige hacia las ideas filosóficas de Nietzsche, Heidegger, Wittgenstein, Foucault, Derrida, entre otros; ideas que aluden a la relatividad, al lenguaje, a la construcción social de la realidad y que transportan la metáfora del texto (Ovejero,s.f., párr. 5; Bertrando & Toffaneti, 2004, p. 293). Una síntesis de la posmodernidad se enlista a continuación:

- ∅ Entiende que las verdades dependen de las perspectivas y de las opiniones; la racionalidad depende del consenso; los acuerdos sociales son los que determinan la realidad; por ende no existen expertos que posean la verdad única.
- ∅ Cuestiona ampliamente la idea de progreso y la universalidad de los supuestos en psicología y muestra escepticismo ante los paradigmas que se desarrollaron.
- ∅ Tiene un carácter crítico y autorreflexivo, que permite pensar y reconstruir los significados o las explicaciones sin calificarlas como falsas o verdaderas, sino en el sentido pragmático se preguntan cuáles dan resultado.
- ∅ Las explicaciones que el posmodernismo aporta son holísticas y ponen énfasis en la relación, pero también son relativistas y el contexto es fundamental, son por tanto históricas, momentáneas y locales.

Construccionismo social

Al igual que el constructivismo, el socioconstruccionismo es una perspectiva epistemológica; basada en la afirmación de que los seres humanos participan activamente en la creación de su realidad y en el proceso de construcción del conocimiento. Ambas perspectivas convergen en la idea de que el observador participa en la creación de lo que observa. A manera de síntesis, se presentan algunas nociones centrales del construccionismo social:

- ∅ El lenguaje es depositario de los significados socialmente construidos; se enfatiza la importancia de la interacción social.
- ∅ El socioconstruccionismo tiene como base la multidiversidad. Entiende a la sociedad y al hombre como un producto social; por tanto, sugiere que el conocimiento no reside en la mente de los individuos o en el medio, sino en los procesos sociales de interacción e intercambio simbólico.

- ∅ La noción central es que las construcciones personales del entendimiento están limitadas por el medio social, es decir, por el contexto del lenguaje compartido y los sistemas de significado que se desarrollan, persisten y evolucionan a lo largo del tiempo.
- ∅ Considera a la terapia como un proceso de investigación, hace énfasis en la conversación dialógica que permita la emergencia de realidades alternativas. A partir de esto, el terapeuta es un experto en generar conversaciones, que permitan la emergencia de la multiplicidad y de contextos de transformación relacionales y dialógicos (Anderson, s.f., sección de premisas comunes). Así como también, presta atención a la política de poder en la que se inserta el trabajo terapéutico (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 296).

Bertrando y Toffanetti (2004) señalan cuatro líneas de terapia frente a las posturas posmoderna y socioconstruccionista. El modelo de soluciones, que opta por no prestar atención al problema y se enfoca en los recursos y soluciones. La terapia narrativa, que enfatiza la ampliación de historias y la condición desfavorecida de los clientes. El *reflecting team* que se dirige por la democratización del equipo terapéutico y la participación de los clientes en la terapia. Y las terapias conversacionales, que enfatizan el *no saber*, como una filosofía del terapeuta.

MODELOS DE PSICOTERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

Los modelos terapéuticos revisados durante el período de formación de la maestría comprenden el estructural, el estratégico de Haley, la terapia breve del MRI, el centrado en las soluciones, el narrativo y el colaborativo.

En este apartado se presentan los elementos principales de los modelos, en cinco categorías, el objetivo es identificar las similitudes y diferencias entre éstos. Todos los modelos están enmarcados en la noción relacional, sin embargo, las diferencias se pueden encontrar en las influencias que han tenido de otras disciplinas o teorías, así también como por el momento de evolución de las propias nociones sistémicas.

Modelo estructural

Representante: Salvador Minuchin.

Período: 1970-1979.

Lugar: Nueva York.

Antecedentes

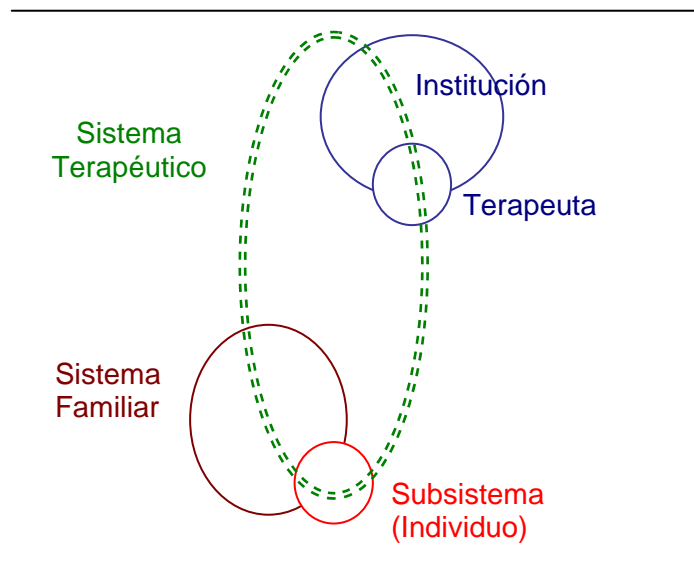
El modelo estructural, desarrollado por Salvador Minuchin, parte de la experiencia de trabajo en la correccional para niños en Wiltwyck, en Nueva York. Minuchin señala que estos jóvenes pertenecían a las minorías urbanas, en donde experimentaban pobreza, discriminación, miedos, temores, persecución y marginación (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 89). Esto, exigía a los terapeutas interactuar con estas familias de una manera concreta y orientada a la acción, características que dieron un sello único al modelo estructural. Posteriormente, Minuchin realizó un análisis sociológico de estas familias y para comprenderlas retomó el modelo de familia nuclear desarrollado por Talcott Parsons, así dio forma a su modelo de intervención (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 150).

Premisas o supuestos

Minuchin (1979) plantea tres axiomas que fundamentan el modelo estructural.

- ∅ La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno, la influencia individuo-contexto es recíproca.
- ∅ Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
- ∅ Terapeuta y familia se incluyen en el contexto de sistema terapéutico, como se ve en la Figura 6.

Figura 6. Sistemas del contexto terapéutico.



Según Minuchin (1979), el modelo estructural se centra en lo relacional, es decir ve a la familia como un sistema que forma parte de otros sistemas cada vez más amplios e incluyentes.

Conceptos del modelo

SISTEMA FAMILIAR: La familia es entendida como un sistema sociocultural abierto, en proceso de transformación. En este proceso, la familia se desplaza a través de ciertas etapas, que demandan una reestructuración. Y la familia se adapta a las circunstancias cambiantes, de tal modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro (Minuchin, 1979, p. 85).

ESTRUCTURA FAMILIAR: Refiere al “conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia” (Minuchin, 1979, p. 86). Estos modos repetidos de qué, cómo, cuándo y con quién relacionarse dan dirección al sistema y se conocen como pautas transaccionales.

PAUTAS TRANSACCIONALES: Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia y son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero es genérico, comprende las reglas universales que gobiernan la organización familiar. Y el segundo es idiosincrásico e implica las expectativas mutuas de los miembros de la familia. A través de las pautas transaccionales, el sistema se autorregula.

La familia debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La continuidad de la familia depende de la gama de pautas, de la disponibilidad de patrones transaccionales alternativos y de la flexibilidad para movilizarlos cuando es necesario hacerlo. Este elemento es la parte central de modelo ya que su meta es reestructurar las pautas transaccionales (87).

SUBSISTEMAS: Los subsistemas son las partes en las que se dividen a la familia, que le permiten diferenciarse y desempeñar sus funciones; pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Evaluar por medio de los subsistemas, proporciona un rápido cuadro diagnóstico de la familia, en función del cual el terapeuta orienta las intervenciones (87). Las categorías de subsistemas son:

conyugal, parental y fraterno. El primero es caracterizado por la interacción que mantienen en términos de pareja, las cualidades requeridas son la complementariedad y la acomodación; el subsistema parental se define por la interacción entre los padres con los hijos; y el fraterno comprende la interacción entre hermanos, que brinda la oportunidad de negociar, cooperar, competir y reconocer habilidades (87).

LÍMITES: Están constituidos por las reglas, que definen quiénes participan y de qué manera. La función de los límites es proteger la diferencia del sistema. Cada subsistema posee funciones específicas y plantea demandas concretas, así como, el desarrollo de habilidades interpersonales. Los límites deben estar claramente definidos. Un parámetro para la evaluación del funcionamiento familiar es la claridad de los límites (88).

Descripción del modelo

La terapia, desde este enfoque, es entendida como el proceso que se cuestiona el “así se hacen las cosas”, es decir, se centra en el análisis de la organización familiar, evalúa las pautas transaccionales establecidas, con el objetivo de promover el cambio hacia formas de interacción alternativas y flexibles, en síntesis para “reorganizar el sistema familiar” (Minuchin & Fishman, 1984, p. 80).

Colapinto menciona que el terapeuta asume el liderazgo del proceso terapéutico, desempeñando el rol de productor, director de escena, protagonista y narrador (Hanna & Bronw, 1995, p. 25). Cada una de las etapas de la terapia son responsabilidad directa del clínico; éste decide cómo evalúa, el objetivo y el plan de tratamiento; así también incide directamente en las pautas, utilizando su propia persona, ya sea manteniéndose neutral, lejano o cercano al sistema o subsistema, realizando alianzas o coaliciones con éstos.

El sistema terapéutico se crea a partir de los procesos de acomodación y reestructuración. Los procesos de acomodación son operaciones específicas, que permiten que el terapeuta obtenga información acerca de las relaciones en la

familia. Mientras que, la reestructuración puede incluir acciones que requieran cambios específicos en la organización familiar. Ambos procesos están relacionados y en la práctica emergen de manera simultánea (Minuchin, 1979, pp. 202-203).

Un ejercicio fundamental, en este modelo, es la evaluación de las pautas transaccionales de la familia. A partir de esta evaluación, se definen los objetivos del tratamiento. Las dimensiones comprendidas en la evaluación son: la estructura de la familia; la flexibilidad del sistema (capacidad de elaboración y reestructuración); la resonancia del sistema familiar (sensibilidad ante acciones individuales de los miembros); el contexto de vida de la familia (fuentes de apoyo y stress); el estadio de desarrollo de la familia; el rendimiento en tareas apropiadas a su etapa de vida y la forma en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas (192, 207).

Intervenciones y técnicas

Según Minuchin (1979) en el proceso de acomodación están comprendidas las técnicas de mantenimiento, rastreo y mimetismo. El mantenimiento es útil para proporcionar apoyo programado a la estructura familiar y actuar a través de otro para sostenerla. Con el rastreo, se alienta a que continúen con las interacciones, para explorar la estructura familiar. Y el mimetismo, permite al terapeuta acomodarse al estilo familiar y a las modalidades afectivas, sobre todo en relación al ritmo de comunicación y actitudes.

La reestructuración incluye tres estrategias que promueven el cambio a partir de la creación de crisis en el sistema. Las estrategias son: el cuestionamiento de síntoma, el cuestionamiento de la estructura familiar y el cuestionamiento de la realidad familiar (Minuchin & Fischman, 1984, p. 80-84). En la Tabla 5 se encuentran especificadas las técnicas, en cada línea de intervención.

El cuestionamiento del síntoma consiste en poner en tela de juicio la definición que la familia tiene del problema, con el fin de discutir y reencuadrar esta concepción. Se puede realizar de forma directa o indirecta, explícita o

implícita, literal o paradójica. Las técnicas son la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad.

Tabla 5. Operaciones de reestructuración.

Intervenciones	Técnicas
Cuestionamiento del síntoma.	<ul style="list-style-type: none"> [Escenificación. [Enfoque. [Intensidad.
Cuestionamiento de la estructura familiar.	<ul style="list-style-type: none"> [Fijación de fronteras. [Desequilibramiento. [Complementariedad. <ul style="list-style-type: none"> [Establecer alianzas. [Ignorar.
Cuestionamiento de la realidad.	<ul style="list-style-type: none"> [Constructos cognitivos. [Intervenciones paradójicas. [Insistencia en lados buenos de la familia (Recursos).

El cuestionamiento de la estructura familiar refiere a la estrategia que pone de manifiesto las coaliciones, las alianzas, el desarrollo de conflictos explícitos e implícitos y la forma en que solucionan los conflictos. Se tiene la libertad para desplazar la intervención hacia los diferentes subsistemas de la familia. Las técnicas comprendidas en esta categoría son: fijación de fronteras, el desequilibrio y la enseñanza de la complementariedad.

El cuestionamiento de la realidad refiere al trabajo con los constructos que la familia tiene sus vivencias y experiencias. Las técnicas comprenden los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes o recursos de la familia.

Modelo estratégico de Haley

Representantes: Cloe Madanés y Jay Haley.

Período: 1973-1981.

Lugar: Washington, D.C.

Antecedentes

Se entiende como terapia estratégica al contexto psicoterapéutico en donde el terapeuta tiene la iniciativa de lo que sucede en el desarrollo de la terapia y diseña una técnica específica para cada tipo de problema (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 198).

En 1953 Haley mantuvo una serie de entrevistas con Milton Erickson, como parte de la investigación sobre los niveles de la comunicación, dirigida por Bateson. Años después, cuando Haley se dedicó a la psicoterapia, tuvo como supervisor a Erickson. La influencia, que Haley recibió de Erickson, se encuentra muy marcada en el modelo estratégico. Otras influencias teóricas y prácticas fueron el modelo de la comunicación, del equipo de Palo Alto y el enfoque estructural, de Salvador Minuchin, con quienes, Haley estuvo colaborando antes de conformar teóricamente su modelo de intervención (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 198).

Premisas o supuestos

∅ Comunicación Analógica y digital. Haley (1976) hace hincapié en lo analógico, conceptualizando al síntoma como un modo de comunicación. Refiere que, la conducta de un individuo puede ser descrita en términos de bits (unidad de información). Explica que, la comunicación digital puede ser transformada a *bits*, sin embargo, la comunicación analógica no puede englobarse en bits, puesto que, implica entender los contextos que la rodean. Señala, que una característica del cambio en la comunicación: digital a analógica, es que es

discontinuo. Por lo que en la evaluación familiar, se incluye no solo la presencia o ausencia de un *bit* de conducta, sino de los cambios producidos en la terapia, que se entienden como una forma de adaptación de la familia al sistema terapéutico, mediante su forma especial de comunicación.

- ∅ Jerarquías. Haley (1976) considera que en toda familia debe existir una organización jerárquica, elaborando reglas sobre quiénes tendrán más estatus y poder, así como, quiénes ocuparán el nivel secundario. Cuando en una jerarquía las posiciones de estatus son confusas, existe algo que podría definirse como *lucha de poder*. Una organización peligra cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos. Cabe mencionar que, en el proceso terapéutico, es pertinente identificar los conflictos generacionales; así como las variantes que existen en la familia.
- ∅ Dilema terapéutico: el cambio. En el modelo estratégico se asume que el cambio ocurre por obra del terapeuta, que se une al sistema y lo modifica por medio de su participación interna. Para ello, el terapeuta forma múltiples coaliciones simultáneas, provocando crisis que generen la oportunidad (a la familia) de pasar a un sistema funcional. Por lo tanto, la estrategia de un terapeuta variará de acuerdo con la familia y con el contexto de la terapia. Entonces, el cambio terapéutico, se define como aquel que se produce en los actos reiterados de un sistema autorregulante, preferiblemente el que da paso a un sistema más diversificado (Haley, 1976, p. 129).
- ∅ La tarea del terapeuta se centra en cómo funciona y cómo se puede cambiar la situación de malestar de una persona, pareja o familia. Nardone y Watzlawick (1992) la describen como un paso de los contenidos a los procesos; que trata de un saber *cómo*, más que de un saber *por qué*. Por tanto, el terapeuta facilita al paciente, a través de la experiencia, la capacidad de hacer frente a sus problemas de un modo adecuado.

Conceptos del modelo

SÍNTOMA: Definido como el producto de las relaciones interpersonales; debe ser

observable o medible (Haley, 1973, p. 41).

ESTRUCTURA FAMILIAR: Una estructura está compuesta por actos reiterados entre personas. El objetivo de la terapia es cambiar las secuencias de hechos, que suceden entre personas de un grupo organizado.

RESISTENCIA: La noción de resistencia al cambio caracteriza a la terapia estratégica. El terapeuta parte de la idea que las personas participantes se resisten a las directivas que se les ofrecen (los dos tipos de resistencia pueden manifestarse en no ser lo suficientemente cooperativos o bien en serlo en demasía), por lo que un aspecto esencial es la necesidad de motivar a la persona para que coopere plenamente en el desarrollo de las directivas.

Descripción del modelo

El proceso terapéutico desde el modelo estratégico plantea tres etapas: primera entrevista, programación terapéutica y conclusión del tratamiento (Nardone & Watzlawick, 1992, p. 74).

Haley (1973) plantea la primera entrevista como la etapa en la que se tiene el primer contacto con el sistema familiar; en la que el terapeuta se permite conocer, observar la organización de éste e interactuar de manera neutral con los participantes. Esta primera etapa se caracteriza por que brinda el espacio para plantear el problema. Las sugerencias de Haley, en esta etapa son: buscar la equidad en el sistema, distribuir el síntoma en toda la familia, atender el discurso y las pautas de interacción de los participantes. Otro elemento de la primera entrevista, es la negociación de los cambios, que implica llegar a acuerdos, sobre los cambios que la familia desea y los que el terapeuta propone en las pautas establecidas.

En la etapa de programación terapéutica es primordial considerar que la terapia debe ser adaptada a la medida del paciente, y no viceversa (Nardone & Watzlawick, 1992, p. 83). Para ello, se toma en cuenta el grupo social o cultural

del paciente, así como, su sistema de creencias, lenguaje, recursos personales, red social, etc. Específicamente, en la escuela de Haley y Madanés, es importante conocer las técnicas empleadas por Milton Erickson, por que son el fundamento del modelo estratégico. Y el objetivo, que se desea alcanzar, es reorganizar el sistema en una jerarquía más funcional (Haley, 1976, p. 39).

En la conclusión del tratamiento, se tiene como meta consolidar en forma definitiva la autonomía personal del paciente. Por lo que, es indispensable la redefinición final, haciendo énfasis en la capacidad que ha demostrado el paciente, en ser constante y tenaz en la solución de su problemática. Así mismo, se enfatizan las capacidades que ha adquirido para superar por sí mismo futuros problemas, ya que ha aprendido a percibir la realidad y a reaccionar ante ella con sus propios recursos, por tanto es capaz de actuar solo (Nardone & Watzlawick, 1992, p. 111).

Intervenciones y técnicas

Madanés (1982) considera como dimensiones que distinguen a este enfoque: la utilización de la comunicación analógica; las intervenciones directas; trabajar en el presente; la creación de nuevas experiencias; la directiva del terapeuta en el plan terapéutico; el trabajo en unidades de dos, tres o más personas; la posición jerárquica del terapeuta y las intervenciones paradójicas.

Haley (1973) categorizó las intervenciones en: directivas basadas en el cumplimiento y directivas basadas en el no cumplimiento; siguiendo estas categorías, en la Tabla 6 se presentan las técnicas que comprenden el modelo estratégico. Una directiva es todo aquel mensaje que el terapeuta emite, para que la otra persona (cliente) haga algo. La finalidad de la directiva es producir un cambio, intensificar la relación cliente-terapeuta y obtener información (al observar la reacción ante la directiva). Al diseñar una directiva, se retoman los siguientes criterios: que sean simples para su cumplimiento; que considere la secuencia actual de la interacción y la adaptación de la directiva a las personas que la cumplirán.

Tabla 6. Principales intervenciones y técnicas del modelo estratégico de Haley.

Intervenciones	Técnicas
Prescripciones directas (Basadas en el cumplimiento).	<ul style="list-style-type: none"> Dejar de hacer algo. Hacer algo diferente. <ul style="list-style-type: none"> Consejos. Cambio de secuencias.
Prescripciones paradójicas (basadas en el no cumplimiento).	<ul style="list-style-type: none"> Paradojas. <ul style="list-style-type: none"> Involucración parcial o total de la familia. Ordalías. Inversiones. <ul style="list-style-type: none"> Aliento a la resistencia. Ofrecimiento de una alternativa peor. Metáforas. Aliento de una recaída. Técnicas hipnóticas. (aportaciones de Milton Erickson según Haley, 1973). <ul style="list-style-type: none"> Frustración de la respuesta para alentarla. Empleo de espacio y la posición. Énfasis en lo positivo. Siembra de ideas. Ampliación de una desviación. Amnesia y control de la información. Despertar y desenganche. Evitación de la exploración de sí mismo.

Los mensajes paradójicos se utilizan para definir la conducta, aparentemente contradictoria, que despliegan los integrantes de la familia en sus relaciones mutuas. Son catalogados como: basados en la oposición, pues se espera que la familia se resista a la parte del mensaje que propone el cambio. Como parte de los mensajes paradójicos, Haley define a la hipnosis, como “un proceso entre dos personas, una de las formas en que una persona se comunica con otra” (Haley, 1973, p. 11). Las metas del hipnólogo, y de la terapia, son: modificar la conducta, la respuesta sensorial y la conciencia de otra persona. En segundo orden, es expandir los alcances de su experiencia, proveerla de nuevas maneras de pensar, sentir y comportarse.

Modelo de terapia breve del MRI

Representantes: Paul Watzlawick,
Richard Fisch y John Weakland.

Inicio: 1974.

Lugar: Palo Alto, California.

Antecedentes

Este modelo es producto de una investigación, dirigida a precisar y sistematizar las condiciones que llevan a una persona a cambiar. A dicho trabajo, le anteceden las investigaciones que estaban enfocadas en el proceso de la comunicación, el proceso del cambio, la terapia familiar, la terapia estratégica de Milton Erickson y la terapia de Don Jackson (Wittezaele & García, 1994, p. 229). Los fundamentos de la terapia breve son los principios matemáticos de los tipos lógicos, la teoría de los grupos, la teoría de los sistemas y la cibernética (Nardone & Watzlawick, 1992, p. 40; Wittezaele & García, 1994, p. 275).

Premisas o supuestos

De acuerdo con Nardone y Watzlawick (1992), las cuatro premisas fundamentales del enfoque son:

- ∅ El criterio fundamental de validez y verificación, de este modelo terapéutico, es su valor heurístico y su capacidad de intervención real, medidos en términos de eficacia y eficiencia en la resolución de los problemas, a los que se aplica. Por tanto, el foco de atención es la relación interdependiente que cada cual vive consigo mismo, con los demás y con el mundo.
- ∅ La tarea del terapeuta se centra en cómo funciona y cómo se puede cambiar la situación de malestar de un sujeto, de una pareja o de una familia. Los

autores lo describen como un paso de los contenidos a los procesos, en que se trata de un *saber cómo* más que de un *saber por qué*.

- ∅ Los problemas humanos pueden resolverse mediante estrategias focales, al romper el sistema circular de retroacciones que mantienen operante el problema. El uso de prescripciones (directas o indirectas), paradojas o reencuadres permiten eliminar la rigidez del sistema, a nivel relacional o cognoscitivo.
- ∅ La terapia breve tiene una orientación pragmática a la acción y a la ruptura prioritaria del sistema de retroacción disfuncional, que el paciente mantiene. De tal manera que, se incita a la persona a la acción más que a comprender su problema.

Conceptos del modelo

EL CAMBIO: La teoría de los grupos permite entender al cambio que se produce en el interior de un conjunto, que en sí permanece invariable; con la teoría de los tipos lógicos se comprende la relación de los elementos con la clase y el cambio, que constituye el paso de un tipo lógico a otro. Hay que separar cuidadosamente los tipos lógicos si se quieren evitar las paradojas. El paso de un nivel inferior a un nivel superior, implica un salto, una discontinuidad: un cambio en si mismo (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976, p. 30). De acuerdo con esto, se identifican dos tipos de cambio:

- *Cambio tipo 1*: cuando las reglas de las relaciones siguen siendo las mismas. La organización de las ideas intenta mantener su equilibrio. Toda idea nueva será pues objeto de un proceso de neutralización, que tendrá como fin dejar intacta la estructura general del sistema de pensamiento.
- *Cambio de tipo 2*: llamado también *metacambio*, es una discontinuidad, surge de manera imprevisible, como una especie de iluminación repentina. A diferencia del cambio tipo 1, este proceso de cambio parece ilógico y desde una postura de observador del sistema, este cambio aparece como

la transformación de las premisas del sistema.

FORMACIÓN DE LOS PROBLEMAS: Los problemas se mantienen por los intentos de solución que la persona hace ante sus dificultades cotidianas. Los teóricos del modelo dan una clasificación de las actitudes, que generalmente, se toman al abordar estas dificultades, como son: las terribles simplificaciones, el síndrome de la utopía y las paradojas (Watzlawick et al., 1976, p. 59).

- Las terribles simplificaciones son una forma de comportarse como si el problema no existiera. Esta negación implica que, al tratar de resolver los problemas se toma una actitud simplista, dejándose de lado la complejidad de la situación.
- El síndrome de la utopía refiere a la actitud exagerada en la solución de los problemas, en un intento de solucionar situaciones en donde no existe problema alguno. La forma de manifestar esta actitud puede ser introyectiva, es decir cuando se establece un objetivo inaccesible que genera sentimiento de ineptitud e impotencia personal; y la proyectiva, el fracaso en el logro de un objetivo idealizado, genera una tendencia de culpabilizar al otro.
- Las paradojas implican un error en el nivel lógico que requiere el cambio; estableciéndose un juego sin fin, ya sea que se intente un cambio tipo 1 cuando se debe buscar a un cambio tipo 2, o viceversa. La paradoja más conocida es la de ¡sé espontáneo!

Descripción del modelo

El terapeuta es cien por ciento pragmático. No pretende dar explicaciones sobre las causas del problema o función del síntoma en el sistema; más bien, busca a través de la relación terapéutica interrumpir las soluciones intentadas y provocar el cambio en el ciclo de interacciones. El modelo de terapia breve del MRI, establece un promedio de 10 sesiones para la intervención; que se distribuyen en seis

etapas, explicadas en los siguientes párrafos (Wittezaele & García, 1994, p. 282; Nardone & Watzlawick, 1992, pp. 74-111).

- Inicio de la relación terapéutica: La estrategia sugerida consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente, para crear una relación caracterizada por el contacto, la confianza y la sugestión positiva (Nardone & Watzlawick, 1992, p.74). Así también es importante determinar quién es el que se queja, para cuál de los miembros constituye un problema la situación que los ha llevado a terapia y cuál es su posición respecto a ésta y al problema.
- Definición del problema: Comprende el proceso de investigación diagnóstica, con el objetivo de conocer el problema de manera concreta y clara, a través de la observación del cliente, la explicación que da de su situación y la interdependencia que existe entre la persona con respecto a su contexto, a los demás y a sí mismo (Nardone & Watzlawick, 1992, pp. 76-77). Las preguntas se formulan para explorar y especificar las pautas de interacción que mantienen el problema. Algunas preguntas clave para este proceso son: ¿Qué? ¿Cómo? ¿Dónde? ¿Con quién sucede el problema? ¿Cuál es la frecuencia o intensidad de la situación? ¿Qué se ha hecho para resolverla?, etc.
- Establecimiento de objetivos: En esta fase, es necesario determinar en forma conjunta con el cliente, qué es lo que se desea lograr en la terapia, en términos concretos y factibles. El acuerdo de los objetivos es importante, porque permite que la persona se sienta parte activa del cambio y le da la sensación de control en el desarrollo de la terapia.
- Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema: Implica el análisis sobre la situación problemática del paciente, es la parte esencial de esta etapa, para ello, se presta atención a las soluciones intentadas; identificando las interacciones sociales que pueden influir en las soluciones ensayadas por el cliente; que permitirán decidir, a que área de la vida del paciente se dirigirán las soluciones. Este análisis, facilitará identificar cual es el impulso básico, es decir, la idea que está detrás de las

soluciones intentadas.

- Programación terapéutica: En esta etapa es necesario considerar que la terapia debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia, es decir, la ejecución de la estrategia general elegida, deberá estar formulada de acuerdo al contexto social, cultural e intelectual del paciente; utilizando su mismo lenguaje o sistema de representación. Así también, estará dirigida a interrumpir los intentos de solución.
- Terminación del tratamiento: Se sugiere terminar el tratamiento cuando el cliente refiera que la problemática por la que llegó ya no significa un problema. En este caso la intervención consiste en redefinir que ha comenzado a hacer cambios pero no debe apresurarse; o bien puede prescribirse una posible recaída, esto con el objetivo de reducir la mínima reaparición del problema, apoyando a los pacientes para que sientan menos tensión por el fin del tratamiento (Watzlawick et al., 1976, p. 200).

Intervenciones y técnicas

Las intervenciones se agrupan en dos categorías: el reencuadre y las órdenes de comportamiento (Nardone & Watzlawick, 1992, pp. 88-102; Wittezaele & García, 1994, p. 293).

El *reencuadre o reestructuración* es una estrategia, basada en una epistemología constructivista. Reestructurar implica cambiar el marco conceptual o emocional en el que se experimenta una situación y ubicarla dentro de otra estructura que aborde los hechos igualmente bien, pero cambiando el sentido de los mismos (Watzlawick et al., 1976, p. 120). Es una forma de comunicación persuasiva. El proceso de reestructurar tiene diversos niveles de complejidad desde redefiniciones cognoscitivas de una idea o conducta, la utilización de metáforas, hasta reestructuraciones paradójicas. El objetivo es romper la lógica rígida del paciente. Desde el punto de vista sistémico, la reestructuración es una manera de introducir información nueva, que cuestiona el sistema de creencias y valores, esta información genera confusión y prepara al sujeto a aceptar nuevas

formas de comportamiento, para generar un cambio tipo 2 (Nardone & Watzlawick, 1992, pp. 91-93).

Las *órdenes de comportamiento* son instrucciones que se dan al cliente y tienen la función de que éste experimente el cambio de manera concreta. Pueden ser prescripciones directas y claras sobre las acciones que se harán; o bien, se puede sugerir cierto tipo de comportamientos, que escondan los verdaderos objetivos del terapeuta e intentan desplazar la atención del síntoma a la tarea preescrita. Otro tipo de prescripciones son las paradójicas, éstas pueden clasificarse en generales y específicas (Fisch, Weakland & Segal, 1984, pp. 147-196). Las intervenciones generales no están relacionadas con algún tipo específico de problemática, pueden ser útiles para preparar el terreno de las intervenciones específicas. Los tipos de instrucciones que incluyen son: no apresurar los peligros de una mejoría, un cambio de dirección y cómo empeorar el problema. Mientras que, las intervenciones específicas están enfocadas a cierta problemática concreta. Este grupo comprende cinco tipos de instrucciones que se describen a continuación:

- *El intento de forzar algo que sucede de manera espontánea.* Está diseñada para problemas de funcionamiento corporal o rendimiento físico, en el que se prescribe el síntoma, con el argumento de que se necesita más información sobre éste y se contrarresta el intento del paciente de superar el problema.
- *El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Está enfocada a problemas con estados de ansiedad frente a un estímulo, que conducen a la evitación de éste, por ejemplo: fobias, miedo a hablar en público y timidez. La indicación es, que el cliente se exponga al estímulo y experimente la emoción que le provoca, sin que trate de controlarla.
- *El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Es la pauta establecida en riñas conyugales, conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes, problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada, etc. La estrategia para interrumpir este tipo de interacción, en donde uno

exige sumisión y respeto al otro, es sugerirle al miembro más interesado en el cambio que adopte una posición de inferioridad, que exprese peticiones directas en vez de quejas; una estrategia común en este tipo de intervención es el sabotaje benévolo.

- *El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* Se identifica con un modelo de la sentencia: “me gustaría que lo hiciese pero más me gustaría que quisiera hacerlo”, que se presenta en algunos conflictos de pareja o problemas de crianza infantil. La forma de apartar al sistema de este impulso es motivar a que se realicen peticiones directas y precisas, en lugar de quejarse.
- *La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.* Refiere al ciclo de interacción en que un miembro acusa al otro de algo específico. La solución planteada, en este caso, consiste en que el acusado acepte las sospechas del acusador hasta llegar al absurdo, de tal manera que esto rompa el ciclo acusación-defensa.

Terapia centrada en las soluciones

Representantes: Steve de Shazer,
Bill O'Hanlon e Insoo Kim Berg.

Inicio: 1982.

Lugar: Milwaukee, EE.UU.

Antecedentes

Se reconoce como fundador de este enfoque a Steve de Shazer quien fue alumno de Watzlawick, Weakland y Fisch, en el MRI. En 1982, él decidió fundar el Centro de terapia familiar breve, en Milwaukee, e integró un grupo de trabajo entre los que figuran Bill O'Hanlon, Insoo Kim Berg, Alex Molnar y Wally Gingerich. En un principio, este grupo manejaba el modelo de terapia breve de Palo Alto (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 305). Sin embargo, sus ideas cambiaron para dar cuerpo a una forma de intervención psicoterapéutica muy diferente al enfoque del MRI. Hudson O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) refieren que un evento importante fue la *muerte de la resistencia*, es decir cuando el grupo decidió desechar el concepto de resistencia en la práctica clínica (que caracteriza a los modelos estratégicos); así también, dejaron de centrarse en el problema, para identificar las soluciones y amplificar las secuencias éstas.

Premisas o supuestos

El modelo es una evolución del modelo de terapia breve del MRI. Esto implica que los fundamentos teóricos que lo estructuran son la teoría de los sistemas y teoría de la comunicación humana; en síntesis, está enmarcado en el modelo cibernético. Sin embargo, a diferencia de los demás modelos estratégicos, este modo de intervención enfoca el trabajo hacia las soluciones y el futuro. Berg y Miller (1992) especifican los supuestos del modelo de la siguiente manera:

- ∅ *Énfasis en la salud mental.* Es decir, asumir que los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus problemas.
- ∅ *Utilización.* Permite enfocar las fuerzas, los recursos y los atributos de los pacientes, para guiarlos hacia los resultados que desean lograr.
- ∅ *Mantener una visión atórica, no normativa, determinada por el paciente.* Busca formular un tratamiento que se adapte a las diferencias de la persona, evitando la adopción de verdades patológicas o normativas del malestar.
- ∅ *Parquedad.* Este supuesto sugiere utilizar los medios más simples y directos para llegar a un fin, sólo se necesitan cambios mínimos para empezar a resolver las dificultades, posteriormente la persona generará nuevos cambios por sí misma.
- ∅ *El cambio es constante.* Asume que el cambio es parte de la vida, por tanto el paciente ha empezado a cambiar antes de entrar en tratamiento. En este sentido, el rol de terapeuta es identificar y ampliar los cambios.
- ∅ *Orientación hacia el presente y el futuro.* En el proceso de entrevista se aleja al paciente del pasado y del problema; orientándolo hacia el futuro y la solución. Lo que los pacientes informan del pasado es entendido como un reflejo de la manera en que ellos están viviendo sus vidas en el momento actual.
- ∅ *Cooperación.* Significa trabajar junto con el otro. No sólo el paciente debe cooperar trabajando con el terapeuta, sino que éste también debe trabajar con el paciente.

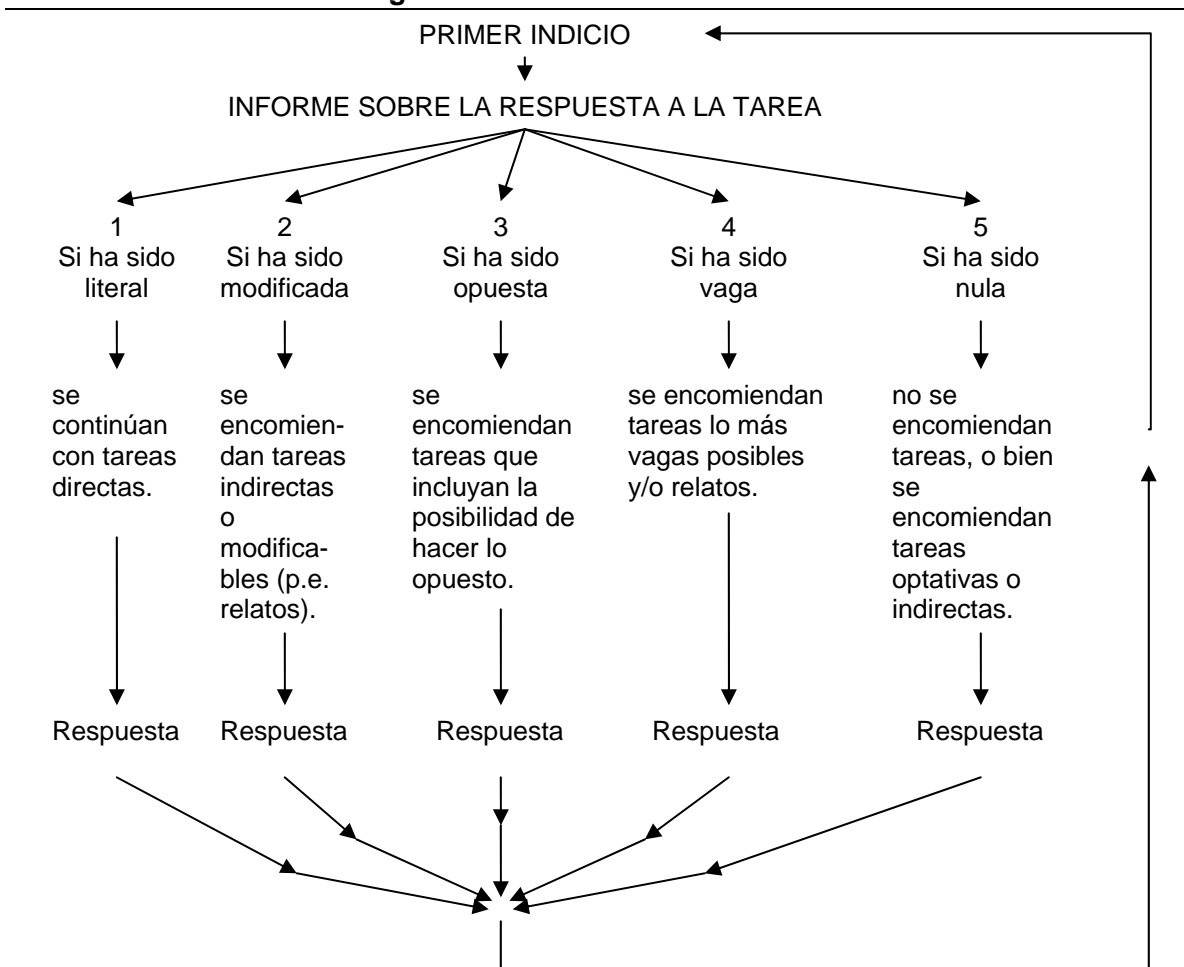
Conceptos del modelo

QUEJA: Es una construcción compleja que involucra la conducta generada por la visión del mundo que tiene el cliente. El mapa del mundo que el cliente tiene, determina los criterios o ideas sobre cómo encarar una dificultad, sobre lo correcto o lógico que puede hacerse, haciendo que la queja (conducta problemática) se mantenga. De tal manera que, el cliente se comporta como si estuviera

entrampado en la alternativa de hacer más de lo mismo, que no ha funcionado. La lógica de su comportamiento es la de “esto” o “aquello”.

ÁRBOL DE LAS DECISIONES: de Shazer (1987) presenta un esquema sobre las decisiones del terapeuta con respecto a las intervenciones o tareas utilizadas tomando como información las respuestas del cliente frente a éstas. El árbol de las decisiones es un concepto aterrizado para dejar de hacer más de lo mismo que no funciona y hacer más de lo mismo que ha dado resultado (ver Figura 7). En la terapia es una guía sobre las intervenciones exitosas, a partir de la respuesta del cliente ante las tareas que se le asignan.

Figura 7. El árbol de las decisiones.



Fuente: de Shazer, S. (1987) *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Paidós. p. 92

Descripción del modelo

Los primeros pasos en el proceso terapéutico están centrados en la construcción de la queja, el enfoque en las conductas que si han funcionado (soluciones) y la amplificación de los cambios. Para la reconstrucción de la queja se pueden partir de diversos elementos como significados, trozos de secuencias o conductas, frecuencia, grado de involuntariedad, estados fisiológicos, el pasado, predicciones sobre el futuro, expectativas utópicas, el ambiente, qué o quién tiene la culpa, ubicación física, otros significativos involucrados y trozos de secuencias o conductas (de Shazer, 1986, p.47). Para identificar estos elementos es necesario prestar atención a la descripción que el cliente tiene de su malestar.

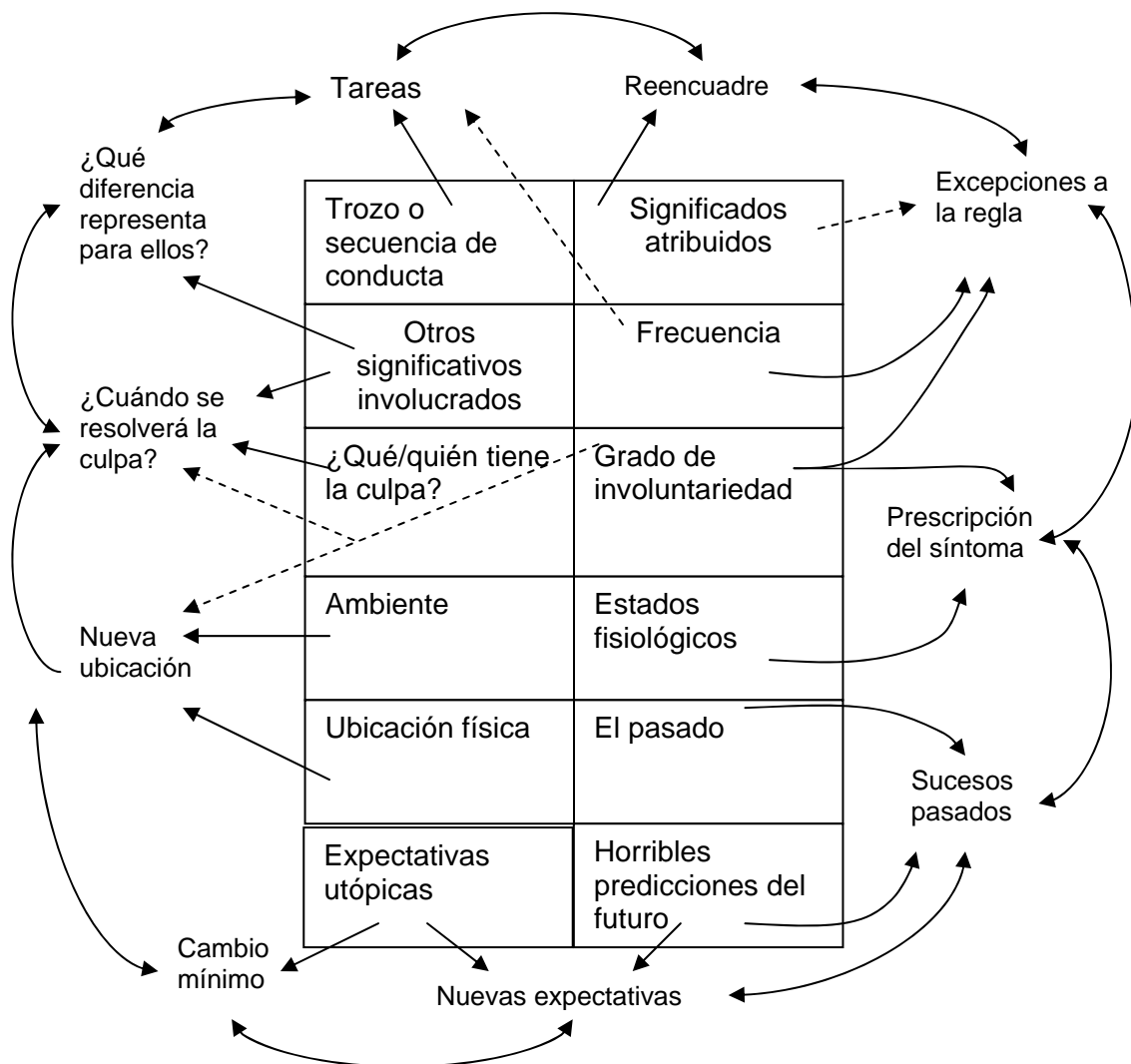
Según la Figura 8 cada elemento representa una puerta distinta para llegar a la solución. Entonces, terapeuta y cliente deben estimar conjuntamente cuál es la puerta con más probabilidad de ser abierta. Para la construcción de la solución se necesitan cambios mínimos, una vez que el cambio se ha generado el cliente continuará con cambios adicionales.

Se considera que los clientes con frecuencia presentan su queja en términos de “o esto o aquello”, y en tales situaciones, es útil para el terapeuta construir el problema en términos de “esto y aquello”. Las ideas sobre el cambio se basan en la visión de cómo sería la realidad si no se presentara la queja en particular, de tal manera que se trata de construir una escena diferente de la realidad una vez que se ha alcanzado la meta terapéutica. Es necesario sugerir el encuadre o los encuadres nuevos, la nueva conducta basada en cualquier encuadre nuevo puede promover la resolución del problema por parte del cliente. Por último, desde la visión sistémica, se considera que un cambio en un elemento o relación afectará a los demás elementos y relaciones que componen el sistema (efecto bola de nieve) y será el terapeuta quien se hará cargo de amplificar estos cambios.

Una etapa importante en el proceso, es la negociación de los objetivos. Según Berg y Miller (1992), los criterios para la construcción de los objetivos son:

- Tener importancia para el paciente.
- Ser limitados (indicar el cambio mínimo).
- Ser concretos y formulados en términos de conducta.
- Ser proactivos (plantear que se hará en un futuro).
- Especificar cuáles son los primeros pasos que se darán para lograr el resultado deseado.
- Realistas y alcanzables.
- Se debe percibir “trabajo duro” por parte del paciente.

Figura 8. Esquema de la transformación de las quejas en soluciones.



Fuente: de Shazer, S. (1986). Claves para la solución en terapia breve. Buenos Aires: Paidós terapia familiar. p. 48.

En la etapa de amplificación y mantenimiento de los cambios un elemento importante es la utilización del árbol de las decisiones, es decir, a partir de la magnitud de los cambios, que el cliente percibe, se diseñan las intervenciones que han resultado exitosas en ese caso específico.

Técnicas e intervenciones

Las dos principales líneas de intervención, en la terapia enfocada a las soluciones, son: la proyección al futuro y el trabajo con las excepciones (de Shazer, 1986, pp. 33-34; Hudson O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990, p. 53).

Tabla 7. Intervenciones y técnicas del modelo de soluciones.

<i>Intervenciones</i>	<i>Técnicas</i>
Técnicas de unión.	<ul style="list-style-type: none"> — Adaptarse al lenguaje del cliente. — Adoptar la modalidad sensorial del cliente. — Encauzar el lenguaje del cliente.
Preguntas presuposicionales.	<ul style="list-style-type: none"> — Preguntas orientadas a futuro. — [Pregunta del milagro. — Elogio.
Prescripciones para el cambio.	<ul style="list-style-type: none"> — Desenmarcado y Reenmarcado. — [Uso de analogías. — Fórmulas para el cambio. — [<ul style="list-style-type: none"> — Tarea de fórmula de la primera sesión. — Tarea sorpresa para parejas o familias. — Tarea genérica. — Escalas. — Intervenciones en la pauta. — Intervenciones paradójicas.

Hudson O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) presentan las técnicas más comunes, que pueden agruparse en técnicas de unión, preguntas presuposicionales y prescripciones para el cambio.

- *Técnicas de unión:* Para el modelo de soluciones el desarrollo de la primera sesión es primordial para el éxito de la terapia. El objetivo durante esta etapa es centrar la atención del cliente en las excepciones, soluciones y recursos. Para ello se pueden realizar la adaptación al lenguaje del cliente (utilizar las mismas palabras, frases o metáforas que refiere); adoptar la modalidad sensorial (que implica hacer corresponder los verbos y predicados con las modalidades sensoriales que está utilizando el cliente); posteriormente, cuando se ha establecido el rapport, se puede encauzar el lenguaje del cliente (el terapeuta facilita nuevos significados de estas palabras en una dirección productiva o emplea palabras distintas).
- *Preguntas presuposicionales:* Se llaman así al tipo de preguntas que están diseñadas como intervenciones porque intentan influir sobre las percepciones del cliente para dirigirlo hacia la solución. La formulación de estas preguntas enfoca los recursos y el cambio, presupone que éstos están presentes en la vida del cliente. Dentro de este grupo, caben las excepciones, las preguntas orientadas a futuro, la pregunta del milagro, el elogio y los demás tipos de variantes que el terapeuta pueda crear.
- *Prescripciones para el cambio:* Lo que se intenta hacer en el modelo es cambiar la forma de actuar o de ver la situación percibida como problemática y evocar recursos, soluciones o capacidades que aplicarse a dicha situación. Las técnicas comprendidas en esta categoría de intervención son el desenmarcado, el reenmarcado, las analogías, la tarea de fórmula de primera sesión, la tarea sorpresa, las escalas, la tarea genérica, las intervenciones en la pauta y las intervenciones paradójicas.

Modelo de Milán

Representantes: Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo,
Gianfranco Cecchin, Guiliana Prata.

Período: 1963-1990.

Lugar: Milán, Italia.

Antecedentes

El modelo de Milán es producto de una continua investigación en el trabajo con familias de anoréxicos y psicóticos. Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1987) lo describen como un modelo que ha evolucionado hacia formas nuevas y diferentes. El grupo de investigación inició en 1963, predominando la orientación psicoanalítica como marco conceptual de tratamiento. En 1971, decidieron adoptar el modelo de terapia breve del MRI. Los conceptos y metodología de trabajo del grupo de Milán cambiaron paulatinamente, de tal manera, que en 1975, guiados por las lecturas de Bateson (Pasos hacia una ecología de la mente), iniciaron una nueva etapa que Mara Selvini Palazzoli y colaboradores (en Selvini, 1990, p. 39) denominaron “la metáfora de juego”. A finales de 1982 el grupo decidió separarse. Boscolo y Cecchin se orientaron al desarrollo de métodos de entrenamiento en psicoterapia sistémica; por otro lado, Selvini Palazzoli y Prata continuaron la línea de la investigación con pacientes anoréxicas (Tomm, 1984a, p.116; Selvinni, 1990, p. 358). A partir de esta separación, Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) reconocen dos etapas posteriores en el desarrollo del modelo: la prescripción invariable (1979-1985) y la revelación del juego (1982-1987). Por otro lado, Boscolo y Cecchin refieren la introducción de otros elementos filosóficos y epistemológicos en el desarrollo del modelo.

Premisas o supuestos

La adopción del modelo sistémico volcó la mirada hacia las relaciones más que al individuo. En un principio el grupo de Milán derivó su teoría sobre la patología a partir de los trabajos de Bateson sobre el doble vínculo, entendiendo que la familia con miembro psicótico tenía una epistemología confusa, interactuando en un círculo vicioso, en donde nadie resulta claramente ganador o vencedor. Así también, adoptaron el enfoque estratégico del MRI, de tal manera que las principales premisas incluían los juegos familiares no reconocidos en la familias en transacción esquizofrénica, juegos en donde los miembros de la familia se esfuerzan por lograr el control de las conductas y el rol del terapeuta es explicitar estos juegos o, bien, interrumpirlos (Boscolo et al., 1987, p. 22; Selvini, 1990, p. 268).

Tomm (1984a) refiere ciertos aspectos de los supuestos que caracterizan al grupo de Milán, a finales de los ochenta, los cuales se sintetizan a continuación:

- ∅ Una epistemología circular que apuntala hacia las pautas de relación interrelacionadas en el sistema familiar.
- ∅ La noción de que el fenómeno psíquico ocurre dentro de un contexto de relaciones sociales.
- ∅ La atención a las pautas de relación interconectadas entre sí que se observan en los sistemas familiares; pautas que han sido aprendidas por ensayo y error, por lo que se requiere que encuentren nuevas formas de relación adecuadas: “no sirven las explicaciones es necesario que la familia haga algo”.¹
- ∅ Retomando la noción de Bateson sobre la cualidad de la mente de interactuar y reorganizarse a partir de las diferencias y de las relaciones sobre éstas, se considera que el cambio se logra a partir de la introducción de información en el sistema, estableciendo diferencias y generando conexiones sobre las relaciones al interior de las familias.

¹ Selvini, M. (comp.) (1989). Crónica de una investigación. México: Paidós. p. 247.

∅ Y por último, considera que el terapeuta forma parte del sistema de relación observado, ya que en la terapia, familia y terapeutas conforman un nuevo sistema.

Selvini Palazzoli et al. (1999) menciona dos motivos que hicieron dejar el método paradójico. El primero, refiere que tomaron más conciencia del rol de tutela que se tiene como terapeutas hacia los miembros más débiles de la familia, por lo que la neutralidad, definida como equidistancia, representaba el riesgo de no cumplir este rol. Y la segunda es que cobró importancia la idea del insight, “la revalorización de la idea del insight, es decir, de la importancia de una reconstrucción del significado de la propia historia de sufrimiento, idea inicialmente ajena a la terapia sistémica” (Selvini Palazzoli et al., 1999, p. 23).

En la siguiente etapa del grupo, el uso de la prescripción invariable, corresponde a una etapa experimental y a la vez de transición, que facilitó al grupo asumir una perspectiva diferente sobre el juego familiar e implicó atender más la individualidad de los miembros de la familia, identificar las disfunciones relevantes en las formas de relación triádicas que son nocivas para la paciente (embrollo e instigación) y formular un modelo diacrónico de la anorexia, en seis estadios.

Mediante este modelo explican el surgimiento de la psicosis a través de una serie de etapas sucesivas en la formación de una pauta de interacción disfuncional; etapas que inician con un tipo de juego relacional en la pareja, denominado impasse y que culmina con la etapa donde las estrategias del juego están basadas en la utilización del síntoma de la paciente (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1993, pp. 173-184).

En la etapa de la revelación del juego, Selvini Palazzoli et al. (1999) define la forma de pensar de su equipo como multidimensional. Con esto, se introdujo la noción de individualidad, como elemento importante de las relaciones familiares. Entendiendo que, un grupo de síntomas están relacionados con cierto tipo de personalidad de la paciente y cierto tipo de familia; además de considerar otras dimensiones como son: el tiempo, la evolución y los factores socioculturales. Al retomar los conceptos de evolución y tiempo introducen en la terapia la

exploración de la historia de cada miembro de la familia (paciente, hermanos y padres). Lo que implica la indagación de la historia de la relación de los padres con su familia de origen. Es decir, el sondeo de las relaciones a través de las tres generaciones de la familia.

Otro aspecto de este período, es la búsqueda de que la familia pueda entender y comprender el cómo y el porqué del padecimiento, y puedan sentirse parte del proceso del cambio; también se introduce la empatía como actitud del terapeuta con la familia y la paciente. Con esta perspectiva, el grupo de Selvini Palazzoli retoma la dimensión individual, sin dejar de lado la perspectiva relacional. A diferencia de los dos métodos anteriores en los que los miembros de la familia se sentían culpabilizados, cuestionados o secundarios a la terapia y el equipo intentaba crear los cambios a través de estrategias encubiertas para la familia; en el método de la revelación del juego se considera que la colaboración de la familia y la transparencia de las intervenciones son los principios claves de la relación terapéutica.

Conceptos del modelo

El modelo de Milán puede ubicarse dentro de la cibernética de segundo orden, ya que retoma el rol del terapeuta como miembro del mismo sistema que observa. En este sentido, el grupo aportó tres nociones importantes a la psicoterapia familiar: hipotetización, neutralidad y circularidad; a partir de la evolución del modelo, estos conceptos han sido modificados o refutados.

NEUTRALIDAD: En un primer momento, fue definida como la capacidad del terapeuta para evitar activamente la aceptación de cualquier posición dada, como si ésta fuera más correcta que otra. En donde el terapeuta asume una posición equidistante, con relación a: cada miembro de la familia como individuo y a sus patrones de interacción (Toom, 1984b. p. 261); de tal manera que el terapeuta se permita explorar los puntos de vista, considere la complejidad de la interacción y propicie la emergencia de las múltiples descripciones o explicaciones de la

interacción. Como ya se mencionó en el apartado anterior, Selvini Palazzoli consideró que la neutralidad puede poner en riesgo el rol de tutela, que el terapeuta tiene frente a los miembros más débiles del sistema; entendiéndolo ahora como equicercanía. De forma paralela, Cecchin (1989) reformula el concepto de neutralidad, entendiéndolo como la creación de un estado de curiosidad y posteriormente como irreverencia.

HIPOTETIZACIÓN: El empleo de esta técnica implica, para el terapeuta y equipo, una actividad conceptual de construir conjeturas alternativas sobre lo que sucede en el sistema familiar en relación al problema que presentan. Esta actividad tiene como función generar suposiciones que guíen las intervenciones del terapeuta (Cecchin, 1989, p. 15) y debe estar complementada con la retroalimentación en el sistema terapeuta-familia (Tomms, 1984b, p. 258). Los lineamientos para la formulación de hipótesis señalan que debe ser sistémica, es decir, debe incluir a todos los componentes de la familia, y debe sugerir una suposición concerniente a la función relacional total. Las fuentes para la elaboración de las hipótesis son: la información que se tenga de la familia; la experiencia previa del terapeuta y equipo con otras familias, problemas o patrones de interacción similares; la teoría y los acontecimientos específicos que suceden en la entrevista (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, (1990, p. 5).

CIRCULARIDAD: El terapeuta, guiado por el proceso de hipotetización sistémica, realiza la entrevista sobre la base de retroalimentación de la familia en las respuestas a las preguntas que realiza sobre sus relaciones, sobre la diferencia y el cambio (Selvini Palazzoli et al., 1990, p. 3). La circularidad permite al terapeuta realizar las conexiones sobre las relaciones existentes en la familia, cuestionar el sistema de creencias que se han establecido como verdades e introducir nueva información que propicie una reestructuración cognitiva, conductual y/o emocional (Cecchin, 1989, p. 16). El método que aplica el principio de circularidad es nombrado cuestionamiento circular. Éste es útil para desarrollar, depurar o descartar hipótesis, que el terapeuta y equipo tienen sobre la familia. El

cuestionamiento circular se compone de preguntas, fundamentadas en la suposición de que la información emerge a partir de las diferencias y de que el significado de una conducta es derivado de su contexto social (Selvini Palazzoli et al., 1990, p. 3).

SÍNTOMA: Este es un concepto que se fue transformando a la par del modelo de atención a la anorexia. En la fase del método paradójico, se entendía al síntoma como un tipo de conducta para controlar a los demás; en la etapa de revelación del juego se entendía como el “comportamiento activo, como elección o huelga de hambre no declarada, o bien, en el otro extremo, como sacrificio abocado a favorecer el equilibrio psíquico de los miembros de la familia más débiles o incapaces” (Selvini Palazzoli et al., 1999, p. 60).

Descripción del modelo

Selvini Palazzoli y colaboradores (1999) identifican tres elementos comunes entre el métodos paradójico, el de la prescripción invariable y el de la revelación del juego, que son: la integración a la terapia de toda la familia nuclear desde la primera sesión; el objetivo de proporcionar a toda la familia una interpretación diagnóstica, que involucre el síntoma con las relaciones familiares y, el último elemento, se relaciona con la brevedad del tratamiento y el período de un mes entre sesiones. En la Tabla 8 se identifican a detalle las diferencias y semejanzas de los tres métodos.

El método paradójico, se caracterizó por dos etapas. La primera enfatizaba el rol central de la paciente y la importancia en el diseño de intervenciones, entre las que destacan la connotación positiva, la contraparadoja y los rituales familiares. En el trasfondo de éstas, se encontraba la idea de que la familia tenía que hacer algo para cambiar. En esta etapa, las sesiones se estructuraban en cinco momentos como son: la presesión, sesión de entrevista, discusión de la sesión, intervención y postsesión (Tomm, 1984b, p.253). Esta etapa se caracterizó por el espacio que el equipo se brindaba, para compartir con el terapeuta sus

comentarios, hipótesis y construir de forma conjunta la intervención final, entendida como una bomba que movería al sistema familiar. Toom (1984b) aclara que el modelo de Milán no se centra en el trabajo de sesión en cinco momentos, sino que se centra en la epistemología circular. En la última fase del método paradójico, el equipo de Milán consideraba a la entrevista como intervención, es decir, si los terapeutas se guiaban de acuerdo a los principios de hipotetización, circularidad y neutralidad podría no requerirse de una intervención final (Selvinni Palazzoli et al., 1990, p. 8).

Con el método de prescripción invariable se trataba de introducir un mismo tipo de prescripciones para obtener información sobre el juego relacional de la familia.

En la etapa de revelación del juego se estructura el tratamiento en tres fases: el primer contacto, los coloquios y la consulta familiar. El primer contacto con la familia es vía telefónica y se busca brindar información sobre el método de trabajo, concientizar sobre la necesidad de que la familia colabore con el proceso y decidir quiénes participarán en los coloquios preliminares.

La fase de coloquios comprende entrevistas dirigidas a fomentar el contexto de colaboración y comunicación abierta; en el primer coloquio se recoge información sobre la historia del problema, se brinda una explicación sobre la anorexia utilizando algunos datos significativos de la paciente, se propone a la familia el trabajo conjunto para entender su problemática, es decir sensibilizarla para colaborar en el trabajo terapéutico. En el segundo coloquio se obtiene información de los eventos significativos en la historia de cada miembro de la familia, como estudio, trabajo, vida social, salud, etc.

Las dos primeras fases promueven la motivación y compromiso de los miembros de la familia al trabajo psicológico del problema de la anorexia. Estas etapas están a cargo de un solo terapeuta, ya que no es necesaria la participación del equipo. Este terapeuta no necesariamente es el que estará a cargo del tratamiento. El equipo y terapeuta responsable participan hasta la fase de sesiones de consulta familiar.

En las sesiones de consulta familiar se busca construir una hipótesis de

Tabla 8. Evolución del Modelo de Milán.

<i>Período</i>	<i>Método paradójico</i>		<i>Prescripción invariable</i>	<i>Revelación del Juego</i>
	<i>Interventismo 1971-1975</i>	<i>Metáfora del juego 1975-1978</i>	<i>1979-1985</i>	<i>1982-1987</i>
<i>Integrantes del equipo</i>	Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata.		Selvini Palazzoli, Prata.	Selvini Palazzoli, Prata, Sorrentino y Selvini Mateo.
<i>Influencias teóricas</i>	Teoría de los sistemas de von Bertalanffy, Cibernética, Teoría de la comunicación humana, Pasos hacia una ecología de la mente de Bateson.			Bolwby, Kohut.
<i>Características del método</i>	Connotación positiva. Reformulación paradójica. Rituales familiares. Regla del intervalo mensual.	Basado en los principios de hipotetización, neutralidad, circularidad. Intervenciones no verbales: rituales, prescripciones simples, prescripciones ritualistas. Mensaje final como momento decisivo de la terapia.	Período de investigación y transición. Este experimento permitió al grupo descubrir la importancia de la individualidad de cada miembro de la familia en el juego familiar.	Interés en la reconstrucción del juego familiar. Se abandona la connotación positiva. Mantienen una perspectiva multidimensional: síntoma, personalidad, relaciones familiares: tres generaciones.
<i>Posición del terapeuta</i>		Neutralidad entendida como equidistancia		Equicercanía, empatía.
<i>Características de las intervenciones</i>	Fuerte alianza con la paciente. Alianza no explícita con todos los miembros de la familia por medio de la connotación positiva. Centrados en las sesiones familiares La paciente tiene un rol central. Entrevista con la familia dividida en presesión, primera parte de la entrevista, intersesión, segunda fase de la entrevista.	Centrados en introducir información al sistema familiar El estudio del juego implica analizar el trasfondo de éste, a través de los mitos, creencias, estereotipos o modas compartidas por la familia.	Dirigido a romper escaladas de hiper-protectividad y desconfianza hacia la paciente. Realizar un movimiento estructural entre las generaciones. Unir a los padres en una relación solidaria.	Intervenciones directas y explícitas en dirección del cambio. El trabajo de construcción de la hipótesis coherente sobre los factores del síntoma es un objetivo común entre familia y terapeutas. Confianza en los recursos de la paciente. Fases de tratamiento: toma a cargo, coloquios preliminares, consulta familiar.

Fuente: Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987) Terapia familiar sistémica de Milán. Argentina: Amorrortu.

Selvini, M. (comp.) (1990). Crónica de una investigación. México: Paidós.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. (1999). Muchachas anoréxicas y bulímicas. España: Paidós.

forma articulada y relativamente precisa sobre los factores que generaron el síntoma, en colaboración entre el equipo y la familia; así también, explorar los recursos en la familia para el cambio. Las características del método son: la reconstrucción del juego familiar y las indicaciones explícitamente en dirección al cambio; se abandona la connotación positiva.

Intervenciones y técnicas

Uno de los cambios más evidentes en el proceso de evolución del modelo de Milán, refiere al tipo de intervenciones. Tal y como Selvini (1990) lo enuncia los primeros años del método paradójico, estuvo caracterizado por la creación de técnicas que pudieran mover al sistema, entre éstas destacan:

- La connotación positiva: es una aprobación de las conductas, especialmente patológicas que tienen los miembros del sistema familiar, es una metacomunicación (sobre el sistema) que posee las características de confirmación (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1974, en Selvini, 1990, p. 139).
- *Rituales*: son las acciones simbólicas, que se prescriben a la familia. El equipo selecciona las conductas, ideas o eventos actuales, de acuerdo a la hipótesis que se tenga de la familia. Se introducen el elemento temporal, definiéndose de forma clara los momentos y secuencias de las acciones que componen el ritual, con el objetivo de aclarar patrones caóticos y confrontar contradicciones inherentes que no están reconocidas (Tomm, 1984b, p. 23).
- Prescripción paradójica: entendida también como contraparadoja. Selvini (1990) menciona que no existe un concepto claro de este tipo de intervención; sin embargo, señala algunas características, como son: está orientada a alterar las premisas y las percepciones de la familia; es opuesta a las premisas disfuncionales de la familia. Dentro del proceso de abandono de las intervenciones, por parte del grupo de Milán, se identifica el

cuestionamiento circular, como la forma en que el terapeuta formula preguntas, para evidenciar conexiones entre personas, acciones, percepciones, sentimientos y contextos, bajo los supuestos de causalidad circular y neutralidad. Algunos autores, han llamado a este tipo de cuestionamiento “chismear en frente de la familia”; es un tipo de preguntas que establecen una conexión triádica, preguntar a un tercero su percepción sobre otros dos. Las *preguntas circulares* se categorizan en las que se dirigen a la definición del problema, las que exploran secuencias de interacción, las de clasificación/comparación y las de intervención (Nelson & Rosental, 1986, p.117; Selvini Palazzoli et al., 1990, pp. 5-7).

- La *prescripción invariable* trata de una serie de indicaciones destinadas a establecer límites entre las generaciones; así como, romper con la pauta de interacción que mantienen los padres hacia la hija anoréxica. Entre sus características, se tienen la consulta sólo con los padres, y es explícito ante todos los miembros de la familia que tienen que mantener en secreto lo que se habla en la terapia. Las siguientes indicaciones se relacionan con salidas de los padres, “desapariciones” por ciertos tiempos, salidas que se realizan sin aviso previo, sin dar detalles de la actividad a los demás, solamente una nota que informe sobre el horario y/o fecha del regreso. Ya dentro de las sesiones, se recoge, a detalle, las reacciones que causan estas “desapariciones” en la familia.

En la etapa de revelación del juego se abandona por completo el uso de la intervención “bomba”. La estrategia es dejar de lado el síntoma y centrarse en las circunstancias o factores que promueven la expresión de esta conducta, es decir, se hace énfasis en los factores familiares, facilitando que los padres de forma individual reflexionen sobre sí mismos y el efecto de sus propios comportamientos en la hija. El método de trabajo está dirigido a la exploración de los subsistemas generacionales: padres e hijos, a explorar las historias de los padres dentro de sus respectivas familias de origen y a promover en los hijos el conocimiento de esta historia.

Modelo narrativo

Representantes: Michael White y David Epston.

Período: 1988.

Lugar: Nueva Zelanda y Australia.

Antecedentes

El desarrollo de la terapia narrativa parte del análisis de las ideas formuladas por Bateson, las ideas de Michael Foucault sobre la relación entre conocimiento y poder, así como las ideas de Erving Goffman y Jacques Derrida. En 1990, White se enfoca al estudio del construccionismo social, con la revisión de los trabajos de Gergen y Davis; así como, también recibe influencia de la psicología narrativa de Bruner. A partir de que White aplicó las ideas de Foucault a la práctica clínica con niños que padecen encopresis, su trabajo evolucionó paulatinamente hasta dar cuerpo a la terapia como si se tratara de un texto (Bertrando & Toffanetti, 2004, pp. 314-315).

Epston trabajaba sobre la metodología de la antropología y de los estudios etnográficos y transculturales, la cual se encuentra muy cercana a la práctica terapéutica de White. El trabajo desarrollado por Epston se caracteriza por la escritura de cartas, como una forma de releer los que los clientes han dicho en terapia; así como de reforzar la objetivación del problema al plasmarlo en papel (Bertrando & Toffanetti, 2004, pp. 316-317).

Premisas o supuestos

White y Epston (1993) sustentan el modelo en las nociones siguientes:

- ∅ *El mapeo de eventos a través del tiempo es necesario a fin de percibir la diferencia y el cambio.* Bateson desarrolló la idea de “la diferencia que hace la diferencia”, argumentando que la comprensión que se tiene de un hecho o el

significado que se le atribuye está determinada y restringida por el contexto receptor, es decir las premisas que constituyen nuestros mapas del mundo. Esta interpretación está determinada por la forma en que un acontecimiento encaja en las pautas conocidas, llamado “proceso de codificación de la parte a partir de todo”. En este proceso, Bateson introduce la dimensión temporal, es decir las diferencias que el ser humano puede percibir se codifican en forma de acontecimientos (cambios) en el tiempo que son perceptibles (White & Epston, 1993, p. 20).

∅ *Las historias determinan el significado atribuido a la experiencia.* Bruner refiere que las estructuras narrativas organizan la experiencia y le dan sentido (White & Epston, 1993, p. 29). Mediante el discurso, se reconstruye la experiencia seleccionando ciertos aspectos de ésta; es así como, la principal aportación de Bruner es considerar que la narrativa no abarca la riqueza de vida en una persona, de tal manera que hay experiencias que quedan sin ser contadas. White y Epston (1993) mencionan que este relato moldea la vida y relaciones. Por ello, al tomar la metáfora del texto, proponen la deconstrucción de la historia, para hacer más densa la narrativa y recuperar los recursos para la vida (fortalezas, habilidades, etc.).

∅ *Reconstruir prácticas subyugadas permite nuevas formas de vida.* White retoma las ideas de Foucault, sobre la relación poder-conocimiento, que se sintetizan en dos clases de conocimientos: eruditos y subyugados; a partir de estos dos tipos de conocimientos, se desarrollan los discursos dominantes o de verdad y los alternativos o subyugados. De tal manera que la narrativa personal muchas veces es subyugada para mantener el *statu quo* en las relaciones de pareja, familia o comunidades. El *statu quo* en comunidades produce la normalización de prácticas que obligan y disminuyen los esfuerzos de la gente para dirigir su vida conforme a sus propias (intenciones, planes, proyectos). El conocimiento de los discursos alternativos puede ampliar la narración de la experiencia de una persona y por tanto liberarlo del discurso dominante, saturado del problema. Así también, a partir de las ideas de Foucault, sobre el poder, White propone ciertas prácticas que están inmersas

en la relación terapéutica, en donde se cuestiona el poder que ejerce el terapeuta, como figura de autoridad en la terapia (White, 1997, p. 155-187).

Conceptos del modelo

VIDAS INTEGRADAS: Concepto retomado de Bárbara Myerhoff (White, 1997, p. 40) que evoca la metáfora de un club de la vida; este concepto abre la posibilidad de reagrupar a las figuras de nuestra historia como miembros de ese club.

PANORAMA DE LA ACCIÓN Y PANORAMA DE LA CONCIENCIA: Conceptos tomados de Bruner (White, 1997, p. 36), quien refirió que los relatos tienen paisajes duales: el de la acción y el de la conciencia. El panorama de la acción está conformado por experiencias de acontecimientos, que reúnen secuencias que se desenvuelven en el tiempo y según tramas específicas. En tanto, el panorama de la conciencia o de la identidad resulta de la reflexión sobre los eventos del panorama de la acción, reflexión sobre qué significan esos eventos, respecto a los deseos, preferencias, cualidades, motivos, anhelos, compromisos y creencias en su relación con otras personas.

NARRATIVA DOMINANTE: Es el relato que la persona tiene sobre su problemática, conformado por descripciones que otros tienen acerca de ella y de sus relaciones; relatos que son insatisfactorios y cerrados, que no incluyen de forma suficiente la experiencia vivida de la persona (White & Epston, 1993, p. 31).

NARRATIVA ALTERNATIVA: Relatos que permiten representar nuevos significados, aportando con ellos posibilidades más deseables, que las personas experimentan como más útiles, satisfactorios y con final abierto.

EVENTOS EXTRAORDINARIOS: Son los momentos cuando está ausente el problema, incluyen toda una serie de sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, acciones, etc., que tienen una localización histórica, presente o

futura, y que el relato dominante no puede incorporar (White & Epston, 1993, p. 32; Lutes & Paravicini, 2004, p. 1).

Descripción del modelo

La terapia narrativa nombra como conversaciones de reescritura al proceso que busca la deconstrucción de las historias de identidad dominante, a la identificación y descripción de las historias alternativas de las personas. Durante las conversaciones de reescritura, las descripciones alternativas se integran a las diversas categorías de identidad, haciendo más densa la historia de vida. Estas categorías de identidad pueden abarcar descripciones de deseos, necesidades, intenciones, motivos, propósitos, intenciones, valores, creencias, objetivos, esperanzas, aspiraciones, etc. Descripciones que no se proponen como auténticas del yo o de la naturaleza humana, sino como parte de la diversidad de deseos, motivos o intenciones de los seres humanos. De tal forma que, con las conversaciones de reescritura se brinda el contexto para la emergencia de la multiplicidad de los relatos y del yo.

White (1997) refiere que la práctica narrativa está inmersa en el discurso cultural y, en los campos del conocimiento y del poder. Existe el riesgo de reproducir, consciente o inconscientemente, las relaciones de poder y de subjetividades dominantes. Así que propone asumir la responsabilidad de incorporar al trabajo terapéutico, ciertos procesos que sirvan para la identificación de las relaciones de poder y a la supervisión de los efectos de éstas en la vida de los consultantes y de los terapeutas. White llama a estos procesos prácticas de responsabilidad y prácticas de descentramiento. Ambas permiten poner límites, cuestionar o desestabilizar las relaciones de poder en la conversación terapéutica y ayudan a generar un contexto terapéutico más *igualitario*.

Las prácticas de descentramiento son: las conversaciones de reintegración, la narración y renarración de las historias de vida, la estructuración de foros de conocimiento, las prácticas de recepción y devolución, las prácticas de transparencia, las prácticas de reconocimiento, el foco sobre acontecimientos

extraordinarios y los actos de construcción de significados. Las prácticas de responsabilidad proponen una versión de compromiso ascendente, que lleva a la construcción conjunta, entre terapeuta y consultantes, del trabajo terapéutico. Esta forma de asumir la responsabilidad privilegia las voces de los clientes más que las expresiones de los terapeutas como expertos. White (1997) refiere que con estas prácticas se invita al terapeuta a un constante análisis su práctica clínica para asumir la responsabilidad ética de los efectos de su trabajo sobre la vida de los consultantes, "...las prácticas de la narrativa equivalen a asumir un compromiso con actividades que son realmente constitutivas de la vida" (White, 1997, p. 280).

Intervenciones y técnicas

El modelo narrativo, a diferencia de los modelos anteriores, hace énfasis en la postura del terapeuta más que en las intervenciones y técnicas. Se pueden identificar cuatro procesos, que podrían ser lo análogo a las intervenciones. Éstas son la externalización, la reautoría, las conversaciones de remembranza y las ceremonias de definición. White (1995) habla de un proceso zigzagueante, al mencionar el trabajo con el panorama de la acción y el panorama de la conciencia. Las intervenciones mencionadas también son parte de una práctica zigzagueante, ya que el terapeuta en las sesiones puede trabajar de forma simultánea con estas intervenciones, integrando y complementándolas, para formar un entramado de significado más amplio.

En la *externalización del problema* el primer paso es conocer y tratar de comprender la historia saturada del problema, para tener una idea sobre cómo el problema ha influido en la vida de la persona que consulta. Para explorar los efectos en la vida y en las relaciones se utilizan las *preguntas de influencia relativa del problema*. Lutes y Paravicini (2004) refieren que las conversaciones de externalización permiten separar a la persona del problema, descentralizarla y así, empezar a revisar y modificar la relación que la persona tiene con el problema.

El proceso de *reautoría* explora los eventos extraordinarios. Se elaboran preguntas sobre la influencia que la persona tiene sobre el problema para indagar

estos eventos: cuándo se dieron, con quién, los significados atribuidos y se relacionan con otros eventos, para engrosar la historia con eventos extraordinarios. En esta etapa, es muy frecuente realizar el entramado de significados alternando entre el panorama de la acción y panorama de la conciencia. De tal manera, que facilite la emergencia de narrativas alternativas, sobre la historia de vida del consultante.

Al referir las *conversaciones de remembranza* es importante mencionar que remembranza surge a partir del término *remember*, que alude a dos significados: el primero es volver a recordar y el segundo volver a ser miembro. Es así como, se puede entender que, esta práctica propicia que el consultante recuerde personas significativas de su pasado, que desearía volver a integrar a su club de vida. Este tipo de conversación es útil para ampliar la historia alternativa, al describir a los miembros del club de vida, la relación con ellos y el significado que se le atribuye a esa relación.

White (1997) señala que la característica de la *ceremonia de definición* es la inclusión de testigos externos a fin promover las prácticas de reconocimiento, así como las de recepción y devolución. Este grupo de testigos externos se les conoce como equipo reflexivo. En el trabajo con equipo reflexivo se tiene una primera etapa, que implica la escucha atenta de la conversación terapéutica, centrada en las cosas significativas de las narraciones; después, el equipo reflexiona en cómo podría retomarse lo escuchado en conversaciones de re-escritura de la vida y en cómo esta experiencia se vincula con experiencias propias de los miembros del equipo; para después, brindar reconocimiento de cómo lo escuchado ha transportado a los miembros del equipo a ciertas situaciones, contextos o significados.

Andersen (1994) propuso el concepto de equipo reflexivo. Él sugirió algunas líneas de acción y cuestionamientos al trabajar bajo esta modalidad de intervención. En una primera etapa el sistema de entrevista (cliente–terapeuta) es un sistema autónomo; cada miembro del equipo reflexivo escucha en silencio la conversación que se genera en el sistema de entrevista. La pregunta que Andersen sugiere para el sistema de entrevista es ¿De qué manera le gustaría

utilizar esta sesión? Así también, sugiere que el equipo reflexivo, mientras escucha se pregunte: ¿De qué otra forma puede explicarse la situación o el tema además de la(s) explicación(es) presentada(s)? (Andersen, 1994, p.59). La siguiente etapa, comprende el diálogo entre los miembros del equipo reflexivo presentando sus ideas sobre lo que han escuchado; en tanto que el sistema de entrevista escucha esta charla. Y en un tercer momento, el sistema de entrevista habla sobre las ideas que surgieron al escuchar las reflexiones del equipo; el entrevistador (terapeuta) cuida de no dar opiniones o consejos y se concentra en formular preguntas. Andersen, señala que después de la intervención del equipo reflexivo, es importante que sus miembros se pregunten: “¿Qué conversaciones tendríamos si todas las preguntas que se podrían hacer pero no se hicieron se hubieran hecho? ¿Qué hubiera ocurrido entonces? Y ¿Qué explicaciones se hubieran construido basadas en todas estas otras descripciones que no se vieron?” (Andersen, 1994, p. 60).

Modelo colaborativo

Representantes: Harlene Anderson,
Harold Goolishian, Lyn Hoffman.

Inicio: 1970.

Lugar: Galveston, Texas.

Antecedentes

El trabajo desarrollado por Anderson y Goolishian, desde 1986, en el Instituto de Galveston, ha tenido población canalizada de organismos de protección del menor, juzgados de familia y albergues para víctimas de violencia intrafamiliar.

Las influencias de este modelo, principalmente son: el construccionismo social y la hermenéutica filosófica contemporánea. Bertrando y Toffanetti (2004) refieren que existen influencias terapéuticas, que enfatizan el rol creativo y activo de los clientes más que la persona del terapeuta, tales como Bion, Winnicott y Rogers. En síntesis, estas influencias enfatizan el significado construido mediante el lenguaje y la interacción social.

Premisas o supuestos

Anderson (1997) señala las siguientes premisas como fundamento de su enfoque:

- ∅ Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
- ∅ Son más formas de acción social, que procesos mentales individuales independientes, cuando construyen realidad.
- ∅ Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
- ∅ La realidad, y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias o acontecimientos de nuestra vida, son fenómenos

interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.

- ∅ El lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo; y opera como una forma de participación social.
- ∅ El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y en nuestras prácticas cotidianas, donde también se genera.

Conceptos del modelo

PSICOTERAPIA: Es un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico, que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas –una búsqueda conjunta de posibilidades. // Conversación o diálogo entre (en voz alta) y dentro de (en silencio) un cliente y un cliente con un terapeuta (Anderson, 1997, p. 28).

CONVERSACIÓN DIALÓGICA: Concepto propuesto para entender a la terapia. Se entiende a la conversación como un fenómeno lingüístico o un proceso generativo mutuo (cliente-terapeuta), en el cual emergen nuevos sentidos: diferentes maneras de ser, explicar o puntuar las experiencias vividas (Anderson, 1997, p. 155).

Descripción del modelo

Anderson (2001) introduce el concepto de postura filosófica que alude al rol que tiene el terapeuta en la conversación dialógica. Entre las características de la postura filosófica se encuentran: el no-saber, el hacer público, la responsabilidad compartida, la transformación mutua y la incertidumbre.

No-saber

Asumir esta posición, implica considerar que el cliente es experto en su vida, es decir, es él quien ha tenido la experiencia directa de su historia. Por lo tanto, el

terapeuta, como experto en la facilitación de espacios de diálogo, se dirige a mantener un estado de constante curiosidad, de ser informado por el cliente y conocer su historia, a través de lo que éste ha decidido contar o no; intentando comprenderlo y reconociendo que esta comprensión está basada en un proceso interpretativo, es decir que, en el espacio de conversación terapéutica la historia está cobrando un significado, generado de esa relación (Anderson, 1997, p. 186; Anderson, 2001, p. 352).

Hacer público

En el proceso de la conversación, el terapeuta colaborativo tiene un proceso de escucha interna, tiene la probabilidad de que en algún momento se descubra atrapado en un monólogo, es decir, que ha comenzado a formular juicios o hipótesis sobre el cliente al que está dirigiendo su escucha, atención y acción en la conversación. La manera de reestablecer esta escucha interna, es colocarla fuera, en el diálogo, al compartirla con el cliente, a fin de que sirvan como alimento de ideas y diálogo que el cliente podría encontrar interesante, útil o diferente (Anderson, 2001, p. 352).

Responsabilidad compartida

Este concepto de responsabilidad parte de las ideas socioconstruccionistas, sobre la responsabilidad, que desde la psicología, se ha asumido sobre la vida y control de las personas. Anderson (1997) refiere que no se trata de renunciar a la responsabilidad como clínico-terapeuta, sino de situar la extensión de su ejercicio de responsabilidad de sí mismo y del cliente, por tanto, sugiere que el terapeuta proporcione las condiciones para crear contextos de responsabilidad compartida, en donde cada persona da cuenta de sus propias decisiones y actos.

Transformación mutua

Anderson (2001) prefiere el término transformación en vez de cambio, debido a que el terapeuta no se asume responsable del cambio. El término transformación le parece más óptimo, para describir el proceso, continuo y mutuo, que permite a

una persona llegar a ser diferente, a partir de la relación que tiene con otro.

Incertidumbre

En el acompañamiento psicológico existe incertidumbre porque la transformación se da en el espacio de conversación, es ahí donde los problemas se diluyen. Esto requiere del terapeuta apertura hacia la colaboración mutua, en donde no existe una seguridad de los discursos profesionales o seguridad del cambio, sino que, el terapeuta asume el riesgo de no saber hacia donde se dirige la transformación y aprende a mantenerse en la incertidumbre del mismo proceso terapéutico. Asumir la postura de incertidumbre es mantener la mente abierta a los cuestionamientos, a lo inesperado, brindado así el espacio para el otro (Anderson, 1997, p. 186).

Intervenciones y técnicas

Al entender a la terapia como conversación dialógica, las intervenciones o técnicas pierden sentido, al formar parte de una agenda del terapeuta. Anderson (1997) presenta una serie de elementos implicados en el proceso dialógico, que están subordinados a esta postura filosófica, como son:

- El terapeuta participa y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo. Para mantener este espacio dialógico consigo mismo, el terapeuta hace un espacio al otro sin anticiparse con ideas sobre el cliente, el problema o la solución.
- El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente. La creación y mantenimiento de este diálogo externo lo realiza de forma verbal, facilitando el proceso de diálogo.
- El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo. Una manera de fomentar este diálogo es que el terapeuta, después de haber escuchado un fragmento de la historia del cliente, formule preguntas dirigidas por la *curiosidad*. Este tipo de indagación compartida, en la conversación, genera estos procesos internos, tanto en el cliente como en el terapeuta.

- Los clientes participan en diálogos externos entre sí. Las diferencias que se presentan en el diálogo con el terapeuta y consigo mismo se presentan también en los diálogos que mantienen con otros, de tal manera que el relato de la historia se complementa y expande por las múltiples versiones.
- El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio. La conversación terapéutica va más allá del consultorio, en donde, cada conversación genera otras conversaciones con otros y a la vez es influida por esas conversaciones.
- El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio. De manera similar al cliente, la conversación terapéutica se une a otros diálogos del terapeuta generando otras conversaciones.

Las preguntas como herramientas de la conversación terapéutica. Anderson (1997) explica que las preguntas conversacionales son las que dan apertura al diálogo en la terapia. Puntualiza que, estas preguntas se realizan desde la postura de no conocimiento, permitiendo expresar interés y curiosidad hacia el cliente. Señalando así, la diferencia entre estas preguntas y las que se realizan fundamentadas en técnicas, métodos o hipótesis preestablecidas.

Anderson (1997) considera que puede hacerse todo tipo de preguntas, comentarios u opiniones, cuidando la postura que se asume al hacerlas, el tono y la regulación de los tiempos en que se formulan éstas; sugiere presentarlas de forma tentativa, con la intención de transmitir apertura a la otra persona y dar espacio para su participación.

CONCLUSIONES

El salto epistemológico de la terapia familiar marca la diferencia en la forma de intervenir terapéuticamente, con respecto a otras corrientes psicológicas, a partir del modelo cibernético. Bateson formuló las bases epistemológicas de la terapia familiar, pero en las formas de aterrizar éstas nociones a la práctica clínica, se originaron los diferentes modelos de terapia sistémica. La frase de Korzsybsky “el mapa no es territorio”, explicita muy bien las formas diferentes de entender a los sistemas que cada uno de los modelos de terapia ha formulado.

Ahora se habla de un modelo hermenéutico, el cuestionamiento que surge es ¿los modelos de terapia posmoderna son parte de epistemología de la terapia familiar? Yo considero que la terapia posmoderna, aún con un modelo epistemológico diferente, integra algunas nociones de la perspectiva sistémica. Conserva la noción de que el ser humano está inserto en un entramado de relaciones y significados. La perspectiva que aportan es una visión macro de los sistemas, al incluir el lenguaje como parte de la construcción social de las realidades. Esto permite al terapeuta un metaconocimiento de su propio rol.

La cibernética enfatiza la perspectiva sobre las relaciones en tanto la hermenéutica hace énfasis en los significados que surgen en las relaciones. En la práctica clínica, los modelos posmodernos incluyen las formas de intervenir de los modelos de la cibernética de primer o segundo orden, el cuestionamiento que realizan a estos, es más sobre la posición que el terapeuta juega en el sistema terapéutico. Una diferencia que podríamos señalar entre la cibernética y hermenéutica, es que la primera está influenciada por el constructivismo, que orienta a pensar en la realidad que se construye a partir de nuestra interpretación o de “nuestro mapa”; y la segunda, está influenciada por el construccionismo social, que entiende que los significados se construyen socialmente. Esta diferencia es la que mueve al terapeuta de posición, en la primera se concibe al terapeuta como agente de cambio de esos mapas o pautas recursivas, que no le permiten adaptarse a su contexto; mientras que en la hermenéutica, se cuestiona

la posición del terapeuta como experto, se entiende a la psicoterapia como un contexto de construcción de significados, en que el rol del terapeuta no es de agente de cambio sino de compañero conversacional; cuestionándose la idea del cambio, prefiriendo el concepto de transformación, como un proceso recíproco entre cliente y terapeuta, que surge a partir del diálogo.

Si algo ha caracterizado a la terapia familiar es su flexibilidad para integrar conceptos y métodos. Considero que cada modelo comparte nociones y técnicas con los demás modelos; a la vez cada modelo es único por el momento y lugar donde surgieron. Lo que me lleva a entender a cada tipo de terapia como una forma de responder a las problemáticas de cierto momento histórico. Como terapeutas familiares nos corresponde comprender las nociones epistémicas, teóricas y metodológicas comprendidas en la terapia familiar sistémica e integrarlas en nuevas formas de intervenir que respondan a las necesidades actuales de la sociedad en la que estamos insertos.

3

COMPETENCIAS PROFESIONALES DESARROLLADAS

El programa de maestría en terapia familiar está centrado en el desarrollo de competencias profesionales de sus alumnos. Las competencias profesionales son un tipo de habilidad específica sobre una disciplina y se encuentran relacionadas con la naturaleza e índole de la propia actividad. En el área de la psicoterapia existen ciertas expectativas hacia quienes desempeñan esta práctica, en donde resaltan ciertas habilidades de tipo cognitivo, relacional y conductual. Es decir, se requiere que un terapeuta posea el fundamento teórico-epistémico de su práctica; las habilidades relacionales para establecer enganche terapéutico con las familias; las habilidades para evaluar y coordinar el proceso terapéutico, que asuma un compromiso ético frente a quienes los consultan y que además, tenga la capacidad para reflexionar sobre sí mismo y su práctica clínica.

Napier y Wittaker describen a la psicoterapia como un arte. Al retomar esta metáfora de la terapia como un arte, entendemos que requiere de pasión, entrega y mucha práctica; el arte no implica el dominio técnico de una actividad, sino el desarrollo de una sensibilidad y capacidad de respuesta hacia ese oficio. En la formación como psicoterapeuta, el proceso de retroalimentación, es esencial en el desarrollo de las competencias profesionales, ya que es la información sobre nuestro desempeño de la práctica clínica la que nos permite desarrollar y transformar estas habilidades; permitiéndonos redireccionar el proceso de aprendizaje.

El presente capítulo representa el proceso de desarrollo y transformación de las competencias profesionales que están comprendidas en el programa de estudios. Cada uno de los documentos que se presentan, tiene el objetivo de evidenciar las habilidades adquiridas en el ámbito clínico, de investigación, difusión del conocimiento y el del compromiso ético.

HABILIDADES CLÍNICAS

Los casos aquí presentados mantienen un tema en común: el ejercicio de la parentalidad en las familias reconstituidas. Se tratan de dos familias, con características diferentes, sin embargo con pautas de comunicación y dificultades en el manejo de los límites, como temas de convergencia. Por otro lado, están las diferencias en el proceso de formación que yo tenía como terapeuta al asumir la atención de estos casos. Así que decidí presentar estos casos, de forma separada, para después extraer las generalizaciones y conclusiones sobre ambos procesos.

Familia Utrilla Velasco: el dilema de ser una familia reconstituida

Supervisora

Mtra. Carolina Diaz-Walls Robledo.

Familia

Utrilla Velasco.

Supervisión directa de los modelos: Estructural y Milán

Período: Del 18.febrero al 10 de diciembre / 2004

10 sesiones asistidas, 1 sesión de cierre y 3 faltas sin notificación previa.

Presentación

*** Por razones de confidencialidad se han cambiado los nombres de los miembros de la familia.***

Datos de identificación

Luis Utrilla; 40 años; auxiliar técnico laboratorista.

Sandra Velasco; 38 años; química.

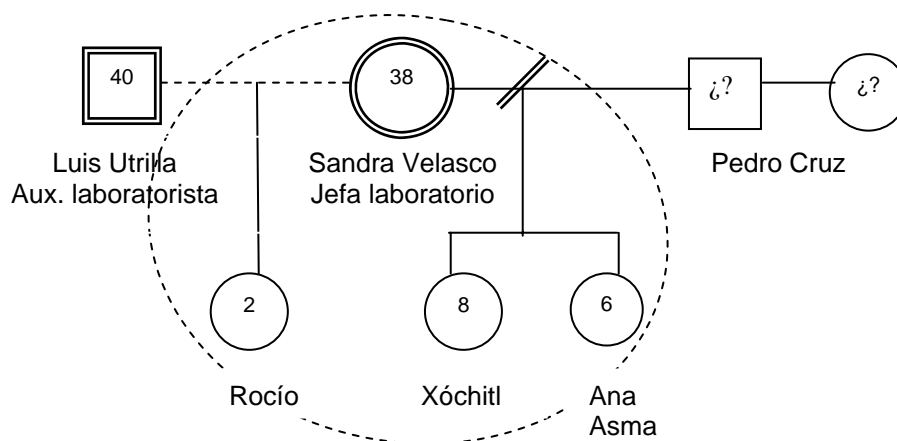
Xóchitl Cruz Velasco; 8 años; 3º primaria.

Ana Cruz Velasco; 6 años; 1º primaria.

Rocío Utrilla Velasco; 2 años.

Lugar de residencia: Sur, D.F.

Familiograma:



Resumen del proceso

Era una pareja con dos años de convivencia, que asistieron a terapia como una condición establecida por Sandra para reconciliarse con Luis. Ambos trabajaban en el mismo laboratorio, ella era jefa del área y él auxiliar técnico. Conformaban un tipo de familia reconstituida, para el esposo era su primer matrimonio, para la esposa su segunda unión. Ella se encontraba a cargo de la custodia de las hijas de su primer matrimonio (Xóchitl y Ana) y la pareja consultante tiene una hija (Rocío). Sandra mantenía contacto con el padre de las hijas mayores por motivos parentales, siendo esto el principal disparador de la conducta celotípica de Luis.

Las relaciones al interior de la familia estaban matizadas por conductas violentas. Al iniciar la terapia reportaron violencia física entre la pareja, amenazas de muerte de Luis hacia las hijas mayores y un intento de suicidio de parte de Sandra. La pareja estaba separada cuando llegan a terapia, más no se obtuvo información sobre abandonos previos. Durante el período de atención, se presentaron dos eventos de violencia, el primero hacia las niñas y el segundo entre la pareja, teniendo como repercusiones el abandono del hogar de parte de Luis, en cada evento de violencia; el primer período de separación fue de una

semana y el segundo de tres meses, aproximadamente. En el cierre de la terapia existía una demanda legal, en la cual Pedro –padre biológico de las primeras niñas- acusó a Luis de abuso sexual en contra de Xóchitl, la hija mayor. Sandra mantuvo su decisión de no continuar con la terapia, aún cuando se encontraban en una situación de crisis.

Aunque no se trabajó el tema del abuso sexual considero que existía la probabilidad de ser verídico, debido a que anteriormente Luis había demostrado otro tipo de conductas igualmente violentas. Y de no ser cierto, si partía del imaginario de Xóchitl, esta idea podría ser un reflejo de la amenaza que la niña percibía por parte de su padrastro. Ambas razones tenían la misma importancia para abordarse en la terapia.

La duración de la terapia fue de ocho meses, entre los cuales se tuvieron once sesiones realizadas, incluyendo la del cierre. El comportamiento de la pareja durante la terapia fue caótico, aún cuando se había contratado terapia familiar, existieron interrupciones como faltas de asistencia, impuntualidad, resistencia a integrar a las hijas a la terapia, ruptura del contrato de No agresión –acordado desde un principio-, etc.

Motivo de consulta

Luis fue quien solicitó la terapia y refirió “conflictos de pareja y el deseo de mantener un mejor ambiente de familia”. En la primera entrevista el motivo de consulta planteado por la pareja fue búsqueda de “armonía, cordialidad y mejorar la comunicación”; sin embargo no se obtuvo más detalles. Posteriormente cambió a la preocupación que Sandra tenía sobre las repercusiones de sus separaciones conyugales en las niñas y la última demanda fue evaluar a Xóchitl o a Luis para determinar si el abuso sexual se había cometido.

Evaluación diagnóstica

Este caso se atendió bajo los modelos de estructural y Milán; a continuación se presentan algunos indicadores de evaluación diagnóstica de cada uno de los modelos.

El modelo estructural considera que en el ejercicio de la violencia desempeña un papel destacado el conflicto de roles en los subsistemas conyugal, parental y a causa de los límites difusos.

En este caso los roles en el subsistema conyugal fueron deficientes e indefinidos debido a las siguientes situaciones: a) constantes separaciones y condiciones ambiguas en las que se daba la reconciliación, b) el sentimiento de desplazamiento y de ser agredido por parte de Luis, al entrar en rivalidad con el padre de las dos niñas mayores, viviendo esta situación en detrimento de su rol como hombre del hogar, c) la situación laboral de ambos cónyuges, ya que Sandra era jefa de Luis. Así pues, Luis se sentía menoscabado en la casa -ya que no podría tomar decisiones respecto a las hijas mayores ni evitar que su esposa las tomara en comunicación con su exmarido y padre de las dos mayores- y también en el trabajo, porque tenía menos jerarquía que su esposa.

Sandra asumía el papel de negociadora de lealtades incompatibles, a través de un tipo de comunicación oscura y encubierta.

Respecto a los roles parentales encontramos que esta área se presentó una gran confusión, debido a la falsa creencia, tanto de Luis como de Sandra, de que el primero podía asumir la figura de padre de las hijas mayores cuando éstas tenían el suyo. En este sentido podría uno preguntarse qué tanto él quería asumir el rol de padre con lo que esto implica -cuidado y atención hacia las hijas- o la figura de autoridad. El dilema que se le presentaba a Sandra era que deseaba mantener a sus hijas con el padre biológico, pero no encontraba cómo hacerlo ante las actitudes de celos y violencia de Luis.

En relación a los límites, la dificultad más significativa que encontramos fue que Sandra no establecía límites con el padre de sus hijas mayores respecto a los horarios de atención y de salidas con las niñas; ni tampoco hacia Luis en cuanto a sus conductas celotípicas y de violencia hacia las niñas, y hacia ella. Lo cual no justifica la falta de conciencia y control que Luis tenía sobre los límites de su propia conducta.

En el sistema terapéutico ambos se mostraron rígidos e impermeables. En un análisis posterior de las sesiones constatamos que no fue posible obtener

mucha información de la situación familiar, ya que la pareja encubría a través de silencios, respuestas breves y ambiguas o de un exceso de detalles, impidiendo el conocimiento claro de elementos esenciales tales como los motivos de consulta – de los cuales presentaron una diversidad-, de las razones por las cuales Sandra puso como condición de reconciliación la asistencia de Luis a la terapia; o acerca de la violencia y sus repercusiones en la vida conyugal y en la relación de los adultos con las niñas.

Empleando el marco conceptual del modelo de Milán, pudimos comprender que las creencias de la familia estaban definidas a partir de estereotipos de género y las cuales les hacían tener expectativas sobre las relaciones conyugales y parentales que no eran congruentes con su situación de familia reconstituida. Luis, en el momento en que decide unirse a Sandra, no sopesa la situación de ella como madre de dos hijas de su anterior relación de pareja y tampoco considera su situación subordinada con respecto Sandra en el área laboral.

De acuerdo con estas creencias la pareja esperaba que Luis, como varón, desempeñara el rol de jefe de la familia, de depositario de la jerarquía y del control; pero la presencia de otra figura de autoridad, como es el caso del padre las hijas mayores, provocó un estancamiento en el proceso de integración de la familia.

Eran un matrimonio estancado, porque los adultos en la búsqueda de satisfacción de sus propias necesidades infantiles no resueltas, las anteponían las necesidades de las hijas; de tal manera que al no solucionar los conflictos entre ellos los depositaban en las niñas.

La violencia que Luis ejercía hacia las niñas mayores, llegó a denegarles el derecho de ver a su padre. Luis utilizaba la agresión hacia las niñas como una forma de agredir a Sandra y a su anterior pareja, colocando a Sandra en una posición en donde tenía que elegir entre ser madre de tres hijas, o bien, ser esposa de Luis y madre de la niña más pequeña. Además orillaba a Sandra a mantener una comunicación opaca con Luis y a limitar la relación de las hijas mayores con la menor para no tener problemas con Luis.

Todo ello dio por resultado la omisión de información suficiente en el sistema terapéutico. Ejemplo de ello fue la sorpresiva descripción de Sandra sobre el hecho de que el padre de las hijas mayores había levantado una demanda acusando a Luis de abuso sexual de una de estas niñas.

De la información referida en la última sesión sobre el probable abuso sexual, existen las siguientes hipótesis:

- ✓ Si el abuso sexual realmente hubiera tenido lugar, tal vez fuera en razón de la escasa o nula vinculación de Luis con esta niña que se sintió con derecho de traspasar los límites y no respetar la integridad de la niña; actuando sin capacidad autocrítica, sin capacidad de ver el daño que hacía a la niña y sin poder establecer límites a su propia conducta.
- ✓ O bien, fue otra forma de agredir indirectamente a Sandra y a su exmarido.
- ✓ En el caso de que la niña hubiera inventado el abuso sexual de Luis, esta conducta representaría una conducta destructiva que tendría como objetivo la desintegración de la familia.

En cualquiera de estas posibilidades se evalúa que la atención terapéutica era necesaria y que su interrupción por parte de la familia constituyó una más de esas decisiones que nos hicieron ver que para estos adultos la terapia era más una forma de alcanzar ciertas ventajas de unos sobre otros y no un medio de analizar y cambiar los comportamientos destructivos que los trajeron a las sesiones.

Modelo terapéutico

El marco conceptual desde el que se trabajó este caso fue, un primer momento, el estructural. Sin embargo, faltaron elementos suficientes para poder reestructurar la dinámica familiar.

El modelo de Milán proporcionó elementos para comprender el juego en esta familia, a partir de un análisis de las interacciones, las creencias y las conductas sintomáticas identificadas. Desde esta perspectiva, se intervino de forma limitada, a través de una carta que brindó a Sandra retroalimentación sobre algunos aspectos de la convivencia familiar que surgieron de la reflexión y análisis del caso, entre la supervisora, equipo y terapeuta.

Objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos, en un primer momento, fueron romper el círculo de

violencia en la familia y delimitar de forma clara las responsabilidades, obligaciones, derechos y funciones de cada uno de los miembros en todos los subsistemas. Después de la séptima sesión, Sandra asistió sola y refirió que Luis nuevamente se había ido de la casa. Entonces, se le planteó la opción de continuar la terapia sólo con ella, si así lo decidía. Existió un receso de dos meses y medio. Al reanudar, se integraron Sandra y sus tres niñas. Las sesiones estuvieron dirigidas a captar pautas de interacción en el sistema fraternal, las creencias de Sandra con respecto a su maternidad y la forma en que la familia se había reorganizado después de la separación con Luis; El siguiente objetivo fue: desculpabilizar a Sandra por sus separaciones de pareja y sus posibles efectos en las hijas. Después, ante la inesperada terminación del proceso terapéutico de parte de ella, en la sesión de cierre se buscó proporcionarle sugerencias para su preparación de futuras situaciones familiares propuestas en un proceso de reflexión entre la supervisora y el equipo terapéutico. Y frente a la situación de crisis con la que Sandra se presentó a la última sesión, los objetivos emergentes fueron de contención de su estado emocional y orientación sobre el tipo de apoyo al que podría recurrir.

Intervenciones empleadas

Uno de los primeros pasos en la formación del sistema terapéutico, fue el proceso de acomodación, en donde terapeuta y equipo establecimos alianzas de forma alternada con los miembros de la pareja, elogiando el interés que demostraron por mejorar las relaciones en su familia; del mismo modo, se realizaron actividades lúdicas en el momento en que las niñas se integraron a la terapia, llevadas a cabo por una miembro del equipo que tenía experiencia en ello.

Se intentó reorganizar al sistema familiar, a través de cuestionamiento sobre los roles parentales que habían ejercido, con la búsqueda de la construcción de significados en torno al paternaje, incluyendo nociones sobre la responsabilidad de los adultos en cuanto a la integridad de las niñas y la búsqueda de pautas de interacción no violentas. En un principio, se inició cuestionando la idea que tenían de que el problema sólo involucraba a la pareja, por lo que se les pidió integrar a las niñas a la terapia. Posteriormente, se introdujeron temas que permitieran

cuestionar la estructura familiar a través de:

- El establecimiento de fronteras, por medio del contrato de No agresión, como una forma establecer límites en el proceso terapéutico y de responsabilizarlos de sus propias conductas.
- El desarrollo de un conflicto implícito cuando se explicitó la posición de Sandra, diciéndole que se le percibía dividida entre sobrellevar su relación de pareja y proporcionar cuidado a sus hijas. También, se abordaron los conflictos explícitos como los momentos de enojo en la pareja. Trabajo que incomodaba a Sandra expresando que sentía que la terapia los estaba separando más cuando se abordaban las problemáticas que tenían entre ellos.
- El foco e intensidad se puso cuanto al plan que Luis tenía sobre cómo integrar a Xóchitl y Ana a la familia. Sobre todo, porque este fue un tema que la pareja no consideraba y un proceso al que mostró mucha resistencia. El tema era importante, para clarificar las funciones y roles que les correspondían como padres.
- Se empleó esculturas familiares como una forma de retroalimentación sobre la pauta de comunicación indirecta y ambigua entre Luis y Sandra. Como una manera de metacomunicar las conductas que mantenían en los momentos de reconciliación y momentos de enojo.
- Se señaló la complementariedad en la relación de Sandra y Luis; en donde él perseguía y ella mentía en cuanto al contacto que mantenía con el padre de las niñas mayores; de tal manera que Luis intentaba creerle a Sandra pero no podía, y por otro lado, Sandra intentaba convencer a Luis y no lo lograba.

El evento de violencia hacia las niñas dio la pauta para el cuestionamiento de la realidad, intentando comprender la hostilidad de Luis hacia éstas. Se exploró el concepto de Luis sobre la paternidad, las dificultades que tenía al intentar ser padre de unas niñas que no eran de él y sobre su plan para reintegrar

a las hijas mayores a la familia. En cuanto a la exploración de las emociones de Luis al asumir su parentalidad, el coterapeuta introdujo la idea siguiente: “a los hombres generalmente nos cuesta trabajo expresar los sentimientos”. Las preguntas que el coterapeuta formuló validaban el sentir de Luis, ej. ¿Cómo intentas ser padre de unas hijas que no son tuyas? ¿Qué tan difícil es? Y las formulaciones que lo invitaron a trabajar el tema de su ejercicio de la parentalidad fueron: “ya es tiempo que saques todo eso que traes –refiriéndose a las emociones de miedo y desesperación que Luis había manifestado-...o piensas estar toda la vida con eso... ¿te gustaría trabajarlo?...sic. Aunque Luis de forma verbal aceptó trabajar esta dimensión, en lo posterior fue difícil continuar por que se dio un nuevo evento de violencia y separación en la pareja.

Se realizó una intervención paradójica en la que por un lado se connotó positivamente a la pareja por su intención de mejorar la relación y de integrar a las niñas a la familia y posteriormente, equipo y terapeuta expresamos nuestra duda sobre el deseo de la pareja de cambiar su situación. Con Luis se validó la posición difícil que tenía al intentar asumir su parentalidad frente a las hijas de Sandra y se dejó en duda su interés en trabajar esta dimensión de sus relaciones.

Por otro lado, en el momento de la segunda separación se exploró con Sandra el plan de vida como mujer más que como madre; planteándole alternativas para poder cubrir las necesidades que tenía en estas dos dimensiones, p.e. vivir con las hijas en su casa y mantener contacto con Luis, en un espacio diferente.

El modelo de Milán representó una alternativa para este caso, cuando se reanudó la terapia y se incorporó a las niñas, porque facilitó la exploración de las creencias en torno a la preocupación de Sandra con respecto a las repercusiones que podrían tener sus separaciones de parejas en las niñas. Entre las intervenciones utilizadas en esta etapa se encuentran el cuestionamiento circular, la connotación positiva y el mensaje por medio de una carta siguiendo los lineamientos del modelo de Milán; dichas intervenciones se describen en los siguientes párrafos.

El *cuestionamiento circular* en la primera sesión comprendió preguntas

lineales y circulares para explorar el motivo de consulta. En la segunda, a partir de la realización de dibujos de la familia y de historias relatadas, se formularon preguntas que pudieran darnos información que tenían las niñas y Sandra sobre la interacción familiar. En la tercera sesión, algunas preguntas circulares fueron elaboradas para identificar las diferencias en la relación entre las hermanas y de la madre con cada una de las niñas; y también para explorar las creencias de Sandra acerca de sus hijas, sobre la interacción entre las mismas y de los posibles efectos de las separaciones en las niñas. Como resultado de este cuestionamiento, se identificó la forma en que la niña más pequeña era más consentida que las dos mayores. El equipo, por medio de un mensaje metacomunicó a la familia sobre la interacción y diferencias individuales entre las hermanas. Asimismo, se le envió un mensaje a la madre con el objetivo de desculpabilizarla; el cual refería a la percepción del equipo sobre las niñas, diciéndole que las veíamos bien y no identificábamos problema con ellas, ya que con la información que poseíamos las niñas no presentaban conductas sintomáticas.

Por otro lado, se utilizaron preguntas lineales, al informarle a Sandra el cambio observado en su lenguaje no verbal cuando nos mencionó que Luis ya estaba viviendo con ellas nuevamente. Ella descalificó el mensaje, negando dicho cambio y mostrándose evasiva. Como respuesta de esta intervención, considero que Sandra decidió terminar la terapia (posterior a la sesión), con el argumento de que percibía estable a su familia.

El uso de la *connotación positiva* estuvo enfocada a resaltar la disposición de madre e hijas para participar en el proceso en la elaboración de tareas; específicamente, confirmándole que se le percibía como una madre sensible y preocupada por sus hijas, haciendo énfasis en su capacidad para resolver las dudas de sus hijas, adecuándose a las diferentes edades de éstas; y que se le percibía muy capaz para emprender la ardua tarea de cuidar de ellas.

Sandra refirió que le preocupaba que sus separaciones conyugales afectaran a las niñas, al estar separadas del papá; ella temía que sus hijas presentaran dificultades en sus relaciones de noviazgo futuras por la inestabilidad de las relaciones de pareja de su madre. Ante esto, se reencuadró esta creencia,

diciéndole que las hijas eran percibidas –por parte del equipo- con recursos suficientes para poder afrontar la situación que estaban viviendo. Esto se le dijo con base en la conducta de las niñas durante las sesiones, en las cuales se mostraron participativas, activas y no se mostraron evitativas al abordar el tema de la relación que tenían con su padres, con Luis y entre sí.

Posteriormente, después de recibir una carta de parte de Sandra en la que comunicaba que no asistiría más a la terapia, el equipo hizo una serie de reflexiones, que consideraba que Sandra utilizó el mensaje final para justificar el abandono del tratamiento, dado que había regresado con Luis y éste era un aspecto en el que no quiso sentirse cuestionada. Al analizar el caso, y por la forma abrupta en que Sandra comunicó la terminación del proceso, se retomaron algunos aspectos relevantes que no se habían abordado durante la terapia. Estos se concentraron en una carta, que se le entregó en la sesión de cierre. La finalidad de esta carta estuvo enfocada al desarrollo de estrategias personales en el manejo de la relación de las hijas Xóchitl y Ana con su padre biológico y de éstas con Luis. También se incluyeron reflexiones de las dificultades que podrían presentarse en la etapa de la adolescencia dentro de la dinámica de una familia reconstituida y del manejo de la rivalidad entre hermanas. En la elaboración de este documento se siguieron algunas características de Milán en la elaboración de cartas, como son: la involucración de todos los miembros en la relación problemática (síntoma), la connotación positiva de las intenciones de Sandra de brindar seguridad a sus hijas para facilitar la recepción del mensaje; y un mensaje que cuestionaba su capacidad para afrontar estos retos.

En la sesión de cierre, Sandra refirió que estaba dividida porque no sabía que hacer ante la situación de abuso sexual hacia su hija, pero también estaba preocupada por la integridad física de Luis. La intervención, realizada por una terapeuta del equipo, especialista en el tema, estuvo dirigida a brindarle información sobre el proceso legal que se sigue en estos casos, sobre las instituciones que se dedican a brindar apoyo a víctimas de abuso sexual. Y con el objetivo de descentrarla del conflicto de lealtades que estaba experimentando, a través de otro miembro del equipo, se le validaron las emociones encontradas que

estaba sintiendo, a la vez, se le planteó el cuestionamiento sobre la importancia que tenía saber quien de los dos implicados en el abuso sexual, Xóchitl y Luis, estaba diciendo la verdad y se le confirmó la disposición del equipo de terapeutas para continuar apoyándola en esa nueva crisis familiar.

Cambios identificados

Se observó un cambio en el estado emocional de Sandra, al comparar las primeras y las últimas sesiones. Su participación fue más constante en las últimas sesiones, con mayor claridad y seguridad en sí misma, a diferencia de las primeras en que mostraba una actitud apática, así como momentos de llanto y pasividad ante su situación. En cuanto a los cambios identificados por ella son: “me siento más segura”... sic y reporta una estabilidad familiar alta (9.5 ó 10), más no específica a qué se refiere con esta afirmación.

De acuerdo a los objetivos terapéuticos planteados no se lograron cambios en la estructura ni en la dinámica familiares. Una de las dificultades en este proceso fue la actitud de la familia ocultar información en la terapia y la resistencia a abrir los conflictos. Y finalmente, la situación que nos describió Sandra en el momento del cierre, evidenció nuevamente la pauta de interacción violenta, la falta de límites y las dificultades para asumir las responsabilidades como padres.

Observaciones del trabajo terapéutico

El equipo se mostró interesado y preocupado por la seguridad de las niñas y de Sandra. Considero que el equipo colaboró para mantener la neutralidad, principalmente en las últimas sesiones, al sugerir por medio de la terapeuta que trabajaran la forma de organización familiar, incorporando a las niñas y en la sesión de cierre intentaron, por medio de dos miembros del equipo, descentrarla del conflicto de lealtades, entre su hija o su pareja, cuestionándole el rol de juez que estaba asumiendo.

En cuanto al desempeño de la supervisora, ella apoyó activamente con su amplia preparación y experiencia clínica; proporcionándome contención en los momentos críticos con sugerencias, comentarios, respetando mi capacidad de maniobra como terapeuta y el ritmo del equipo para incorporar el conocimiento y aplicación del modelo.

Como terapeuta me enfoqué en respetar los tiempos de la familia. En cuanto a mi desempeño considero que fue de compromiso, interés, empatía, cercanía y flexibilidad a las necesidades de cada uno de los miembros de la familia; sobre todo en la integración de las niñas a través de actividades lúdicas. Así, también, me mantuve abierta y con disposición a integrar sugerencias, consejos e indicaciones del equipo y de la supervisora.

Un sentimiento frecuente experimentado en este caso, fue una mezcla de frustración y enojo. Sobre todo en las sesiones en las que se reconciliaban sin tratar el problema de fondo, al ver que nuevamente se cubría una etapa más en el círculo de la violencia y tenía presente que después de esta reconciliación nuevamente existía la probabilidad del acto violento. A partir de mis reflexiones personales, creo que como terapeutas llegamos a involucrarnos emocionalmente con las familias y las emociones que sentí estaban relacionadas con la responsabilidad que sentía de evitar la violencia en la familia, sobre todo, la que se ejercía con las niñas. No considero que experimentar estas emociones u otras resulte inadecuado, más bien representa un reto de poder comunicarlas de forma transparente ante la familia, para ponerlas al servicio del proceso terapéutico.

Discusión teórica-metodológica de la intervención

El término de familia reconstituida o compleja nos refiere a la formación de una nueva pareja o matrimonio, en el que uno de sus miembros o ambos anteriormente eran parte de otro matrimonio; y cada miembro puede estar o no a cargo de los hijos de la anterior relación. A partir de la nueva unión pueden existir diferentes estructuras de familias, dependiendo de los miembros que la integren. Con base en las descripciones de Gómez y Weisz (2005), sobre la serie de

situaciones que se dan en la conformación de una nueva familia, en la familia Utrilla Velasco se identifican las siguientes características:

- ✓ Existió una integración abrupta de sus miembros, el tiempo entre el divorcio y el casamiento de Sandra fue muy breve. Y no hubo una preparación para la nueva reintegración de todos los miembros de la familia.
- ✓ No existía un lazo de consanguinidad entre Luis y las hijas de Sandra.
- ✓ Luis dio un salto en el ciclo vital de la familia, ya de su soltería se integró a una familia en donde existían hijas del matrimonio anterior de su pareja, convirtiéndose en el padre político de éstas y sentía a Pedro, el padre biológico de las hijas mayores, como una amenaza para su actual relación de pareja.

Según Gómez (2006) la familia reconstituida tiene que afrontar retos relacionados con aspectos emocionales e instrumentales. En el aspecto emocional se pueden mencionar el manejo de la pérdida de la anterior familia, la elaboración de duelos y el desarrollo de un vínculo de pareja sólido, por los problemas que se presentan. En la dimensión instrumental están la delimitación de espacios privados y comunes; el manejo de aspectos económicos y legales; los problemas de roles y autoridad en la nueva casa; así como, los problemas relativos a la familia extensa, familia política y amigos en general. También, menciona que estos problemas tienen que ser negociados y acordados en las nuevas familias, ya que si no se resuelven y se acumulan pueden aumentar la tensión, generándose pleitos, frustración y desesperación en la pareja. En este sentido, el breve tiempo que transcurrió entre el divorcio y el nuevo matrimonio de Sandra, así como la separación del padre y la integración a una nueva familia que experimentaron las niñas, no fue suficiente para poder elaborar y negociar los aspectos emocionales e instrumentales que Gómez nos describe.

Por otro lado, el ciclo de interacción violenta, donde Luis asumió el rol de generador de violencia, ubicaba a Sandra y a las niñas en una condición de riesgo. Corsi (2004) conceptualiza a la violencia familiar o de pareja como la utilización abusiva del poder en las relaciones. La intención de sometimiento,

obediencia o control es un aspecto central para definir la violencia. White (2004) retoma la noción de cultura patriarcal para contextualizar la interacción violenta, explica que la cultura de forma implícita involucra ideas en donde el hombre puede controlar los objetos que le pertenecen, entre éstos, la mujer como objeto, por tanto la violencia hacia la mujer es naturalizada. La dificultad de Luis al asumir su rol parental podría explicar la violencia que había ejercido en la familia como un intento de control de la situación; por ello el trabajo con el tema de la violencia fue central en la intervención con esta familia. Las dos líneas de trabajo estuvieron orientadas al ejercicio de la parentalidad en una nueva familia y las pautas de interacción violenta en el sistema.

Dentro de la situación de emergencia, con que se evaluó el caso, se priorizó la situación de violencia. Perrone y Nannini (1997) sugieren el pacto de no violencia con la familia, a fin de salvaguardar la seguridad de sus miembros. Este fue mi primer paso como terapeuta, pero fue necesario reencuadrar las condiciones para continuar el proceso terapéutico ante las constantes escaladas violentas de la pareja.

La violencia ejercida por Luis era del tipo violencia castigo, que se da en la relación complementaria y en un contexto de relación desigual. La forma de manifestar esta violencia es a través de castigos, torturas, negligencia o falta de cuidado. Luis suponía que tenía una condición superior a las de Sandra y sus hijas por ser el varón de la familia; lo cual le facultaba el derecho de someterlas por medio de golpes a su esposa, amenazas de muerte a las niñas y violencia ambiental, p.e. enfrenones en el auto para que las niñas se tranquilizaran.

Perrone y Nannini señalan la importancia de interrumpir la pauta de interacción violenta, así como la de trabajar con el sistema de creencias de la familia. Desde el modelo estructural la forma de modificar estas pautas fueron los cuestionamientos del síntoma, de la estructura familiar y de la realidad. Estas intervenciones permitieron abordar los aspectos mencionados por Gómez como fueron: la negociación de la relación de Sandra con el padre biológico de las niñas mayores y la forma de asumir la autoridad de Luis frente a las niñas; este aspecto corrobora la afirmación de que no existe un modelo de relación en las familias

reconstituidas con la creencia que Luis expresó de “es difícil la vida con una mujer divorciada”, denotando su dificultad de encontrar formas de relación ante su situación familiar, en la que él se había sentido desplazado y desvinculado de su rol parental; esta sensación de frustración lo llevaba a controlar la situación por medio la violencia, ante una falta de recursos que lo limitaba, p.e. falta de autocrítica, capacidad para reconocer y expresar emociones, control de impulsos, entre las más importantes. El trabajo con la construcción de un plan para reintegrar a las niñas a la familia, era forma de promover que la pareja construyera una forma nueva de relación a través de la comunicación directa y clara; además, de que Luis desarrollara recursos para manejar sus conflictos de forma diferente.

En el trabajo con el sistema de creencias se decidió integrar a las sesiones a un terapeuta varón, porque que se identificó la dificultad de Luis para expresarse con una mujer como terapeuta. El objetivo del trabajo en coterapia fue que permitiera explorar las creencias de Luis en torno a la paternidad, modelar formas diferentes de comunicación y acuerdos, así como brindar un modelo alternativo de masculinidad. Esta forma de trabajo la citan Napier y Whitaker, en la obra *El crisol de la familia*, argumentando que la coterapia abre la posibilidad de brindar facetas como la masculinidad y feminidad con el objetivo de que el paciente tenga oportunidad de crecer en un contexto de apoyo y libertad.

El encubrimiento de la información por parte de la familia fue un obstáculo para el proceso terapéutico. El silencio como elemento de las pautas de interacción violenta intervenía al abrir los temas de conflicto como las interacciones violentas, la celotipia de Luis y el abuso sexual. La familia respondía con inasistencias totales o parciales de sus miembros, en forma verbal Sandra manifestaba sentir que la terapia separaba más a la pareja y con la negativa de continuar con el proceso de terapia aún cuando se encontraban ante un problema complejo, como es el abuso sexual, en el momento que se realizó la sesión de cierre.

Framo (1988) enfatiza la importancia de retomar el trabajo con la familia de origen, en la terapia. Considero que pudo ser una línea de trabajo importante con la pareja; para comprender, de forma conjunta, la necesidad de control de Luis, a

través de la exploración de sus relaciones con las figuras de autoridad y figuras de cuidado de su infancia, que permitieran encontrar formas diferentes de comportamiento para asumir la figura de autoridad y cuidado en su familia actual. Así como el trabajo con la familia de origen podría ayudarnos a comprender qué necesidades guiaban a Sandra para mantener la complementariedad con Luis, en una relación conflictiva y destructiva.

Por último es necesario mencionar la delicada posición ética que tuvimos como terapeutas en este caso, sobre todo ante la crisis que Sandra refirió en la última sesión, en donde existía un riesgo latente en la integridad de la niña, pero nuestra intención de acompañarla en este proceso se veía impedido porque ella había decidido no continuar con la terapia. En este contexto, priorizando el principio de beneficio del paciente, se decidió brindarle contención emocional y orientación sobre el proceso legal que tenían.

Familia Santiago Hernández: la importancia de resolver un proceso de duelo y definir la relación de pareja

Supervisora

Mtra. Jacqueline Fortes Besprosvany.

Familia

Santiago Hernández.

Supervisión directa del modelo de soluciones

Período: 18.feb al 19.mayo / 2005

6 sesiones asistidas, 2 canceladas y 1 de seguimiento (vía telefónica).

Presentación

** Por razones de confidencialidad se han cambiado los nombres de los miembros de la familia.**

Datos de identificación:

Miguel Santiago (solicitante). 42 años. Chofer. Secundaria.

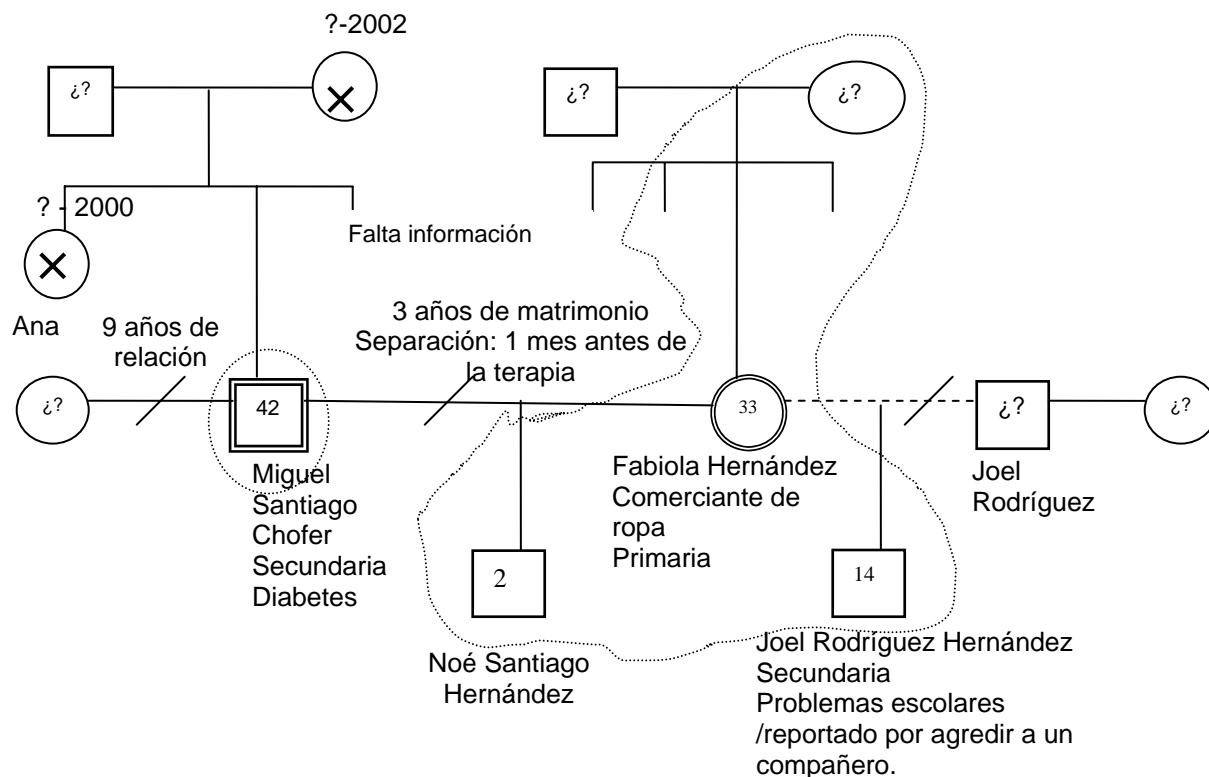
Fabiola Hernández. 33 años. Comerciante de ropa. Primaria

Joel Rodríguez Hernández. 14 años. 3º secundaria.

Noé Santiago Hernández. 2 años.

Lugar de residencia: Copilco, D.F.

Genograma:



Resumen del proceso

Es una familia reconstituida. La pareja tenía tres años de convivencia y había tomado la decisión de divorciarse, y durante el período de terapia detuvieron este proceso. Se había separado un mes antes de acudir al servicio. La iniciativa de solicitar terapia fue de Miguel; Fabiola asistió por invitación de éste. La pareja y el hijo más pequeño asistieron a seis de ocho sesiones programadas.

Fabiola y Miguel antes de conformarse como pareja, ambos tenían como antecedente una relación anterior. Él se separó después de nueve años en unión libre y ella tenía un hijo adolescente de una relación extramarital. Ambos tenían un hijo de tres años.

En la segunda sesión Fabiola refirió que el problema era la falta de atención de parte de Miguel hacia ella. A través de la exploración, se identificó que Miguel manifestaba disfunción eréctil, probablemente relacionado con la diabetes. En la misma sesión emergió el tema de la muerte de la madre y hermana de Miguel, años atrás. Él mencionó que se encontraba en un período de depresión por estos eventos. Y como terapeutas, consideramos importante el trabajo en esta dimensión de su vida.

Por otro lado, Fabiola justificaba que el padre de Joel no estaba con ellos porque no podía, por lo tanto, mantenía un vínculo afectivo con él por ser padre de su hijo, además de que se sentía apoyada por éste. Y mantenía una alianza sólida con su hijo Joel, de tal forma que, la integración fue la principal dificultad que Miguel tuvo que enfrentar al casarse con Fabiola. Joel se mostró celoso y molesto por la boda de su mamá con Miguel.

Las líneas principales de trabajo fueron: la definición de la relación de pareja (separación o reconciliación) y los acuerdos parentales. Sin embargo, también surgieron otros temas como la disfunción eréctil y la depresión de Miguel; el secreto de Fabiola con respecto a la relación de su hijo con el padre biológico de éste.

La terapia terminó cuando en la penúltima sesión, Fabiola explicitó su decisión de no regresar con Miguel. Ante esto, él dijo que seguiría con el proceso

del divorcio. Posterior a la sesión, él informó que había decidido no continuar la terapia y solicitar la custodia de Noé por la vía legal.

Motivo de consulta

En la solicitud de terapia, Miguel refirió “*Mejorar mi relación de pareja y tratar algunos problemas emocionales*”. En la primera entrevista, él expresó su deseo de trabajar el malestar de la pareja por las expectativas no cumplidas durante el matrimonio y el problema de la disfunción eréctil. Posteriormente, emergió el proceso de duelo no resuelto de Miguel, por la muerte de su mamá y su hermana, que él describió como tristeza. Un par de sesiones después, presentaron las dificultades que Fabiola tuvo con su familia de origen, como una situación frustrante en ese momento de su vida. Así como, el sentimiento de culpa por la situación que ha tenido que vivir Joel desde pequeño, entre lo más prioritario, el crecer sin padre y el que ella tuvo que dejar a su hijo bajo el cuidado de su hermana, la mayor parte de su infancia, al asumir el rol de proveedor; y se vislumbró la necesidad de atender la conducta “agresiva” de Joel en la escuela (sin embargo ella no continuó por las condiciones que se definieron para esta etapa). En las últimas sesiones, se abordaron las dificultades de Miguel al asumir su rol parental frente a Joel, así como las dificultades que tuvo en su anterior relación de pareja.

Evaluación diagnóstica

Las áreas de la sexualidad, la comunicación y la expresión del enojo fueron las que resultaron prioritarias en este caso. La forma de comunicación de la pareja era obscura e indirecta. Las formas de expresar el enojo, en los miembros de la familia, eran dicotómicas: agrediendo a lo externo o autoculpándose.

En el área de sexualidad, la pareja mantiene una pauta de rechazo mutuo. Según versión de la pareja, fue Miguel, quien primero, no deseaba tener

relaciones sexuales con Fabiola, debido a la descompensación que tenía (disfunción eréctil), entonces ella se sintió rechazada; y en lo posterior, la forma de demostrar su enojo era rechazando a Miguel cuando éste desea tener relaciones sexuales con ella. Miguel nombró a esta pauta “círculo vicioso” y consideraba que este fue el que los llevó a la separación.

Miguel con un proceso de duelo no resuelto por la muerte de familiares cercanos encontró contención en la relación que mantenía con Fabiola. Según Hirsh (2005) en casos de parejas con un miembro depresivo, la pareja asume el rol de cuidador; lo que nos llevaría a asumir que el vínculo de la pareja se había establecido con los roles de cuidador-víctima, en dónde Fabiola asumía la figura de cuidador y Miguel la de víctima.

La comunicación indirecta y la complementariedad rígida en la relación dificultaban la renegociación de sus acuerdos a nivel conyugal y parental. A nivel de pareja, mantenían un tipo de relación complementaria, permitiendo que Fabiola asuma la posición dominante y Miguel la posición sumisa, envuelto en el discurso de “yo no puedo”. Ambos bajo la premisa de que así controlan al otro desde la posición que tenían. Otra forma de control establecida era a través de la comunicación obscura, indirecta y triangulada, p.e. que Fabiola guardaba en “secreto” que Joel mantenía contacto con su padre biológico, en tanto que Miguel seguía el juego, simulando que no estaba enterado de esto. Por otra parte, se pueden interpretar la depresión y disfunción eréctil como una forma indirecta y confusa de comunicación que Miguel establecía. También estaban los intentos para que un tercero interviniera en la toma de acuerdos de la pareja. En la situación de separación aún cuando ya habían iniciado los trámites de divorcio, Fabiola no aclaraba que había decidido no continuar con Miguel y él entendía que existía probabilidad de reconciliarse.

A nivel de sistema parental, a Miguel se le dificultaba asumir su rol parental en la relación con Joel. Fabiola establecía como prioridad la relación que tenía con su hijo, la imagen de “víctima” que tenía de su hijo le permitía establecer una relación complementaria con este, a la vez que también asumía el rol de “victimaria” (porque lo dejaba al cuidado de un familiar cuando ella tenía que ir a

trabajar, porque le pegaba cuando le daban quejas de él, sin investigar antes sobre la veracidad de la información). Cuando Miguel intentaba establecer alianza con Joel, p.e. brindándole apoyo económico, en una situación que así lo requirió, ella percibió este acercamiento como amenazante e intentó proteger a su hijo de Miguel. Esta pauta también se observó en las sesiones, cuando Miguel intentaba establecer alianza con Fabiola, el vínculo entre ella y su hijo, quien no estaba presente en la sesión, impedía que Miguel tuviera éxito en este intento. Entonces él expresó su enojo, indirectamente, criticando a la familia de Fabiola y al mismo Joel.

Modelo terapéutico

La propuesta de trabajo de la supervisora fue mantener una perspectiva flexible e integradora de la psicoterapia. Así como la búsqueda de un estilo propio como terapeuta. Esto condujo a todo el equipo y a mí a prestar más atención al proceso de comunicación que emergió durante las sesiones. A partir de un análisis posterior considero que mi intervención estuvo enmarcada en el marco conceptual y metodológico de las terapias socioconstruccionistas.

Objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos planteados fueron:

- ✓ Definición de la relación de pareja.
- ✓ Establecer formas de comunicación clara y directa; metacomunicando las formas de comunicación que hasta ahora han establecido y explorando el tema del manejo de la agresión que cada uno tiene.
- ✓ Que Miguel asumiera una posición proactiva en su forma de relacionarse con los demás y con él mismo, cuestionando el discurso de “yo no puedo”.
- ✓ Que la pareja comprendiera su forma de relacionarse a través de la exploración de la familia de origen de ambos.

- ✓ Establecer acuerdos parentales según la decisión que tomaran, ya sea de separarse o continuar la relación; así como explorar las dificultades que habían tenido como familia reconstituida. Y la búsqueda de nuevas formas de relacionarse en esta dimensión.

Intervenciones empleadas

Algunos aspectos importantes abordados fueron la historia de la pareja, la interacción de la familia y los significados construidos alrededor de la pareja. Algunas técnicas que se utilizaron fueron:

- *Técnicas de unión*, utilizadas en la primera sesión; tales como el uso del lenguaje que la pareja utilizaba para describir su problemática. De forma no verbal se mostró aceptación a todos los miembros, se exploró el motivo de consulta y se definió el objetivo de la terapia, en un contexto de aceptación y validación de la posición de ambos.
- Se brindó contención a Fabiola, facilitando la expresión de los temas que a ella le estaban preocupando. Se validó el enojo y dolor que experimentaba en ese momento de su vida.
- Se *elogió* la capacidad de Miguel para apoyar a Fabiola y de afrontar la situación con los padres de ella cuando le entregaron bajo custodia a Noé y él se llevó al niño consigo, pero días después lo regresó a petición de ella, comprendiendo el sufrimiento de ella por la separación de su hijo.
- *El reencuadre* en diversos temas como son las notas de Miguel donde expresaba su sentir sobre Fabiola, que ella leyó “por accidente” y le molestaron. Las cuales se redefinieron como una forma que él tenía de manejar sus emociones y que la intención de él no fue compartir estas notas con ella. Se enfatizó la importancia de respetar la privacidad del otro en este tipo de documentos; como una manera de establecer límites, a través de la noción de respeto a la privacidad de ambos. En cuanto a las dificultades sexuales de la pareja, consideramos necesario ampliar el

concepto del ejercicio de la sexualidad, la cual no se restringe solamente al coito; se refirió que una descompensación es difícil para los hombres, pero que a la vez le abría la posibilidad de vivir la sexualidad de formas diferentes, se le sugirió que la descompensación más que un déficit representaba una oportunidad de disfrutar de la sensualidad. Sobre la actitud de la familia de origen de Fabiola, que ella percibía como falta de apoyo, se reencuadró como una reacción en la que no sabían como apoyarla; sobre todo cuando han tenido una imagen de Fabiola como una persona fuerte. Y de forma general, se les refirió que estas dificultades podrían ser parte del proceso de constituirse como una familia nueva.

- Se utilizó el *desafío* a la posición de indefensión que Miguel tenía frente a los problemas. Acompañando esta técnica con preguntas reflexivas sobre cómo el podía asumir una decisión frente a la situación de su familia, p.e. cuando el refería estar confundido por la triangulación de la comunicación que lo colocaba en una posición entre inocente y víctima. Se le cuestionó cuál de éstas dos posiciones eran las que ocupaba, el dijo no saber. Esto se hizo con el objetivo de devolverle la responsabilidad en el rol que adoptaba ante su situación.
- La *metacomunicación* de conductas y mensajes presentados en la sesión brindó la oportunidad de explicitar las pautas de interacción, así como, de explorar formas alternativas de comunicación, p.e. a ambos se les explicitó que obtener información sobre el otro por medio de terceros no les había dado resultados. Con Fabiola, de manera individual, se definieron las reglas en el manejo de secretos como una forma de establecer límites, así como de comunicarse de forma clara y directa; por tanto, se le dijo que de concertarse una sesión con Joel, el padre de éste y ella, Miguel tenía que estar enterado y de acuerdo con esto. A Miguel se le explicitó la forma de comunicación indirecta y ambigua que establecían en la pareja. Además, cuando se presentaron escaladas simétricas en la sesión, se les validaron las emociones de enojo y dolor que estaban experimentando. Se evidenció la dificultad que tienen para llegar a acuerdos cuando estas emociones

estaban presentes y se intervino en la pauta de comunicación, solicitándoles que comunicaran de forma clara sus ideas y emociones.

- En torno al tema de la maternidad de Fabiola con respecto a Joel, se *elogiaron* los esfuerzos y logros que había tenido en la crianza de su hijo. Así también, se *reencuadró* que sus decisiones estuvieron influenciadas por las circunstancias que rodeaban su situación en el cuidado y crianza de Joel, esto con el objetivo de desculpabilizarla por lo que su hijo había sufrido. Así también, se intervino en la forma de establecer límites, primero explicitando la forma que Fabiola establecía límites con su familia de origen, afirmando que existían decisiones con respecto a los hijos que solamente los padres podrían tomar y no los tíos o abuelos.
- Se empleó el *cuestionamiento circular* en torno a la relación al interior de la familia, sobre cómo se llevaban y las diferencias que existían en las relaciones de Joel-Miguel y Fabiola-Miguel.
- Se *exploraron los significados* de Miguel sobre el paternaje y se re-enmarcaron las acciones que había realizado, como una lucha por el ejercicio de la parentalidad. El equipo, a través de la terapeuta, elogió que la pareja había mostrado disposición para llegar a acuerdos sobre el hijo, con este mensaje se puso se evidencia que ambos tenían la disposición de dialogar. También se elogió a Miguel, al referirle que había tenido logros al poder convencer a Fabiola para que él viera y se llevara a Noé consigo, aún cuando ella no se lo permitía en las primeras semanas de la separación.

Cambios identificados

Entre los principales resultados están la definición clara de la relación, aún cuando ésta se dio en medio de una situación de tensión y molestia por parte de ambos; Fabiola expresó de forma clara que no regresaría con Miguel. Otro aspecto, fue el que el espacio propició la expresión de sentimientos de enojo y dolor que ambos estaban experimentando por las diferentes problemáticas que estaban incidiendo en la relación. Por último, se identificó a nivel de discurso el cambio de la posición

“sumisa” que Miguel tenía a una actitud con más iniciativa y decisión; en la última sesión manifestó que estaba “reconstruyéndose como persona”...sic. Así también, él señaló cambios en su comportamiento a nivel laboral y personal, p.e. comenzó a leer, sentía más energía para trabajar y refirió que expresar su tristeza por la muerte de su hermana y mamá fue un factor determinante para estos cambios. Cabe mencionar, que aún mantuvo la triangulación de la relación al intentar establecer acuerdos parentales por la vía legal, sin antes intentarlo de forma directa con Fabiola.

Observaciones del trabajo terapéutico

El equipo se mostró empático con la pareja, las reflexiones generadas durante las sesiones validaban los sentimientos de ambos, así como también estaban matizadas de la diversidad de opiniones lo que permitió riqueza en las discusiones sobre el caso, que finalmente facilitó el proceso de aprendizaje de la terapeuta y la familia.

La supervisora se mostró cercana, facilitando la reflexión de caso desde diferentes perspectivas de la terapia familiar, brindó orientación teórica sobre los diversos temas que surgieron durante cada sesión; y promovió el espacio para que yo pudiera sentir seguridad y libertad al intervenir de acuerdo a mi propio estilo.

A nivel personal, como terapeuta, considero que mi actitud fue de cercanía con cada uno de los miembros que asistieron a las sesiones; intentando mantener una escucha activa y actitud receptiva durante las sesiones con la familia, así como en las intersesiones con el equipo y supervisora.

Discusión teórica-metodológica de la intervención

Gilbert y Shmukler (2000) señalan que los problemas más comunes en las parejas son la pérdida de erección o eyaculación precoz en el hombre, y en la mujer

incapacidad para lograr el orgasmo. Añaden que, los problemas sexuales pueden enmascarar dificultades de comunicación que afectan las demás áreas de la relación. Por lo cual, sugieren explorar esta área de manera sensible y abierta que promueva el espacio para la negociación y la toma de acuerdos. De acuerdo a las mismas autoras, cuando existe la pérdida de una persona cercana e importante en la vida de uno, por muerte o divorcio, con frecuencia se experimenta como una “pérdida de parte de mí mismo” o la sensación de sentirse incompleto; y se necesita tiempo para la reconstrucción gradual de un sentimiento viable de identidad.

El enfoque que delimitó la intervención fue integrativo, es decir se mantuvo la perspectiva de integrar los diferentes modelos terapéuticos en torno a la problemática, situación y características particulares de la familia. Cabe señalar que el proceso estuvo permeado por la perspectiva socioconstruccionista. Sin embargo, se mantuvo en todo momento la lente sistémica; p.e. desde el modelo colaborativo, no se enfatiza en las técnicas sino la posición del terapeuta, y a la vez se retoma la idea de Selvini Palazzoli quien plantea la posibilidad la entrevista como intervención en donde la introducción de información al sistema permite a éste reestructurarse es decir, se hizo énfasis en el proceso más que en el contenido de las sesiones. En este sentido, se identificaron pautas de interacción y se intervinieron en éstas, en los momentos en que surgieron durante la entrevista, por ejemplo: el equipo señalaba que el discurso de Miguel era de indefensión ante los demás o lo externo para obtener una respuesta de confirmación hacia su persona, por lo que como terapeuta cuando él expresaba su indefensión yo asumía una posición pesimista hacia su capacidad para afrontar la situación detallada; entonces, Miguel reaccionaba confirmando sus capacidades y a sí mismo. O bien, en momentos en que la pareja discutía sobre los malos entendidos, explorábamos el contexto en que éstos se dieron y se explicitó de qué manera ambos eran responsables de los malos entendidos al obtener información de terceros y no de forma directa.

En los temas difíciles para la pareja se propició un contexto de apertura para abordarlos, señalando la necesidad de escuchar al otro. White (2004) habla

de las conversaciones de remembranza en presencia de la pareja. Gilbert y Shmukler (2000) refieren un trabajo similar con las parejas, lo llaman “escucha empática”, y lo sugieren como una forma de brindar el contexto para que expresen los sentimientos y necesidades ignorados o desconocidos frente a su pareja sin el temor de ser enjuiciados; promoviendo el proceso de sentirse comprendido y aceptado, así como el establecimiento de formas de comunicación abierta y directa en la relación. Se abordaron temas como falta de apoyo que Fabiola percibía de su familia de origen, la tristeza que Miguel sentía por la muerte de su madre y hermana y el tema de la disfunción eréctil en la pareja. Este tipo de intervención permitió que Miguel y Fabiola se vincularan entre sí a través de las historias y resignificaran las creencias que cada uno tenía de sí mismo y de la relación.

La pareja define su relación, deciden no reestablecerla; en la evaluación de la terapia Miguel menciona “me estoy reconstruyendo”, metáfora que alude al proceso de asumir el compromiso de transformación de su propia identidad, que podría entenderse como un indicio del proceso de duelo que se fue resolviendo en el período de terapia, de acuerdo con Gilbert y Shmukler.

El enfoque colaborativo menciona la importancia del diálogo que mantienen los diferentes actores de la terapia. En este caso como terapeuta implicó hacer consciente las sensaciones e ideas que emergían en mi persona durante la sesión, a partir de esto surgieron acciones que estuvieron encaminadas a clarificar la comunicación, como son el manejo de los secretos, la sensibilidad ante los miembros de la pareja. Y sobre todo aprender a reconocer y manejar las expectativas de cambio familiar.

Conclusiones

En cada una de estas familias, la esposa tiene hijos de su anterior relación de pareja; en ambas familias las formas de interacción eran diferentes, la primera estaba caracterizada por la violencia intrafamiliar y la segunda por un problema de duelo no resuelto y la disfunción eréctil. Ambas situaciones denotan un estilo de comunicación indirecta y ambigua. Aún cuando se trabajaron con modelos diferentes, un objetivo en común fue la búsqueda de formas de comunicación abierta, clara y directa. Los temas recurrentes fueron el establecimiento de límites intra y extrasistémicos, así como el ejercicio del rol parental, en donde al varón, se le dificultaba asumir su rol de padre y figura de autoridad frente a los hijos de su pareja.

Aunque en ningún caso existió una madrastra, llama mi atención el hecho de que fueran los varones quienes tuvieron dificultad al asumir el rol parental en una familia reconstituida. Esto podría obedecer a nuestros patrones y creencias culturales, que brindan primacía al vínculo consanguíneo para el reconocimiento del parentesco entre las familias. Y que educa a las mujeres para el cuidado de los hijos, dejando a un lado la educación de los hombres en esta función. Sin embargo, en el contexto de cambio de las familias, estas nociones de parentesco y roles de cuidado tienen la posibilidad de transformarse para dar cabida a las estructuras familiares y relaciones diversas que están surgiendo en nuestra sociedad.

Fortes (comunicación personal, febrero, 2005) refiere que el término más cercano para referirnos a este tipo de familias es el de “familias complejas”, porque están implicadas en un entramado diverso de relaciones y problemáticas, que requiere de mucha flexibilidad y creatividad de la nueva pareja para poder establecerse como familia. Algunos elementos que se requirieron en el trabajo con esta familia fueron:

- ✓ Establecer formas de comunicación abierta.

- ✓ Mantener una postura de colaboración conjunta en la definición de los problemas y la búsqueda de alternativas de solución.
- ✓ Promover un contexto que permita a los miembros de la familia ser flexibles y creativos en la búsqueda de soluciones o alternativas, a través de la validación de los sentimientos y la escucha empática.

Una dificultad en el trabajo con ambas familias, es que entendían a la terapia como un medio o condición para reestablecer la relación de pareja, por lo que en los momentos en que ellos decidían con respecto a su relación, definía la continuación o no del proceso terapéutico. Esto limitó el trabajo, porque cuando definen la relación claramente, no ven más sentido en la terapia y la abandonan; dejando inconclusos muchos otros temas que como terapeutas percibimos que eran necesarios trabajar en la terapia.

Con respecto al proceso de aprendizaje de la terapia, las diferencias percibidas con respecto a la intervención con un modelo u otro se centran en la postura de la terapeuta. El modelo terapéutico utilizado en cada familia implicaba una posición diferente, por ejemplo: con la familia Utrilla Velasco, el rol de asumido fue más directivo en donde la expectativa de cambio era más intensa y encubierta para mi; en cambio con la familia Santiago Hernández, existió una mayor apertura de asumir un rol colaborativo, de enfatizar menos asimetría en la relación cliente-terapeuta. Mi experiencia con la familia Utrilla Velasco significaba el primer contacto de trabajo desde la perspectiva sistémica y con el tema de violencia intrafamiliar, a diferencia del segundo caso en donde había mayor conocimiento y manejo de las formas de intervención, así como una mayor confianza de trabajo con el equipo y supervisora. Esto permitió que el caso pudiera profundizarse más durante las reflexiones del equipo, en la interacción con la familia me percibía menos tensa y preocupada por ellos, en cambio, estuve más concentrada en el análisis de la interacciones que se daban en la sesión.

Después de hacer esta revisión de los casos, me ha llamado la atención como muchas preguntas que los terapeutas tenemos de forma anticipada a las sesiones se quedan en el tintero, en intenciones, no se realizan, sin embargo

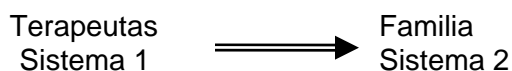
surgen otras; lo cual me lleva a recordar lo que la Mtra. Nora Rentería siempre dijo al grupo, después de los análisis de casos: ¿Qué hubiera pasado si otras preguntas se hubieran realizado? Entonces, me ha surgido como respuesta que las sesiones toman dirección por las aperturas que la familia proporcionaba, seguramente que de haber desarrollado preguntas o temas diferentes a las que se realizaron, el proceso tendría una dirección distinta, pero seguir los temas preferidos de la familia, es un riesgo que tiene que asumirse, porque no puede saberse hacia donde se dirigirán ni que resultados que emergerán; sin embargo el análisis y reflexión sobre el proceso psicoterapéutico son básicos para poder promover contextos en las sesiones que permitan a las familias encontrar formas de relación diferentes y más útiles.

Este proceso de aprendizaje me permitió comprender que aún cuando teóricamente se puede aprender un modelo, en la práctica es diferente, como dice una canción conocida “se hace camino al andar”; los procesos de aprendizaje son recursivos, por lo que en la formación como terapeutas el proceso es continuo; la teoría aporta un mapa que nos permite guiarnos en el proceso, pero hacer terapia es todo un arte que se aprende sesión con sesión y requiere de un trabajo de reflexión constante centrado en la persona del terapeuta, su práctica clínica y las particularidades del caso.

Análisis del sistema terapéutico total desde la cibernética de segundo orden

La metáfora de cibernética es muy útil para explicar cómo se organizan los sistemas. En el contexto de la psicoterapia el sistema que se crea puede ser analizado desde diferentes perspectivas. En la cibernética de primer orden se habla de que existen dos sistemas terapéuticos: sistema 1 (terapeuta) y sistema 2 (familia). Los cuales se interrelacionan a través del intercambio de información; en donde el terapeuta busca la estabilidad de la familia (ver Figura 9).

Figura 9. Sistemas desde la cibernética de primer orden.



En la cibernética de segundo orden la perspectiva cambia. Lynn Hoffman (1981) refiere dos conceptos de Mayurama; la morfostasis que significa que el sistema debe mantener constancia ante los caprichos ambientales y la morfogénesis, según la cual, a veces un sistema debe modificar su estructura básica. En este proceso se identifica una retroalimentación positiva o secuencias que actúan para amplificar la desviación, como el caso de la mutación que permite a una especie adaptarse a condiciones ambientales modificadas.

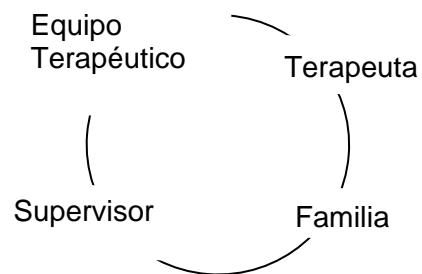
Hoffman menciona dos tipos de retroalimentación, la positiva que favorece el cambio y la negativa, que es conservadora, promueve el statu quo y por tanto inhibe el cambio. Agrega que Mayurama refiere que existen rizos¹ causales mutuos: positivos y negativos, contrapesándose en cualquier situación dada.

Para el análisis presentado se parte de la idea de que supervisor, equipo, terapeuta y familia representan subsistemas de un sistema terapéutico total (ver Figura 10). Y consideré que la retroalimentación en este contexto pudo ser negativa o positiva, es decir la forma de organizarse consiguió mantener el *statu*

¹ “Rizos” significa una serie de hechos causados mutuamente en que la influencia de cualquier elementos regresa a sí misma por medio de otros elementos.

quo de cada uno de los sistemas, conservando su estructura original, o bien pudieron transformarse hacia nuevas formas de interacción.

Figura 10. Subsistemas del sistema terapéutico.



En el lapso de dos años de formación académica y clínica, las relaciones entre estos subsistemas fueron modificándose y se identifican tres fases, partiendo de los momentos que tuvimos como equipo de alumnos. Éstas son la integración del equipo de terapeutas, la etapa de transición hacia una postura activa en el proceso terapéutico y la etapa de autodirección del equipo.

La fase de *integración del equipo de terapeutas* comprende actividades que favorecieron la creación del vínculo afectivo entre los miembros del equipo; en donde se permitió la confianza y la individuación en la forma de guiar la entrevista. En este sentido, existieron eventos importantes como son: el taller de Familia de Origen del Terapeuta (FOT), el trabajo con genograma, el trabajo con familia de origen bajo la dirección del Dr. Raymundo Macías; por otro lado, en lo extra académico, asistimos a foros, ponencias y cursos.

De forma simultánea se dio la formación teórica a través de la revisión de los fundamentos epistemológicos de la terapia familiar y modelos terapéuticos como el estructural, el estratégico y el de terapia breve. En esta etapa la posición tomada por el equipo fue de observador, aún cuando existían uno o dos terapeutas frente a la familia, la dirección del proceso estaba en su mayor parte a cargo del supervisor; es decir a éste se le asignaba mayor jerarquía sobre qué o cómo abordar cada caso, la relación establecida entre supervisor y equipo de terapeutas era vertical. En las discusiones de la intersesión existía cierta dificultad

para aterrizar los conceptos teóricos de los modelos correspondientes a las prácticas supervisadas; se retomaban conceptos de otros campos de la psicología para explicar lo que se observaba en el proceso de la sesión; o bien las observaciones se dirigían hacia el contenido de la sesión más que centrarse en el proceso de interacción.

En cuanto a la relación con las familias la posición asumida era de excesiva preocupación por ellas y de un interés en modificar sus pautas de interacción; desde la perspectiva de la cibernética de segundo orden, como equipo no se alcanzaba a visualizar a éste como parte del sistema, de qué manera el marco teórico que se tenía sesgaba el comportamiento, las observaciones y la forma de dirigir la entrevista del terapeuta.

La etapa de *transición hacia una postura activa en el proceso terapéutico*, significó para el equipo dejar gradualmente la posición de observador y cambiar a una postura activa. Esta etapa estuvo acompañada del conocimiento teórico de los modelos de terapia breve, Milán, soluciones y modelos posmodernos; existía una mezcla de fuerzas que impulsaba al equipo a ser activo, pero a la vez limitarse por la sensación de ser supervisado.

Los supervisores a cargo en su mayoría facilitaban el contexto para que el equipo y terapeuta hicieran un trabajo de análisis de los casos, integrando aspectos teóricos, observaciones de la sesión y reflexiones personales; invitando también al equipo a centrarse en el proceso de la sesión, a identificar pautas de relación y a evaluar las sensaciones que emergían en los miembros del equipo. En este sentido, se realizaron dramatizaciones en las asignaturas teóricas, como una forma de conceptualizar los casos; ésta actividad brinda la pauta para la siguiente etapa.

Los terapeutas y equipo entrábamos en un dilema sobre que posición asumir con los consultantes, existían modelos que permitían tener una posición clara de liderazgo por parte del terapeuta en la dirección del proceso; sin embargo, en otras prácticas se permitía al terapeuta permanecer en una postura colaborativa; sin embargo, las reflexiones reflejaban el cuestionamiento de cuál era la postura “adecuada” que podríamos asumir.

En la relación con las familias existió mayor apertura hacia ellas, se identifica con mayor facilidad el grado de involucración de sus miembros con el sistema terapéutico; se dio más apertura para trabajar de forma individual los problemas de relación que tenían las familias; los cambios comenzaron a visualizarse de forma diferente, a la vez los consultantes, en su mayoría, comenzaron a retroalimentar sobre cambios que ellos percibían. Por otro lado existieron casos “difíciles” por los temas de violencia intrafamiliar, anorexia y depresión, que demandaban, de todo el equipo, mayor atención y esfuerzo por parte de todos para poder abordar los casos, que en su momento representaron todo un reto, pero finalmente significaron una oportunidad de aprendizaje.

Ante el aumento en las horas de práctica el equipo tomó una forma diferente de trabajo, caracterizada por una mayor integración y organización para poder responder al incremento de casos atendidos. Esta circunstancia brindó la pauta para que el equipo adoptara una postura autodirigida frente a la atención de las familias y el propio proceso de formación de sus miembros. Metodológicamente, un aspecto importante en esta etapa fue el trabajo con equipo reflexivo, facilitando que el grupo asumiera una mayor responsabilidad de cada uno de los casos. Las discusiones o reflexiones de las intersecciones fueron diferentes en comparación con la etapa anterior. Los miembros del equipo comenzamos a reconocer cómo las historias o emociones de las familias hacían eco en nuestra historia personal; se mostró más empatía hacia los miembros de las familias o parejas y hacia el propio terapeuta; el equipo comenzó a asumir la figura de contención y apoyo durante las sesiones, tanto para el terapeuta como para la familia.

Emergió la tendencia de trabajar en equipo reflexivo, permitiendo a los miembros del grupo comprometerse y responsabilizarse en mayor medida con los consultantes, así también, requirió de un proceso de aprendizaje de cómo elaborar preguntas o diferentes temas frente a las familias, de tal manera que, se proporcionaran diversidad de ideas en torno a la situación narrada; cuidando la forma en que nos expresábamos, atendiendo a nuestros propios prejuicios o creencias y expresando posibilidades, más que realidades totalizantes.

La relación con el supervisor(a) fue cambiando. El temor de ser evaluado ya estaba superado, ahora cada miembro del equipo tenía la confianza para dar sus ideas y opiniones, es decir, se tornó hacia una relación más horizontal entre equipo, terapeuta y supervisor; se identifican habilidades como son la tolerancia ante las diferencias y formas de consenso flexibles; en esta etapa el supervisor invitaba a los terapeutas a explorar su forma personal de hacer terapia, brindándose un espacio para escuchar al terapeuta, en cuanto a sus hipótesis, de tal manera que durante la entrevista supervisor y equipo pudieran seguir la línea de trabajo del terapeuta, apoyándolo con observaciones, reflexiones e ideas sobre la sesión o el caso en general. El terapeuta tuvo mayor apertura para expresar lo que estaba sintiendo en el proceso de la sesión; para explorar su propio estilo en las sesiones, para decidir sobre los temas a abordar con los pacientes.

En uno de los casos en que yo era la terapeuta se practicó un método de supervisión diferente, llamado *asif* (como sí), propuesto por Anderson (1997). Las etapas de este ejercicio incluyen presentación del caso, escucha de la experiencia del terapeuta, reflexiones del equipo y discusión conjunta; en torno a la experiencia del terapeuta con respecto a una sesión o caso específico. Esta actividad permitió entender las acciones y creencias del equipo y terapeuta; a través de esta actividad pude comprender muchos aspectos que no había considerado en la relación que tenía con la pareja consultante y conmigo misma.

Anderson aborda el tema de la escucha activa en la que el terapeuta es consciente de las ideas que surgen a partir de la escucha del cliente. Se podría decir, que el ejercicio de esta habilidad es un logro durante esta etapa del equipo. Hoffman refiere que la forma de trabajo caracterizada por el “acercamiento de sistemas relacionales” se caracteriza por que el terapeuta establece una relación de igualdad e interdependencia con el cliente.

En cuanto a las familias la perspectiva diferente sobre éstas facilitó que se comenzara a contemplar la transformación como un proceso mutuo que se genera en terapia, porque como equipo terapéutico desarrollamos otros recursos para poder interpretar, describir y evaluar lo que estaba ocurriendo con las familias, terapeuta, equipo y supervisor desde una perspectiva integrativa.

En un estudio desarrollado por Stolk y Perlesz (1990, referidos por Holmes, 1998), los estudiantes que aprendieron la teoría se volvieron más adeptos en el manejo de las técnicas de la terapia familiar, pero disminuyó la satisfacción de la familia sobre la terapia. Una de las interpretaciones es que a la familia le molesta sentirse como objetos que necesitan ser “arreglados”, esto ocurre cuando el proceso de la terapia se basa en el simple uso de técnicas o de la evaluación. Con base en esto, se pueden mencionar las diferencias entre el trabajo de la segunda y la tercera fase del equipo. En la segunda fase se percibía que entre más preocupados estábamos, equipo y terapeuta, por modificar las pautas de las familias, éstas, en su mayoría, eran persistentes en mantener la pauta del no cambio; sin embargo en la fase de autodirección, tanto terapeutas y equipos nos permitimos asumir una postura menos asimétrica con los pacientes, entonces, el equipo comenzó a visualizar no el cambio como tal, sino una transformación de las relaciones al interior de la familia o pareja.

Un caso que ejemplifica esta etapa del equipo es el siguiente: se trata de una familia con un acto violento que involucró a todos sus miembros, en una discusión entre papá e hija, la mamá intervino y fue golpeada por el papá, el hijo (adolescente) destruyó objetos personales del papá como forma de parar la escalada. Durante la sesión, la familia narró el evento en un contexto emocional de enojo, tristeza y culpa; el terapeuta mantuvo una postura de escucha y respeto frente a la familia, nombró el acto como violencia pero no estigmatizó al papá, que ante la familia era el “violento”, más bien se centró en lo que deseaba cada uno para su familia. Esta cercanía, interés y respeto que el terapeuta demostró hacia la familia hizo que la familia se sintiera con la confianza suficiente para abrir los temas importantes alrededor de este evento. Personalmente, este caso me asombró cuando, en las dos sesiones siguientes, la pareja reportó sentirse más unida y tolerante; durante el resto de la terapia no reportaron otro evento violento, más bien se enfocaron en buscar formas para integrar a la familia. Los resultados en este caso están relacionados con la habilidad que el terapeuta tuvo para establecer una relación de confianza con los miembros de esta familia, permitiéndoles decidir y asumir la responsabilidad de los cambios que deseaban.

El proceso del sistema terapéutico total fue gradual. Cada etapa de desarrollo de los terapeutas implicaba una serie de transformaciones en la forma de intervenir, de construir los mensajes, de dirigir la entrevista, así también las relaciones que había con los supervisores (as) y los consultantes. Cabe mencionar que los supervisores y docentes facilitaron este proceso de aprendizaje. De forma paralela buscaban atender la problemática de las familias y promover el desarrollo de habilidades en los miembros del grupo de terapeutas en formación. Tarragona (1999) aborda el tema de la supervisión desde una postura posmoderna, en la que se valora la multiplicidad de voces y perspectivas que un equipo puede ofrecer. En este sentido podría aseverar que la tercera etapa de trabajo del equipo y supervisor estuvo enmarcada en el contexto de creación conjunta de significados en la terapia. Un proceso de aprendizaje que involucró cambios a nivel metodológico, epistemológico y personal. Los cambios de tipo metodológico se encuentran muy relacionados con los cambios epistemológicos que implicaron aprender a utilizar una lente exclusivamente sistémica y posteriormente, integrar la visión hermenéutica. A nivel personal esta experiencia de formación en compañía de un equipo fue una experiencia provechosa que implicó una postura diferente ante mi propia historia.

HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

Los trabajos presentados en esta categoría comprenden dos estudios, diferentes en cuanto al método y la temática. La primera es un tipo de estudio cualitativo, que versa sobre la formación del terapeuta; en tanto que el segundo, es un tipo de estudio cuantitativo, dirigido a la validación de una escala.

Formación del terapeuta: un caso, modelo de soluciones

Resumen

El objetivo del estudio fue analizar el proceso de formación de los terapeutas, de la residencia en terapia familiar, en el manejo del modelo de soluciones. Fue un estudio de tipo etnográfico. Los procesos observados fueron las sesiones de entrevista de la práctica supervisada del modelo de soluciones; se utilizaron como instrumentos los registros y transcripciones de las sesiones correspondientes, así como una entrevista realizada con un supervisor, experto en el modelo de soluciones. Los resultados indican que, en la última observación del proceso de aprendizaje del modelo terapéutico, se observa mayor interconexión de las técnicas utilizadas, una entrevista enfocada en las excepciones, los recursos y el futuro. También se identifica el manejo de ciertas técnicas como el parafraseo, la validación de sentimientos y las preguntas circulares; ésta última corresponde al modelo de Milán. Por otro lado, en la entrevista con el supervisor a nivel de discurso se observa una interconexión entre el lenguaje de distintos modelos terapéuticos de la terapia familiar.

Introducción

En la terapia familiar existen dos visiones generales de entender el quehacer terapéutico: la visión cibernética y la visión narrativa o hermenéutica (Hoffman, 1990, pp.1-2). Cada una de estas visiones implica una posición diferente del

psicoterapeuta. La visión cibernética concibe a los sistemas como una arquitectura social relativamente fija. Su foco de atención es la estabilidad del sistema e implica que el psicoterapeuta es el que tiene la iniciativa en el cambio del sistema, ya sea estabilizando o desestabilizándolo. En tanto que la visión narrativa ve al sistema como un entramado intersubjetivo fluido de construcción de significados. Su interés se centra en el discurso, en la emergencia de la multiplicidad de narrativas. Por tanto su rol es la de un colaborador en la construcción de esta multiplicidad.

Keeney (1987) refiere que el sistema de terapia abarca a los individuos que participan y al contexto en que surge esta relación; por tanto los participantes, terapeuta y clientes forman parte de un aprendizaje conjunto. En este sentido, como parte del grupo de terapeutas en formación fue de especial interés enfocarme en los procesos de aprendizaje del alumno en el manejo de los modelos terapéuticos revisados y aplicados durante la residencia de terapia familiar. La razón de investigar un modelo específico se debe a aspectos de factibilidad, interés personal en el tema y porque el modelo de soluciones integra aspectos de terapia breve, así como nociones de los modelos posmodernos.

Modelo de soluciones

El modelo de soluciones es una evolución del modelo de terapia breve del MRI. Esto implica que los fundamentos teóricos que lo estructuran son la teoría de los sistemas, teoría de la comunicación humana y ésta enmarcado dentro del modelo cibernético. A diferencia de los demás modelos estratégicos este modo de intervención enfoca el trabajo hacia las soluciones y el futuro. Comparte ciertas premisas con los modelo de terapia posmoderna (para mayor referencia, las premisas y la explicación del modelo se encuentra en el Capítulo 2, en el apartado del Modelo de soluciones).

Beyebach (1999) señala algunas líneas de investigación sobre el modelo como la eficacia, tasa de recaídas, duración del tratamiento, aplicabilidad y grado de formación de los terapeutas. En relación al último tema, Beyebach realizó un estudio en 1977 y no encontró diferencias significativas entre los terapeutas, expertos y novatos, el éxito y duración de la terapia. Parece ser que el modelo no

requiere una extensa formación para ser aplicado de forma exitosa.

Método

OBJETIVO GENERAL: Analizar el proceso de formación de los terapeutas, de la residencia en terapia familiar, en el manejo del modelo de soluciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Observar las diferencias en el proceso de aprendizaje del modelo de soluciones. Identificar elementos similitudes y convergencias de las intervenciones a través del tiempo en el manejo del modelo de soluciones.

PREGUNTA PRINCIPAL: ¿Qué características existen en el proceso de aprendizaje de la intervención clínica del modelo de soluciones?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS: ¿Qué diferencias se encuentran en la forma de intervenir de un psicoterapeuta en el proceso de aprendizaje del modelo de soluciones? ¿Qué similitudes existen en las intervenciones de un psicoterapeuta en el proceso de aprendizaje del modelo de soluciones?

La investigación fue de tipo etnográfico. El período de observaciones comprendió los meses de agosto a diciembre del 2005, etapa correspondiente a la práctica de supervisión del modelo de soluciones. El escenario de la investigación fue un centro de servicios psicológicos de la UNAM; en donde se ha proporcionado atención psicológica al público general que lo solicita, en diversos tipos de terapia como: individual, familiar; cognitiva-conductual, experimental, infantil, de adicciones, de control de peso, entre otras. Las sesiones de terapia familiar se realizaron en cámaras de observación, que contaban con equipo de audio, videograbación, interfón y espejo unidireccional. La modalidad de trabajo fue con supervisión directa o narrada, con la participación de un equipo

terapéutico (terapeuta, observadores, en algunas ocasiones un coterapeuta).

La población correspondió a un grupo de alumnos de la maestría en terapia familiar del programa de posgrado de la UNAM. La preparación teórica del grupo comprendía los conocimientos en terapia familiar sistémica, contaban con un aproximado de 320 horas supervisadas de practica clínica, en un lapso de año y medio; los modelos bajo los que habían sido supervisados eran: modelo estructural de Salvador Minuchin, Modelo Estratégico de Jay Haley, Terapia Breve del MRI, Modelo de Milán, Modelo de Soluciones del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee.

Los procesos que comprendieron esta investigación fueron las sesiones terapéuticas con supervisión directa bajo el modelo de soluciones. Las sesiones que se registraron fueron la primera y décima.

Instrumentación

Las técnicas de recolección de datos se describen en los siguientes párrafos y los formatos se encuentran en el Anexo 1.

- Registros de las observaciones de las sesiones terapéuticas de la práctica supervisada del modelo de soluciones que se diseñaron para registrar los datos generales de la sesión, las intervenciones principales del terapeuta y los comentarios generales del observador.
- Análisis de las sesiones, que incluye la transcripción y codificación de éstas. Los códigos se definieron de acuerdo a las técnicas terapéuticas presentadas en el marco conceptual del modelo de soluciones (capítulo 2), así como de las técnicas de otros modelos terapéuticos.
- Entrevista semi estructurada realizada a un terapeuta-supervisor con experiencia en el manejo del modelo de soluciones. El tema de la entrevista exploró la experiencia del supervisor con respecto al proceso de aprendizaje del modelo de soluciones de terapeutas en formación.

Resultados

Las características de los clientes con quienes se realizaron las sesiones analizadas, fueron: el motivo de consulta refería problemas de pareja como celos o peleas entre ellos; las sesiones con la pareja fueron intensas emocionalmente en la mayor parte del tratamiento.

Ahora bien, las diferencias encontradas, entre la primera y la décima sesión, fueron:

Primera sesión

La terapeuta marcó la pauta de inicio en la que se identificó la tendencia conocer de forma inicial el contexto del problema; existieron preguntas dirigidas a explorar de qué se trataba el problema de la pareja, dónde se presentaba, desde cuándo existía, con qué intensidad.

Los clientes respondieron a las preguntas de la terapeuta y el proceso que siguió la sesión fue en torno al problema. Al cuestionar se abrieron posibles conflictos en la familia; de acuerdo a la entrevista se identificaron preguntas que exploraron algunas áreas de conflicto, p.e. terapeuta: “¿cómo ve esto de que su esposa estudie? Ya ve que cuando la esposa trabaja ya no es el mismo tiempo”...sic.

Las técnicas desde el modelo de soluciones fueron pocas y aisladas; estaban centradas a establecer enganche terapéutico con la pareja por medio del elogio o de utilizar el mismo lenguaje que utilizan los clientes; así como, a establecer los objetivos de la terapia.

La supervisora intervino para redireccionar la sesión; en vista que el proceso de la sesión estaba centrado en el conflicto ella sugirió explorar áreas no problemáticas, p.e. la relación entre hermanos y las actividades de convivencia en la familia.

Décima sesión

La iniciativa para hablar del problema fue de la pareja, específicamente el esposo. La terapeuta se enfocó en la exploración de las excepciones y el cambio; acompañando esta forma de intervenir con un grupo de técnicas como fueron el elogio, el reenmarcado, las preguntas presuposicionales sobre el cambio, aún cuando la pareja se centró en hablar de los problemas que habían tenido.

La terapeuta realizó un par de preguntas de forma aislada sobre el problema, pero no mantuvo esta línea de trabajo.

Las intervenciones del modelo de soluciones estaban interconectadas y no aisladas como en la primera sesión. Las técnicas utilizadas llevaron una dirección: la búsqueda de posibles alternativas de relación en la pareja en torno al tema que ellos hablaron durante la sesión.

La intervención de la supervisora planteó la sugerencia de trabajar con equipo reflexivo como una forma de apoyar las acciones de la terapeuta.

Por otro lado, en ambas sesiones se identificaron ciertas similitudes en las técnicas utilizadas, como fueron:

- El parafraseo, es decir retroalimentar a la pareja sobre lo que la terapeuta entendió de la conversación con ellos.
- Reconocimiento y validación de los sentimientos en momentos de emoción intensa, la terapeuta manifestó los sentimientos que observaba en la pareja, justificó y validó que fueran experimentados por la situación que vivían.
- Las preguntas circulares fueron utilizadas como apoyo en la exploración del problema en la primera sesión y de las soluciones en la última sesión.

La última parte de los resultados comprende las reflexiones del supervisor con diez años de experiencia en el manejo del modelo de soluciones y las observaciones sobre el discurso de éste, en la entrevista realizada. El supervisor refirió tener un eje socioconstruccionista en su práctica clínica, integrando los diferentes modelos de acuerdo a las necesidades del cliente. Él, ha observado que

iniciar el proceso de formación con el entrenamiento del modelo de soluciones ha facilitado que los estudiantes tengan confianza al comenzar su práctica clínica y puedan integrar los modelos más complejos. Señala la importancia de tener confianza en los clientes. Las observaciones en torno al discurso del supervisor son que aún cuando la entrevista se centró en el modelo de soluciones, el lenguaje que utilizó estaba matizado de términos enmarcados en los modelos posmodernos, como la terapia narrativa y colaborativa.

Discusiones

Existen algunos aspectos a considerar en esta investigación, en la primera sesión no existía una relación terapéutica establecida entre la pareja y la terapeuta, a diferencia de la última sesión en donde ya tienen más tiempo trabajando juntos; esto pudo influir en la forma de conducir la entrevista, por parte del terapeuta.

En las diferencias encontradas podemos identificar una mayor un manejo de las técnicas e intervenciones del modelo de soluciones de forma integral y consistente, que brindaron más coherencia en los temas de conversación que establecieron los participantes de la sesión. Así también, como parte de la formación en psicoterapia con un enfoque sistémico, es difícil encontrar que el terapeuta intervenga de forma pura con un modelo de terapia; más bien, existe entrelazamiento entre las técnicas utilizadas. A través del tiempo el terapeuta va integrando los diferentes conceptos del modelo y descarta otras formas de intervención en la medida que observa los resultados obtenidos.

Estudio para la validación de la Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF)

Trabajo realizado en coautoría con Iliana Álvarez Antillón².

Resumen

Las escalas empleadas en este estudio para la validación de la Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) fueron: a) Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) de Olson, Portner y Berll (1978); b) Escala de diferenciación del sistema familiar (DIFS) de Anderson y Sabatelli (1992) y la c) Escala de Depresión CES-D de Radloff (1977). El proceso de validación estuvo fundamentado en la teoría sobre la correlación entre sistema familiar, diferenciación del sistema familiar y depresión. La muestra estuvo constituida por 220 jóvenes, de ambos sexos, con un rango de edad de 16 a 20 años, pertenecientes al nivel medio y medio superior. La confiabilidad obtenida de las escalas fue alta, el CESF obtuvo un alpha de Cronbach de .9262; el coeficiente final del CES-D fue de .9479 y con .9093 de confiabilidad estuvo el DIFS. Entre las escalas y subescalas se obtuvo una correlación aceptable y positiva entre el CESF y el DIFS; así también, se obtuvo una correlación aceptable y negativa entre el CESF y el CES-D, y entre el DIFS y el CES-D. Los resultados obtenidos indican una confiabilidad y consistencia interna homogénea en cada una de las escalas y subescalas que las componen. Y la correlación entre éstas comprobó las hipótesis de que una mayor diferenciación familiar favorece el funcionamiento familiar y disminuye el nivel de depresión experimentado por el adolescente.

² Trabajo realizado con la supervisión del Dr. Javier Aguilar Villalobos.

Introducción

Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) de Olson, Portner y Berll (1978)

El funcionamiento familiar es definido como el conjunto de rasgos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma en que ésta opera, evalúa o se comporta (McCubbin & Thompson, 1987; citado en Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2001). Se identifican dos grandes dimensiones del funcionamiento familiar, que son:

- **FLEXIBILIDAD:** se relaciona con la capacidad que tiene el sistema familiar para cambiar los roles, las reglas y la estructura de poder en respuesta al estrés situacional y al propio desarrollo.
- **VINCULACIÓN EMOCIONAL:** se define como la cohesión que los miembros de la familia mantienen entre si.

En 1978, Olson, Portner y Berll iniciaron el análisis del funcionamiento familiar con un conjunto de escalas denominadas FACES, construidas con un lenguaje accesible para niños a partir de los doce años de edad. En esta primera versión, se evaluaba la cohesión y la adaptabilidad familiar percibida por cada miembro. La adaptación del cuestionario por el Grupo Lisis, en la Universidad de Valencia, España, fue llevada a cabo en una muestra de 1225 adolescentes españoles, en donde los autores constataron que en la medida en que las familias estaban más vinculadas también eran más flexibles, y por lo tanto más funcionales.

En el 2003 se realizamos un estudio sobre la confiabilidad de la escala, en ese entonces se tuvo una muestra de 120 estudiantes mexicanos (20 hombres y 100 mujeres), en un rango de edad entre 19 y 23 años, procedentes de la Facultad de Psicología, en la Universidad Nacional Autónoma de México; obteniendo un alpha de Cronbach de .9084 para la escala general. Así también, el alpha de Cronbach para la subescala de vinculación afectiva fue de .8839, para la

subescala de habilidades de negociación fue de .8175 y para flexibilidad de roles .7311.

Escala de Diferenciación del Sistema Familiar (DIFS) de Anderson y Sabatelli (1992)

La diferenciación se refiere al patrón de interacción del sistema para mantener la distancia interpersonal, así como la tolerancia del sistema a la individualidad e intimidad. La buena diferenciación está caracterizada por los patrones de interacción, que fomentan un balance apropiado a la edad, entre separación y relación para los miembros individuales. En este tipo de diferenciación, los patrones de interacción permiten a los individuos experimentar y expresar su individualidad, mientras permanecen íntimamente conectados a los otros miembros de la familia. La dinámica familiar a menudo se conceptualiza vinculada a patrones de regulación de distancia (Anderson & Sabatelli, 1992) y se establece un continuo de diferenciación que va de mejor a pobre diferenciación.

El esquema de código de la escala: a) está enfocado sobre múltiples relaciones diádicas, donde la unidad de análisis es cómo los miembros de la familia interactúan entre sí (relación diádica) y b) incluye indicadores de interacción que mantienen tanto la individualidad como las relaciones. El desarrollo de la escala DIFS estuvo basado en los siguientes presupuestos:

- La unidad de análisis es la relación diádica.
- Las respuestas solicitadas proveen de información de cada díada primaria, en relación con el sistema familiar.
- La operacionalización de la diferenciación que se reporta, sobre la interacción entre varios pares de miembros de la familia, es consistente con la práctica clínica de cuestionamiento circular.
- Cada ítem deberá evaluar patrones de conducta en un metanivel de confirmación o deconfirmación al individuo, a través de conductas que comunican un respeto por la persona, los límites personales y proveen información acerca del nivel de intimidad que existe en la relación entre los

miembros de la familia, es decir, la conducta reflejada sobre el grado de apoyo, empatía, expresión de cuidado y experiencia dentro de las relaciones diádicas.

La evidencia de validez y confiabilidad del DIFS se deriva de tres estudios en los que las subescalas de ejecución sin error, obtuvieron un alfa promedio de .84 a .94. En el primer estudio, los datos del DIFS fueron examinados en relación al funcionamiento familiar, niveles de conflicto familiar e indicadores de adaptación de adolescentes (nivel de madurez psicosocial y la respuesta al uso de alcohol). En el segundo estudio se examinaron las relaciones entre los niveles de diferenciación familiar, se reportando niveles de apoyo familiar y de pares, así como niveles reportados de depresión y ansiedad en muestra de adolescentes (Anderson & Sabatelli, 1992). El tercer estudio, suministró evidencia para la validez discriminativa del DIFS. Si una escala es un indicador válido de una dimensión importante del funcionamiento familiar, ésta podría ser capaz de discriminar sucesos entre grupos clínicos y no clínicos.

Escala de Depresión (CES-D) de Radloff (1977)

Kazdin (2000) define el humor depresivo como la aparición de una pérdida del interés de cuando al menos las dos últimas semanas y el cual está asociado al menos a cuatro síntomas adicionales, incluyendo un cambio en el apetito o peso, dificultades para dormir y en la actividad psicomotora; sentimientos de menosprecio y culpa; disminución de la energía; dificultad para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, pensamientos recurrentes o intentos de muerte e ideación suicida.

El CES-D fue específicamente construido para evaluar frecuencia de síntomas depresivos en la actualidad, con énfasis en el afecto, el cual se intentó aplicar en muestras transversales de estudios exploratorios. El CES-D fue validado en un estudio de entrevistas en el hogar y en escenarios psiquiátricos. Los estudios de entrevista en el hogar fueron conducidos en dos comunidades diferentes de la unión americana (1971 a 1974), conteniendo cerca de 300

reactivos estructurados (en la primera entrevista), además de la escala del CES-D. Dos estudios con el propósito de validar clínicamente al CES-D fueron conducidos en escenarios psiquiátricos; participaron 70 pacientes depresivos, de los cuales 35 presentaron depresión severa. La confiabilidad muestra que para la consistencia interna, mediante una correlación de mitades divididas, se obtuvo de .85 para el grupo de pacientes y de .77 para el grupo normal. El Coeficiente Spearman-Brown fue de .90 ó por arriba para ambos grupos. El test-retest reporta una confiabilidad promedio de .32 por doce meses a .67 por cuatro semanas. En lo que se refiere a la validez de convergencia para la muestra de pacientes, se encontró entre el CES-D en comparación con la Escala de Hamilton y Raskin (1969) presenta una validez de convergencia moderada (valor r de .44-.56). Radloff notó, sin embargo, que después de cuatro semanas de tratamiento, las correlaciones fueron sustancialmente más elevadas (.69-.75). En la muestra de población general el CES-D correlacionó moderadamente bien con la medida de autoreporte de depresión y humor depresivo. Radloff (1977) también reportó una correlación positiva entre puntaje de depresión y número de eventos negativos de vida (dentro del año pasado).

Fundamentación teórica de las relaciones entre las escalas

Existen diversos estudios y análisis fundamentan las hipótesis de este trabajo, las cuales pueden resumirse de la siguiente manera:

- Una correlación positiva entre funcionamiento familiar y diferenciación familiar (Guibert y Torres, 2001; Gaviria, Rodríguez & Álvarez, 2002).
- Una correlación negativa entre funcionamiento familiar y depresión (Guibert y Torres, 2001; Gaviria, Rodríguez & Álvarez, 2002).
- Una correlación negativa entre diferenciación familiar y depresión (Anderson & Sabatelli, 1992).

Guibert y Torres (2001) refieren que los modelos negativos del funcionamiento familiar constituyen factores de riesgo familiares para la conducta

suicida, entre los que mencionan la desorganización familiar en el consenso de normas, sentimientos de falta de comunicación y hostilidad entre sus miembros. Existen otros factores de riesgo, que son importantes, aunque pueden predisponer a la conducta suicida si existe la presencia de sobrecarga de roles, conflictos de poder entre los miembros, baja tolerancia entre ellos y rigidez en la solución de problemas. Los resultados de la investigación indican que el funcionamiento familiar en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional, las características diferenciales del funcionamiento familiar en los suicidas fueron de poca adaptabilidad (67.7%), la baja cohesión (70.9%) y la desarmonía (87.1%).

Gaviria, Rodríguez y Álvarez (2002) comentan que el ambiente familiar es uno de los factores protectores identificados en estudios con adolescentes expuestos a altos niveles de estrés. El ambiente familiar, particularmente la calidez parental y la calidad del vínculo han demostrado que reducen los efectos nocivos del estrés y promueven un funcionamiento adaptativo. Estas autoras realizaron una investigación en la que correlacionaron el riesgo de depresión según la calidad de la relación familiar; los hallazgos demostraron que una asociación estadísticamente significativa y observaron que el nivel de depresión es directamente proporcional al riesgo de pertenecer a una familia con una relación pobre.

Otro estudio examinó las relaciones entre los niveles de diferenciación familiar con los niveles reportados de depresión y ansiedad. Como se esperaba las respuestas más altas en la DIFS tiende a reportar los niveles más altos de apoyo familiar y menores niveles de depresión y ansiedad (Anderson & Sabatelli, 1992, p.85).

Método

OBJETIVO: Determinar la validez de la Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) con base en las escalas de Diferenciación Familiar (DIFS) y la de Depresión (CES-D).

HIPÓTESIS: De acuerdo a lo anteriormente expuesto, en el proceso de validación de la Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF), se llega a la construcción de las siguientes hipótesis:

- a) Una correlación positiva entre funcionamiento familiar y diferenciación familiar.
- b) Una correlación negativa entre funcionamiento familiar y depresión.
- c) Una correlación negativa entre diferenciación familiar y depresión.

Descripción de la muestra

Se aplicaron las tres escalas descritas, a dos muestras de estudiantes (ver Anexo 2). La primera muestra estuvo constituida de 170 estudiantes que cursaban los últimos semestres de preparatoria, cuya edad comprendía de los 16 a los 18 años de edad y la segunda muestra estuvo conformada por 50 estudiantes de psicología que cursaban el 7º semestre, con un rango de edad de 19 a 20 años; las muestras estuvieron conformadas por personas de ambos sexos. La aplicación de las tres escalas duró un promedio de 20 minutos.

Procedimiento

La Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) se obtuvo de una versión española (Musitu, Buelga, Lila & Cava, 200, p. 107), la cual fue adaptada a la semántica y gramática del español mexicano, conforme a un acuerdo interjueces (profesor y estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar).

La Escala de Depresión (CES-D) y la Escala de Escala de Diferenciación del Sistema Familiar (DIFS), cuyas versiones originales están en inglés, se tradujeron al español mexicano y fueron corregidas, semántica y gramaticalmente, conforme al criterio de un experto en métodos de investigación.

Instrucciones de aplicación

Se le solicitó al docente y a los alumnos su autorización para la aplicación del

instrumento, expresando el motivo y el objetivo de ésta. Las instrucciones generales en la aplicación fueron: “El siguiente cuestionario tienen como propósito evaluar las relaciones familiares; no es un cuestionario donde se obtengan respuestas buenas o malas o se tenga una calificación, simplemente se pide sea contestado con toda honestidad. Tome el tiempo que sea necesario, ya que no es una prueba de velocidad. Las respuestas dadas por usted serán estrictamente confidenciales y anónimas, por lo que no se solicitan datos personales y servirán con fines estadísticos.”

Resultados

Confiabilidad de las escalas

a) Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) de Olson, Portner y Berll (1978).

Se realizó el análisis de confiabilidad a través de alpha de Cronbach obteniendo un coeficiente de .9262. Mediante la correlación ítem-total se observó que los 13 reactivos presentaron una correlación alta, conforme a lo cual ningún reactivo fue eliminado. Posteriormente se realizó el análisis factorial con rotación varimax ortogonal, donde se pudo observar que los reactivos se agruparon en 13 factores, de los cuáles dos son los que presentan valores mayores a 1 y explican el 62% de la varianza.

La escala quedó agrupada en dos factores. Los nombres de los factores fueron asignados con base en las características comunes de los reactivos que los conforman. El factor 1 fue denominado “heterarquía” debido a que los reactivos que lo componen hacen referencia a los constructos de apoyo mutuo, negociación de reglas, convivencia y sentimientos de unión. El factor 2 denominó “flexibilidad de roles” porque evalúa la distribución de actividades y roles de manera flexible, es decir conforme a las capacidades de los miembros y a las necesidades surgidas.

b) *Escala de diferenciación del sistema familiar (DIFS) de Anderson y Sabatelli (1992).*

Se realizó el análisis de confiabilidad a través de alpha de Cronbach obteniendo un coeficiente de .6674. Mediante la correlación ítem–total se observó que los reactivos 7, 9, 18, 20, 26, 31, 40, 42, 48 y 62 presentaron una correlación baja. En el siguiente análisis de confiabilidad estos reactivos fueron eliminados del instrumento obteniéndose un incremento significativo en el nivel de confiabilidad con un alpha de Cronbach de .9479. A partir de este análisis el instrumento queda conformado por 56 reactivos.

Posteriormente se realizó un análisis de confiabilidad por *díadas* para obtener la consistencia interna de las mismas, en las cuales se obtuvo una confiabilidad por arriba de .80, lo que nos indica que la confiabilidad general de la escala es homogénea en cada una de las díadas, que se presentan en la Tabla 9.

Tabla 9. Confiabilidad por díadas del DISF.

Díadas	Confiabilidad
1	.8744
2	.8476
3	.8878
4	.8006
5	.8569
6	.8105

Enseguida se realizó un análisis de confiabilidad con rotación varimax ortogonal por díada. En el Tabla 10 se presentan los resultados obtenidos. Los nombres de los factores fueron asignados con base en las características en común de los reactivos que los conforman. Se denominó “*promoción de la diferenciación*” al factor que agrupa reactivos en relación a constructos que promueven la individuación del otro (varía según la díada), estos son el respeto por la privacidad o por su punto de vista, la comprensión de las emociones y conductas de motivación para que hable sobre sí mismo(a) o sobre sus sentimientos. Al segundo factor encontrado se le denominó “*Obstaculización de la diferenciación*” (la aparición de este factor varió según la díada) dado que los reactivos que la componen evalúan conductas que bloquean la individuación del

otro como el no dar importancia a sus sentimientos, invadir su privacidad, imponer lo que debe pensar y criticar o desaprobar lo que dice. El tercer factor identificado se presentó sólo en la díada padre-yo, se le denominó “Diferenciación ambigua” debido a que el contenido de los reactivos comprendidos son una mezcla de constructos como la comprensión, el respeto por los sentimientos y los puntos de vista del yo (adolescente) por parte del padre, así como de reactivos que contradicen lo anterior, es decir, que describen imposición y crítica de los sentimientos o del punto de vista e invasión de la privacidad, por parte del padre hacia el hijo(a).

Tabla 10. Confiabilidad por díadas del DISF.

DÍADA	RESULTADOS	FACTORES ENCONTRADOS
Díada 1: Padre-Madre	Los reactivos se agrupan en 9 factores, de los cuales 2 presentan valores mayores a 1 y explican el 59% de la varianza.	Promoción de la diferenciación. Obstaculización de la diferenciación.
Díada 2: Madre-Padre	Los reactivos se agrupan en 9 factores, de los cuales 2 presentan valores mayores a 1 y explican el 55% de la varianza.	Promoción de la diferenciación. Obstaculización de la diferenciación.
Díada 3: Padre-Yo	Los reactivos se agrupan en 9 factores, de los cuales solo 1 tiene un valor mayor a 1 y explica el 48% de la varianza.	Diferenciación inconstante.
Díada 4: Yo-Padre	Los reactivos se agrupan en 9 factores, de los cuales 2 presentan valores mayores a 1 y explican el 50% de la varianza.	Promoción de la diferenciación.
Díada 5: Madre-Yo	Los reactivos se agrupan en 10 factores, de los cuales 2 presentan valores mayores a 1 y explican el 56% de la varianza.	Promoción de la diferenciación. Obstaculización de la diferenciación.
Díada 6: Yo-Madre	Los reactivos se agrupan en 10 factores, de los cuales 2 presentan valores mayores a 1 y explican el 50% de la varianza.	Obstaculización de diferenciación.

c) *Escala de Depresión CES-D de Radloff (1977).*

Se realizó el análisis de confiabilidad a través de alpha de Cronbach obteniendo

un coeficiente de .9093. Mediante la correlación ítem-total se observó que todos los reactivos presentaban una correlación alta y por lo tanto no se eliminó alguno. Posteriormente se realizó el análisis factorial con rotación varimax ortogonal, donde se pudo observar que los reactivos se agruparon en 19 factores, de los cuales cuatro son los que presentan valores mayores a 1 y explican el 59% de la varianza.

Los nombres de los factores fueron asignados con base en las características en común de los reactivos que los conforman. El factor 1 fue denominado "*sentimientos negativos*" debido a que los reactivos que lo componen refieren constructos relacionados a sentimientos de desesperanza, desolación, tristeza y fracaso. El factor 2 se ha denominado "*sentimientos positivos*" debido a que los reactivos que lo componen refieren constructos relacionados a un estado de ánimo elevado, esperanza, sensación de felicidad y goce. El factor 3 se ha denominado "*nivel de funcionamiento social bajo*" porque se compone de reactivos relacionados con la disminución en la atención del otro y en la expresión de ideas, actitud amigable y confianza social bajas.

Correlaciones entre los tres instrumentos

La última etapa de análisis de este estudio, consistió en obtener las correlaciones entre los instrumentos, obteniéndose los presentados en la Tabla 11.

Con base en los resultados obtenidos se desprenden las siguientes observaciones:

- a) Una correlación entre funcionamiento familiar y diferenciación familiar de .668, a un nivel de probabilidad de .00; lo que indica una correlación aceptable y positiva. Lo que sugiere es que a mayor percepción de un adecuado funcionamiento familiar, mayor es la percepción de diferenciación familiar.
- b) Una correlación entre funcionamiento familiar y depresión de -.370, a un nivel de probabilidad de .00; lo que indica una correlación aceptable y negativa. Lo que sugiere que a mayor percepción de un adecuado

funcionamiento familiar, menor es la depresión.

Tabla 11. Correlaciones de las tres escalas, con variables de sexo y edad.

		SEXO	EDAD	CESF	DIFS	CES-D
SEXO	Pearson Correlation	1.000	-.238	.086	.007	-.132
	Sig. (2-tailed)	.	.002	.272	.931	.093
EDAD	Pearson Correlation	-.238	1.000	-.049	-.023	.005
	Sig. (2-tailed)	.002	.	.530	.769	.954
CESF	Pearson Correlation	.086	-.049	1.000	.668	-.370
	Sig. (2-tailed)	.272	.530	.	.000	.000
DIFS	Pearson Correlation	.007	-.023	.668	1.000	-.437
	Sig. (2-tailed)	.931	.769	.000	.	.000
CES-D	Pearson Correlation	-.132	.005	-.370	-.437	1.000
	Sig. (2-tailed)	.093	.954	.000	.000	.

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a Listwise N=164

- c) Una correlación entre diferenciación familiar y depresión de $-.437$, a un nivel de probabilidad de $.00$; lo que indica una correlación aceptable y negativa. Lo que sugiere que a mayor percepción de diferenciación familiar, menor es la depresión.

Correlación entre las díadas con las escalas (CESF Y CES-D).

A partir de los datos estadísticos se seleccionaron las correlaciones entre factores de escalas más significativas, con fines interpretativos. Los resultados obtenidos confirman las correlaciones presentadas en el apartado anterior, corroboran la correlación aceptable y positiva entre las díadas del DIFS y el CESF, así como la correlación aceptable y negativa entre el DISF y el CESF. El único dato diferente es que la díada madre-yo resulta ser la más importante para el funcionamiento familiar y para la depresión, ya que obtuvo las correlaciones más altas con

respecto a las demás díadas.

Correlación entre las díadas del DIFS

Los resultados encontrados indican una correlación alta y positiva entre las díadas 2-1, 2-4, 2-5, 2-6, 3-1, 3-4, 4-1, 4-6 y 5-6 (ver Tabla 12).

Tabla 12. Correlaciones altas entre las díadas (a una probabilidad de .000)

<i>DIADAS</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1 PADRE- MADRE		.710	.610	.602		
2 MADRE- PADRE						
3 PADRE-YO						
4 YO-PADRE		.546	.760			
5 MADRE-YO		.571				.753
6 YO-MADRE		.617			.546	.753

Estos resultados sugieren que a mayor percepción de diferenciación en una díada mayor diferenciación en la otra; por ejemplo, a mayor diferenciación en la madre para con el padre, mayor es la diferenciación en el padre para con la madre; lo que indica una percepción de reciprocidad. Esto podría indicar que el adolescente percibe la diferenciación en su familia de manera integral, no segmentada entre las díadas. De tal manera que la escala puede medir de forma general la diferenciación en familia.

Discusiones

La variación de factores identificados en la Escala de Diferenciación Familiar (DIFS) resulta interesante. En las díadas correspondientes a la diferenciación que se permiten los padres entre sí están presentes los factores de obstaculización y promoción de la diferenciación; mientras que, en las díadas correspondientes a la relación entre el adolescente y cada uno de sus padres se encontraron estos factores de manera inconsistente. El factor promoción de la diferenciación está presente en la díada yo-padre, en cambio en la díada yo-madre el factor encontrado fue el de obstaculización de la diferenciación. En la díada madre-yo están presentes ambos factores pero en la díada padre-yo existe el factor de diferenciación inconstante. Esto podría significar que al adolescente le es más fácil evaluar la diferenciación que tienen sus padres entre sí, pero cuando evalúa la diferenciación en la relación de él con sus padres tiende a sesgar esta percepción a su favor. Los adolescentes en su mayoría percibieron que ellos sí le permiten al padre diferenciarse, mientras que reportan conductas incongruentes de sus padres, razón por la que se encuentra el factor de diferenciación ambigua. En tanto en la relación con la madre, perciben que ellos obstaculizan la diferenciación de ella, pero identifican que la madre tiene conductas que obstaculizan o promueven la diferenciación hacia ellos. Es probable que estos datos estén relacionados con características propias de la adolescencia, como son una mayor capacidad de reflexión y crítica, una tendencia a no tener objetividad (pensar que su verdad es la única y es la que todos tienen) y el desafío a la autoridad. Los datos obtenidos pueden ser reflejo de la relación que mantiene el adolescente con los padres, en donde descalifica que su padre le permita diferenciarse como una forma de desafiar a la figura de autoridad, representado en el padre; mientras que con la madre reporta conductas en donde él no le permite diferenciarse a ella y esto puede estar relacionado con la crítica constante que mantiene hacia ella. Fernández, Givaudan y Pick (2002) señalan este tipo de manifestaciones del adolescente como parte de la construcción de una identidad propia. Esto significaría que el proceso de construcción de la autonomía en el adolescente fue

un variante presente en la aplicación de la escala. Considerando que los participantes estaban en un rango de edad entre los 16 y 18 años, una posible línea de investigación sería la comparación los resultados de la DIFS en diferentes grupos de edad.

Conforme a los análisis realizados se comprobó que las correlaciones fueron congruentes con las expectativas teóricas y conforme a la definición de los constructos considerados (Anderson & Sabatelli, 1992; Guibert & Torres, 2001; y, Gaviria, Rodríguez & Álvarez, 2002); es decir se encontraron correlaciones significativas entre las escalas aplicadas (CESF, DIFS y CES-D); en específico una correlación positiva entre funcionamiento familiar y diferenciación familiar; una correlación negativa entre funcionamiento familiar y depresión, y una correlación negativa entre diferenciación familiar y depresión. Esto indica que a una mayor diferenciación familiar mejor será el funcionamiento familiar y menor será el nivel de depresión experimentado por el adolescente. Con base en lo anterior y en consideración a la fundamentación teórica de las relaciones de las escalas referidas se confirma la validez de la escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF) con base en las escalas de Diferenciación Familiar (DIFS) y la Escala de Depresión (CES-D).

HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO

En esta sección he descrito las habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, así como las de atención y prevención comunitaria a través de un reporte sobre la elaboración de material didáctico, instrumentos de investigación; presentación de ponencias, impartición de talleres y participación en eventos académicos extracurriculares. El trabajo de recapitular estas actividades me guió a la conclusión de que el cúmulo de conocimientos y habilidades logradas son parte de un proceso continuo entre saber, planear, hacer, retroalimentar, como un proceso recursivo, en donde la práctica profesional estuvo entrelazada de una diversidad de momentos y espacios que me ayudaron a tener una formación en diferentes ejes como son el personal, el profesional, el técnico y el epistemológico.

Productos tecnológicos

Formato estándar del esquema de evaluación familiar dinámico-estructural (EEFDE)

Trabajo realizado en coautoría con Mónica Hernández y Nydia Obregón.

La elaboración de un formato estándar para el EEFDE surgió de la necesidad de evaluar a las familias, atendidas durante el segundo semestre, con criterios y medidas homogéneos entre los terapeutas y miembros del equipo terapéutico; este formato se integró a la batería de evaluación pre y posttest en la intervención con cuatro familias que solicitaron atención en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, durante el segundo semestre de la maestría.

El diseño del EEFDE corresponde al Dr. Raymundo Macías Avilés; quien con el objetivo de evaluar la estructura de las familias realizó una integración basándose en el trabajo de Nathan Epstein, (creador del Modelo de Evaluación Familiar Mc Master) y en el Modelo de FACES de David Olson.

El EEFDE presenta de manera gráfica la información sobre la conformación de la familia de convivencia (que vive bajo el mismo techo) y las interacciones que se desarrollan entre los miembros de ésta. Las categorías que evalúa el EEFDE son:

JERARQUÍA: Son los niveles de autoridad que se establecen dentro del sistema, varían de acuerdo con la etapa del ciclo vital de la familia, con las características de personalidad, con el orden de nacimiento, etc.

LÍMITES: Hacen alusión a los aspectos de cercanía o distancia entre las personas o subsistemas que componen a una familia. Son fronteras o membranas imaginarias que regulan el contacto que se establece con los demás, en términos de permisividad, dependencia emocional, derechos, autonomía, etc. Se dividen en extrasistémicos e intrasistémicos. Los límites intrasistémicos, a su vez, se dividen en intergeneracionales y los de género. Los intergeneracionales refieren a los límites que existen entre las diferentes generaciones del sistema familiar. Y los límites de género permiten distribuir las funciones, roles y responsabilidades de acuerdo a las expectativas culturales y sociales dependiendo del sexo.

SIGNIFICANCIA: Es el grado de importancia que le atribuyen los miembros de la familia a una persona y que se relaciona con el grado en que facilita el contacto entre los miembros (poder de convocatoria, conmutador, etc.)

INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO: Grado de vinculación y cuidado por el otro.

RELACIONES INTERPERSONALES: Se refieren a las interacciones (intercambios de comunicación digital y analógica) que se establecen entre dos o más miembros de la familia. Las características de las relaciones interpersonales pueden ser evaluadas a partir de su intensidad y valencia; la primera hace referencia a la fuerza de la interacción y la segunda a la carga afectiva depositada en el otro.

Figura 11. Formato del EEFDE.

**ESQUEMA DE EVALUACIÓN FAMILIAR DINÁMICO ESTRUCTURAL
(EEFDE)**

Fecha: _____ Sesión No. _____
Familia: _____

Niveles de evaluación: Permeabilidad, límites subsistémicos, límites de género, jerarquía, involucramiento, relaciones afectivas interpersonales.

INVOLUCRAMIENTO

Observaciones: _____

El uso del EEFDE representaba un instrumento sujeto a la subjetividad e idiosincrasia del evaluador en el momento de realizar la gráfica, por lo que surgió el interés de elaborar un formato estándar para reducir estas diferencias en la

forma de graficar la evaluación de las familias atendidas. El formato estándar creado comprende tres secciones: la primera corresponde a los datos de identificación del caso, la segunda sección se integra de un óvalo insertado en una cuadrícula, dividido por tres ejes horizontales y uno vertical, este último está numerado para facilitar la graficación de la estructura familiar; y por último se encuentra un espacio para las observaciones pertinentes que surjan de la evaluación realizada. En el Anexo 3 se encuentra el instructivo que describe las categorías evaluadas en el EEFDE, con los criterios para la elaboración de la gráfica.

La población total que utilizó este formato comprende a veinte alumnos de la maestría en terapia familiar, miembros de la tercera y cuarta generación, principalmente, durante el curso de la práctica supervisada en terapia breve, con fines de investigación.

El diseño de este formato estándar (ver Figura 11) permitió reducir la discrepancia en la forma de graficar de los evaluadores, permitiendo obtener datos cuanti y cualitativos confiables del EEFDE; así también facilita el uso de este esquema como instrumento de investigación longitudinal tanto a nivel individual como grupal.

Diapositivas del curso de inducción a la Maestría de Terapia Familiar

En la maestría de Terapia Familiar en el 2004 se programó el curso de inducción con el objetivo de *integrar a los alumnos de primer ingreso al programa de Residencia en Terapia Familiar*. Como parte de este proyecto elaboré una presentación con diapositivas en power point como herramienta auxiliar en la impartición del curso.

La presentación original estuvo compuesta de 31 diapositivas que contenían elementos escritos y visuales como fotografías, esquemas, dibujos, mapas, símbolos y diagramas que se fundamentaron en la temática del curso. Las fuentes de información de esta presentación son las páginas electrónicas de la

UNAM y la Facultad de Psicología, así como el tríptico editado por el programa de posgrado que contiene una breve introducción de la Residencia en terapia familiar. La temática contenida en las diapositivas se resume de la siguiente forma:

- *Introducción a la UNAM*, que comprendió aspectos importantes de la historia de la universidad, así como los símbolos emblemáticos de ésta.
- *Introducción a la Facultad de Psicología*, el contenido incluyó aspectos de ubicación geográfica y descripción de los espacios elementales para desarrollar la actividad académica, dentro o fuera de la misma Facultad, como son: el Centro cultural, la Biblioteca Central, la Unidad de Administración de Posgrados (UAP), la alberca olímpica, el centro médico, la biblioteca de licenciatura y posgrado; los edificios de la coordinación de posgrado, el centro de cómputo, el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, entre otros.
- *Programa de residencia en Terapia Familiar*, presenta de forma concreta y precisa datos sobre el objetivo del programa, el perfil del estudiante, las materias de tronco común y de la residencia, el mapa curricular, las sedes de entrenamiento, los responsables académicos, los tutores, los supervisores y los docentes.
- *Servicios a estudiantes*, presentó los diferentes servicios y recursos a los que tiene acceso el estudiante de la maestría en Terapia Familiar como centro de cómputo, acervo bibliográfico, material de videograbación y cómputo, servicios médicos, apoyos económicos; así como recursos recreativos, culturales y de transporte dentro de la universidad.

Este material fue utilizado en el curso que se llevó a cabo del 11 al 13 de agosto del 2004, coordinado por la responsable del programa y alumnos de la tercera generación de la Residencia en terapia familiar. El grupo a quien se dirigió se conformaba de 10 personas (siete mujeres y tres hombres) que pertenecen a la generación 2005-1 de esta maestría. Finalmente, de acuerdo a los objetivos de su diseño, este instrumento fue útil y práctico por la información breve y gráfica que

permitió a los participantes del curso comprender el contenido temático; actualmente esta presentación está a disposición de la responsable del programa y sujeta a cambios posteriores de acuerdo a la reestructuración que se realice de dicho curso.

Programas de intervención comunitaria

Las actividades de intervención comunitaria se programaron de acuerdo a las necesidades de las instituciones que lo solicitaron. La conferencia fue requerida por una institución privada y el taller fue solicitado a través de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la Facultad de Psicología, de la UNAM. El período de realización de estos eventos comprende el período abril-agosto del 2005.

Conferencia: "El MRI"

La conferencia sobre el MRI fue impartida en el Centro de Servicios Psicológicos "Calidad Humana y Profesional", localizado en ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México. La conferencia tuvo una duración de dos horas, con un horario de 16-18 horas, el 7 de mayo del 2005; estuvo dirigido a participantes del entrenamiento de terapias breves de dicho centro; el grupo estuvo constituido por 10 psicólogos del área clínica egresados de la UNAM Y UAM.

Los objetivos planteados fueron "Conocer los antecedentes históricos, las premisas y metodología del Mental Research Institute (MRI)". La temática desarrollada comprendió los antecedentes como son: las conferencias Macy; las investigaciones de Bateson con los iatmul; los fundamentos del enfoque interaccional entre los que se destacan los fenómenos de causalidad, circularidad, tomados de la cibernética y Teoría General de Sistemas, la teoría de los tipos lógicos de Russell y Whitehead, las contribuciones sobre la entropía de Boltzmann y Shannon, los estudios de la comunicación que dieron origen a la teoría del doble

vínculo; los estudios exploratorios sobre las relaciones patógenas padres-hijos, las contribuciones de la primera generación de terapeutas familiares como Bowen, Wynne, Boszormeny-Nagy, Lidz, Ackerman, Whitaker, Jackson; y Milton Erickson. Por otra parte, se abordaron temas relacionados con el modelo de terapia breve como son la historia del MRI, los principios básicos de la terapia breve, el proceso de intervención del modelo y la tipología de los problemas psicológicos.

La técnica didáctica empleada fue la exposición temática, propiciando espacios de tiempo para la formulación de preguntas, exposición de ejemplos y discusión de la información. El material de apoyo diseñado fue un documento escrito, enviado previamente a los participantes, que contenía la síntesis de la información a revisar durante la sesión.

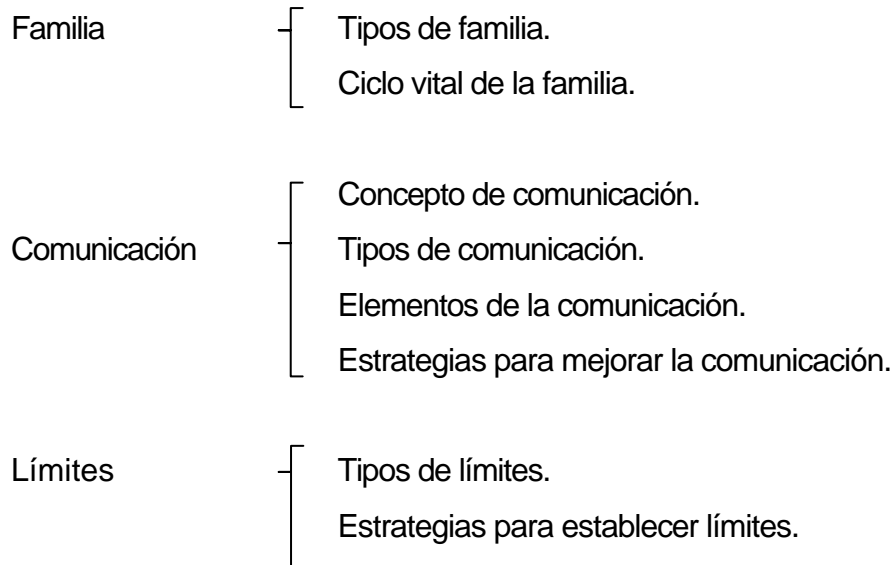
Cabe señalar que, los participantes conocían el modelo de terapia breve con anterioridad, por lo que en la exposición enfatice los antecedentes y fundamentos epistemológicos del MRI más que en la descripción del modelo terapéutico. La participación de los alumnos fue activa, se mostraron interesados particularmente en mi experiencia personal sobre la formación del terapeuta familiar.

Taller: “La importancia de las relaciones familiares”

Trabajo realizado en coautoría con Carlos López Cruz.

Esta actividad tuvo una duración de 10 horas, impartido en cinco sesiones de dos horas cada una, los días 18, 20, 22, 25 y 27 de abril del 2005, con un horario de 14-16 horas. El taller estuvo dirigido al personal administrativo de la Secretaría de Salud. El número total de participantes fue de 10 participantes. Los objetivos del taller fueron desarrollar habilidades de comunicación en los participantes que faciliten establecer el diálogo en sus familias y desarrollar estrategias para establecer límites funcionales.

El contenido temático se encuentra descrito en el siguiente esquema:



De acuerdo con las necesidades prácticas planteadas por quienes lo requirieron y la brevedad del taller, la orientación que se le dio estuvo fundamentada en el marco conceptual de la terapia centrada en soluciones y la terapia colaborativa. En el caso del modelo de soluciones se tomó debido a que una de sus premisas importantes es la de considerar que toda persona o familia tiene los recursos necesarios para solucionar sus problemas; en tanto que el enfoque colaborativo contempla que los clientes son expertos en su vida por lo que la función del taller era propiciar el contexto en que emergieran las experiencias, ideas y propuestas encaminadas a mejorar el ambiente familiar en la dirección que cada participante considerara lo más adecuado para él y su familia.

El método utilizado fue de tipo deductivo ya que en primer término se llevó a cabo la exposición de cada uno de los temas y a partir de la información recibida se les pidió a los participantes -por medio de ejercicios escritos, dramatizaciones, reflexiones y discusiones grupales- identificaran el tipo de familia a la que pertenecían según la etapa de ciclo vital, su estilo de comunicación y la forma en que establecían límites, a fin de promover espacios de reflexión que les permitieran identificar la forma de poner en práctica los conocimientos adquiridos

en el taller.

Las técnicas y recursos didácticos empleados comprendieron ejercicios de integración grupal, ritual de compromiso, exposición de temas, retroalimentación grupal, representación gráfica de la familia, plenaria, lluvia de ideas, dramatización, tarea para la casa, seminario y reflexión grupal (la carta descriptiva se incluye en el Anexo 4). El material de apoyo diseñado fue un manual que contiene los elementos teóricos principales de cada tema y las instrucciones para algunos ejercicios diseñados; otros materiales utilizados fueron computadora, cañón, plantillas de *power point*, hojas blancas, lápices, tiras de papel, gaffetes, recipiente de cristal (olla), resistol, fotocopias de fotografías, rotafolio, plumones, cuestionarios de evaluación escritos, semillas de pino y reconocimientos de participación.

En este taller los facilitadores mostramos sensibilidad hacia las problemáticas familiares de los participantes, permitiendo emergieran espacios conversacionales y se brindara un marco de referencia más amplio para percibir estas dificultades de forma diferente, logrando que se agenciaran de su responsabilidad en la generación de los cambios. El taller fue conducido como un proceso terapéutico grupal, identificándose cambios en los participantes a nivel analógico, p.e. se mostraron flexibles y abiertos a las opiniones de los demás; su discurso revela una posición diferente respecto a los problemas pues ubicaron a estos en su nivel de proceso más que de contenido, esto les permitió visualizar alternativas de solución.

De acuerdo a las evaluaciones realizadas de forma escrita, los participantes consideraron que el contenido del taller, en términos generales, cubrió sus expectativas de manera por demás satisfactoria. No obstante, algunos participantes consideraron que la duración del taller requería ser más amplia. Con relación a la evaluación que hicieron del desempeño de los facilitadores, los participantes calificaron éste como excelente, resaltando la disposición mostrada, el conocimiento y la calidad del trabajo realizado durante el taller. Y consideraron que la utilidad del conocimiento proporcionado en el taller fue suficiente e indispensable.

Participación en foros académicos

La participación en foros académicos durante la maestría consistió en actividades extracurriculares como cursos, talleres y participación en congresos que permitieron complementar e integrar los conceptos teóricos, metodológicos y epistemológicos revisados en la residencia.

Ponencia: “Estilos de cuestionamiento en la formación de los terapeutas familiares durante la práctica supervisada del modelo de soluciones”

Participé en el IV Congreso de Investigación Formativa “a la memoria de Augusto Fernández Guardiola” en la Facultad de Psicología, UNAM, con la ponencia de “Estilos de cuestionamiento en la formación de los terapeuta familiares durante la práctica supervisada del modelo de soluciones”, llevada a cabo el 26 de febrero del 2005. La ponencia presentada formó parte de una mesa de proyectos de investigación de maestría; presenté los avances de la investigación que realizaba en ese momento; los datos incluyeron el análisis del proceso de supervisión de casos con el modelo de soluciones, llevada a cabo durante el semestre 2005-1.

La presentación comprendió los objetivos, la metodología, el marco conceptual, los resultados y las conclusiones de la investigación. En la exposición brindó de forma resumida la información sobre la investigación que se encuentra descrita en este capítulo en la sección de Habilidades de investigación con el nombre de Formación del Terapeuta: Un Caso, Modelo de Soluciones.

Ponencia: “Importancia de las relaciones familiares”

La ponencia formó parte del simposio “Talleres de Intervención Comunitaria de la Maestría con Residencia de Terapia Familiar de la UNAM”, que se llevó a cabo en

el marco del XII Congreso Mexicano de Psicología realizado del 19 al 21 de octubre de 2005. El simposio se llevó a cabo el día 21 de octubre, se compuso de la presentación de los talleres de intervención comunitaria y la mesa estuvo coordinada por la responsable de la maestría en terapia familiar de la Facultad de Psicología de la UNAM.

El título de la ponencia “Importancia de las relaciones familiares” deriva del taller impartido en la Secretaría de Salud. La presentación incluyó un resumen sobre los antecedentes del taller, las generalidades, los objetivos, la temática, las formas de intervención, las técnicas y recursos utilizados, los resultados y las conclusiones. Y corresponde con la información contenida en este capítulo en la sección Programas de intervención comunitaria, con el mismo nombre de la ponencia.

Asistencia a cursos, congresos y talleres

El total de eventos extracurriculares asistidos son siete de los cuales destacan el Taller de Familia de Origen del Terapeuta (FOT) y el Congreso de Narrativa e Intervención Comunitaria. El FOT fue una oportunidad de trabajar aspectos de la relación con mi familia de origen y el Congreso de Narrativa permitió un acercamiento a este enfoque y tener contacto directo con los trabajos realizados por White y Epston.

A continuación se presenta una lista de los eventos asistidos:

- ✓ Taller “Familia de Origen del Terapeuta (FOT)” llevado a cabo del 7 al 9 de mayo del 2004, en la Escuela de Psicodrama, México, D.F, coordinado por el Dr. Jaime Winkler y Psic. María del Carmen Bello.
- ✓ Curso-taller “Violencia Familiar y de Pareja” impartido por Jorge Corsi los días 14 y 15 de mayo del 2004, organizado por CEDIPSI.
- ✓ 6to. Congreso Internacional de Terapia Narrativa y Trabajo Comunitario llevado a cabo del 7 al 9 de julio del 2004, en la ciudad de Oaxaca, Oaxaca,

organizado por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF) y el Dulwich Center.

- ✓ Taller “Las preguntas en la Terapia” impartido por Elena Fernández, Irma Rodríguez y Margarita Tarragona, el 11 de septiembre del 2004, organizado por el grupo Campos Elíseos.
- ✓ 9º Congreso de Terapia Familiar, del 14 al 17 de octubre del 2004, en la ciudad de Veracruz, Veracruz, organizado por la Universidad Veracruzana y Asociación Mexicana de Terapia Familiar.
- ✓ Curso-taller “Revisión de paradigmas en psicopatología con objetivos diagnósticos y terapéuticos”, impartido por la Mtra. Blanca Elena Mancilla, del 10 al 18 de enero del 2005, organizado por la responsable de la maestría de Terapia Familiar de la Facultad de psicología de la UNAM.
- ✓ Taller “Avances en terapia breve” impartido por el Dr. Hugo Hirsch, del 17 al 18 de marzo del 2005, organizado por el Centro de Terapia Breve, A.C.

HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PERSONAL

Consideraciones éticas de la práctica profesional

La práctica psicoterapeuta es un área de mucha responsabilidad social. Cuando una persona, familia o pareja solicitan terapia depositan en el psicoterapeuta una serie de expectativas; esperan que este le guíe, oriente o acompañe en una situación de vida que para ellos es difícil de afrontar en ese momento. A nivel de autoridad, socialmente se entiende, que en la psicoterapia, un profesional de la psicología posee mayor conocimiento que el del consultante; pues se parte de que es el psicoterapeuta quien tiene el conocimiento y el que sabe de su oficio. De aquí, que la acción del terapeuta implica un compromiso ético con los consultantes y el contexto relacional de éstos.

Los fundamentos de la acción ética en la terapia familiar los encontramos en el Código de ética de la Asociación Americana de Terapia Familiar y de pareja (1962- 2001), el Código de la Asociación Mexicana de la Terapia Familiar, 1999 y el Código de ética de la Sociedad Mexicana de Psicología, 2000- 2004.

Como eje central de estos códigos se identifica el principio del beneficio del cliente, es decir que el objetivo prioritario de la relación cliente-terapeuta es buscar el beneficio de quien consulta al profesional de la terapia familiar, “Los terapeutas de pareja y familia deberán procurar el bienestar de la familia y de los individuos. Respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada” (López, 2004, p. 8).

Una pregunta presente al intervenir con la familia es ¿Para quién sería este beneficio? considerando que desde la perspectiva sistémica la unidad de análisis es el sistema familiar. El cambio en un elemento de este sistema implica una reestructuración de las relaciones del sistema completo. Keneey (1987) refiere el término “estética” como una habilidad del terapeuta para cuidar el contexto en que se promueven los cambios. Es decir, si centramos nuestra perspectiva en el

síntoma, cuando éste se elimina puede surgir otro, alterando todo el sistema. Para ello nos sugiere ampliar nuestra perspectiva, tener una mirada ecológica sobre cómo se afectarían las relaciones en la familia con los cambios que se promueven en la terapia. A partir de esta idea podemos identificar de la responsabilidad que tiene un psicoterapeuta con la praxis clínica por la complejidad de las relaciones al interior de una pareja o familia. Y una de las primeras herramientas con las que cuenta es el desarrollo de una perspectiva ecológica que le permita discernir sobre los dilemas que se encuentra en su trabajo con quienes lo consultan.

En el transcurso de la maestría, existieron situaciones que representaron un dilema para mí, implicándome un compromiso mayor con estas familias y sus miembros. La primera fue una familia con ciclos de interacción violenta. Las decisiones que el terapeuta debe asumir en este sentido, están relacionadas con la posición que tiene en las sesiones con cada uno de los miembros considerando que una posición neutral podría desfavorecer al miembro que es víctima de violencia; así como el cuidado con las técnicas que se utilizan, ya que la información que se obtiene o que se introduce al sistema puede representar un peligro para las víctimas; y en este caso se necesita dar prioridad al beneficio de cada uno de los miembros, principalmente de los más vulnerables de las familias; que en este caso eran las niñas y la esposa.

La segunda situación estuvo relacionada con el manejo de los secretos en la pareja. El terapeuta se encuentra comprometido a respetar y guardar las confidencias de cada cliente individual. Sin embargo al tratarse de una pareja o familia, también se busca el beneficio del sistema en su totalidad, por lo que el compartir información solamente con un miembro me colocaba en una situación de inequidad frente al otro. Existen métodos para establecer con los consultantes los límites de la confidencialidad en la terapia, como son: 1) Salvaguardar la información de cada miembro de la familia como confidencial, como si fuera terapia individual; 2) Definir la relación terapéutica con todos de no tener secretos, en donde la información que el terapeuta tiene de cada miembro puede ser compartida con todo el sistema familiar; y 3) Plantear una posición intermedia, en donde el terapeuta se reserva la información de cada cliente como confidencial

solamente si a su juicio profesional no es importante que se conozca para el bienestar de los demás (López, 2004, pp.10-11). Con esta pareja decidí reencuadrar las reglas ante el manejo de los secretos, optando por el tercer método.

Ambos casos me condujeron a tomar conciencia de que las decisiones éticas implican un alto sentido de responsabilidad con las personas que nos consultan. Así también, exige del trabajo con la persona del terapeuta; que requiere el reconocimiento de nuestros valores, limitaciones, creencias, prejuicios, necesidades que están en el contexto de nuestra práctica clínica, de forma implícita. En este sentido, Schön (1998) hace una invitación a reflexionar desde la práctica profesional. Una reflexión que implica un giro hacia los clientes que nos consultan, en donde podamos dar cabida a sus intereses y expectativas; y aún cuando contamos con principios éticos ya establecidos en los códigos de las asociaciones de psicología es necesario ir más allá el simple obedecimiento de éstos; es decir estamos ante una sociedad cambiante, en donde las familias, parejas o personas son tan diversas y complejas que la actuación ética de parte de los terapeutas no es una receta de cocina que se tiene que seguir y la forma de aplicar los principios depende mucho del contexto en donde están insertas las relaciones con las que trabajamos.

Guiligan nombra a este tipo de práctica: *ética de cuidado* (Hoffman, 2001). Ubicando a las decisiones morales, del terapeuta, insertas en contextos relacionales, por tanto el campo relacional debe ser cuidadosamente evaluado.

Bateson refería que “la libertad y la responsabilidad son nociones complementarias, el aumento de la primera provoca el aumento de la segunda” (referido por Wittezaele & García, 1994, p. 355), invitando comprender que hay formas diferentes de llevar las relaciones humanas y de resolver los conflictos; abriendo de esta forma la pauta para aceptar las diferencias, en donde el fundamento teórico del terapeuta no le brinda el derecho de asumir que es la única verdad, por lo tanto también se tiene que considerar que son los consultantes los responsables de saber hacia dónde y qué desean cambiar. Más bien, el terapeuta podría asumir el rol de promotor de esa libertad y responsabilidad en el contexto

terapéutico.

Frente a todo esto requiere de los terapeutas mantenernos actualizados en torno a todos los aspectos de nuestra práctica clínica. Bateson entendía al hombre como miembro de la misma naturaleza, por tanto nos lleva a asumir una actitud reflexiva sobre nuestras propias creencias, nuestras propias premisas, nuestros propios constructos que no son siempre los únicos y ni verdaderos. Por tanto la idea de co-construcción nos conduce a entender al ser humano como un ser en evolución, libre y capaz de decidir sobre la dirección de su vida.

4

CONSIDERACIONES FINALES Y REFLEXIONES PERSONALES.

En el primer capítulo se abordaron las transformaciones que se están generando al interior de las familias. Con la manera en que los arreglos familiares se han diversificado ahora no es posible tener un modelo único de familia. Esto hace más complejas las problemáticas que aquejan a las familias, parejas o individuos; muchas de las situaciones que experimentan son novedosas a nivel social y no existen modelos de comportamiento o de relación definidas, por lo tanto la población acude a los psicoterapeutas buscando una solución a sus problemas. Para responder a estas necesidades se necesita de profesionales que asuman compromiso con la sociedad.

En relación a mi formación como psicoterapeuta, al ingresar a la maestría contaba con ciertos elementos teóricos y poca experiencia en el área clínica. Los estudios de licenciatura tuvieron cierta tendencia hacia la formación clínica y la psicología social; las líneas de terapia bajo las cuales tuve la formación fueron psicoanálisis y de la Gestalt; por parte de la psicología social, existía preferencia por lecturas socioconstruccionistas. En cuanto a mi experiencia profesional, sobresale la actividad de promoción de la salud; mi entrenamiento como facilitadora de programas de prevención de las adicciones desde los primeros años de la licenciatura; en segundo plano, estuvo la formación en la psicoterapia, que en un primer momento tuve la oportunidad de atender ciertos casos bajo supervisión con perspectiva de terapia de la Gestalt; y al egresar de la carrera, existió la necesidad de proporcionar terapia individual, al personal, dentro de la empresa que laboraba. Esta última circunstancia me hizo caer en la cuenta de la complejidad de intervención clínica y en la necesidad de desarrollar ciertas habilidades para dar respuesta a las expectativas y problemática de quienes acuden a consulta.

En la maestría recuerdo mi sensación de asombro al estar por primera vez como parte del equipo de observación, detrás del espejo, mientras del otro lado, la familia compartía sus problemáticas. Esta experiencia marcó el inicio de todo un proceso de reestructuración de esquemas conceptuales, que principalmente, implicó el cambio del paradigma lineal al enfoque sistémico. Este cambio de paradigma fue un proceso largo. En vez de ver al individuo aislado, de identificar patologías, ahora desde lo sistémico comencé a prestar atención a las relaciones, redundancias y pautas de interacción. Los escritos de Gregory Bateson fueron una herramienta para comprender todo el cuerpo de conceptos abstractos que nos invitan a adentrarnos al mar de la complejidad de las relaciones. Invitación que exige la actitud del antropólogo, es decir adentrarse a una cultura diferente para comprender sus procesos; que finalmente, en la interacción con esa cultura el antropólogo termina por ser diferente como persona y profesional. Otro tipo de aprendizaje fue la integración de lo sistémico con la perspectiva posmoderna, que implicó muchas reflexiones y negociaciones personales.

El contexto que promovió la construcción de las competencias profesionales requeridas estuvo caracterizado la creatividad, análisis y flexibilidad en el desarrollo de ciertas actividades como son seminarios, talleres, discusiones de caso, trabajo con la persona del terapeuta, equipo reflexivo, coterapia, trabajo en equipo, supervisiones directas, entre las más relevantes. Estas competencias van más allá de los conocimientos, están relacionadas con habilidades interpersonales, valores éticos, compromiso social, responsabilidad; que trastocaron también formas y estilos de vida propios. Las habilidades que desarrollé durante mi estancia en la maestría, engloban cinco dimensiones, que comprenden habilidades de pensamiento sistémico, de relación, ejecución y compromiso profesional.

Dimensión teórica-conceptual

Las *habilidades de pensamiento sistémico* refieren a la capacidad de poder conceptualizar a los grupos sociales como sistemas autoorganizados, de pensar

en términos de relaciones. Así también implicó, la inclusión del paradigma hermenéutico, de tal manera que ambos pudieran ser comprendidos de manera integrada, tanto en su conceptualización epistemológica, como en las implicaciones metodológicas de la práctica clínica. El proceso de aprendizaje estuvo articulado con la reflexión teórica y la auto evaluación de la práctica clínica. Así también, estuvo fomentado por un proceso grupal, desarrollado en un espacio de discusión, análisis y crítica conjunta, tanto de los modelos psicoterapéuticos que se comprendieron dentro del programa de estudios, como de la viabilidad y aplicabilidad de éstos modelos a las necesidades específicas de la población atendida. Esta dimensión estuvo articulada con la dimensión clínica, ya que una vez que comprendí los paradigmas cibernético y hermenéutico, mi reto fue integrar ambos paradigmas en la psicoterapia.

Dimensión clínica

La intervención con las familias fue un tipo de trabajo que facilitó el proceso de aprendizaje de la terapia, en la que como personas expusimos ante los consultantes diferentes modelos de ser, pensar y actuar. El área más sólida y fuerte de la maestría en terapia familiar es la modalidad de supervisión directa que proporciona a cada sus alumnos. En esta área las habilidades desarrolladas son diversas y pueden ser diferentes de acuerdo a la etapa del proceso de psicoterapia. La capacidad para generar el sistema terapéutico requiere del terapeuta habilidades relacionales como son escucha, empatía y confianza para establecer el contacto con los pacientes y generar una relación de colaboración. Las capacidades ejecutivas implican estrategias para la definición del motivo de consulta, la evaluación del problema y sus soluciones, así como la definición de objetivos terapéuticos en colaboración con los usuarios. Así como, la capacidad de observar y reflexionar sobre el proceso de la terapia, desde la cibernética de segundo orden.

Como otra fase de la psicoterapia, se encuentra la capacidad de formular y ejecutar un plan de intervención, que se encuentra relacionado de manera estrecha

con la formación del sistema terapéutico. Requiere del desarrollo de habilidades cognitivas y ejecutivas por parte del terapeuta. Dentro de las cognitivas, se encuentra la construcción de hipótesis que generen diferentes relaciones, en este aspecto, cabe hacer algunas observaciones, los conocimientos, experiencia previa, historia de vida, creencias y prejuicios están implícitos en el tipo de hipótesis que el terapeuta se plantea; por ello, en la generación de hipótesis no se reduce a pensar que pueda estar ocurriendo al interior de la familia, sino también de qué manera las hipótesis del terapeuta influyen el curso de la terapia y de qué forma el terapeuta puede generar diferentes hipótesis explicativas desde diferentes perspectivas que generen el contexto de cambio.

Por otro lado, las habilidades ejecutivas comprenden el diseño y aplicación de los métodos, procedimientos y técnicas de intervención, la negociación con el paciente sobre el curso de la terapia con el objetivo de dar respuesta a sus necesidades y expectativas. Es preciso aclarar que no basta con el conocimiento y manejo de estas herramientas; sino que demanda del terapeuta sentido crítico, orientación humana hacia los clientes, compromiso ético, capacidad de reflexión, observación y creatividad, ya que nuestro campo de actuación está enmarcado en las relaciones humanas que son únicas y complejas. Por tanto, no existe un procedimiento correcto sino más bien, con base en la socioretroalimentación el terapeuta actúa en la sesión y cada acción que realiza está enmarcada en el compromiso y responsabilidad que tiene con el cliente, los sistemas implicados y consigo mismo(a). Por último, es necesario tener en cuenta en todo momento que los conocimientos, emociones y acciones del terapeuta necesitan estar al servicio de quienes los consultan.

Los psicoterapeutas necesitamos tener la capacidad de reconocer la interdependencia que existe entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades del usuario, con los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven todos éstos. Es decir, reconoce que la práctica clínica está inserta en diferentes niveles de relaciones humanas y en contextos diferentes. La perspectiva sistémica nos permite evaluar los diferentes contextos implicados en el ámbito de ejercicio profesional. Dicha capacidad nos conduce a

mantener una actitud de apertura hacia la comunidad de psicoterapeutas, como una forma evaluación y actualización del propio ejercicio profesional.

Dimensión de la investigación y enseñanza

El proceso de formación en el programa de maestría promovió el desarrollo de competencias que están enfocadas a diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación; así como colaborar con la difusión de los conocimientos generados como producto de la investigación. Este tipo de competencias abordan desde la construcción de diseños de investigación desde los métodos cuanti o cualitativos, el análisis contextual de los problemas clínicos, la reflexión teórica sobre los procesos psicoterapéuticos y el manejo de herramientas estadísticas que permitan generar nuevas formas de evaluación y tratamiento en la práctica clínica. Estas habilidades son la plataforma para diseñar y construir proyectos de investigación aplicada en los diferentes espacios profesionales; así como establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada. Para realizar un proyecto de investigación se requiere de mucho esfuerzo, dedicación y recursos, en este sentido la maestría tiene un área potencial a desarrollar que podría representar el eslabón al programa de doctorado para sus egresados; así como para el desarrollo de instrumentos y conocimientos nuevos para la disciplina.

Dimensión de la promoción de la salud

La terapia familiar está enmarcada dentro de la psicología de la salud, su nivel de incidencia es a nivel de intervención. Sin embargo, el campo de acción de un psicoterapeuta es limitado sino considera que su ejercicio también puede estar encaminado hacia el nivel de promoción de la salud. La experiencia clínica puede coadyuvar a traspasar el ámbito privado de la consulta familiar a un nivel comunitario. Una de las competencias desarrolladas involucra el diseño,

coordinación, ejecución y evaluación de programas comunitarios que promuevan la construcción de relaciones satisfactorias. Las habilidades de prevención comprenden la identificación de procesos de aprendizaje que faciliten la ejecución de programas de difusión, educación e intervención para la solución de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario, enmarcando esta práctica con la colaboración y trabajo en equipo de agentes familiares e institucionales que median en la aplicación de los programas de prevención.

Dimensión ética y de compromiso social

El ejercicio de la psicoterapia está enmarcado en un contexto social y cultural, por lo que la práctica clínica requiere del psicoterapeuta tener claridad en sus valores personales y éticos. En el proceso de formación profesional las discusiones de caso, seminarios y reflexiones personales que se hicieron en grupo promovieron el reconocimiento y desarrollo de valores propios, así como, la integración de principios éticos ante los principales dilemas éticos de la psicoterapia familiar. Es así como se generaron un tipo de actitudes que han orientado mi comportamiento como terapeuta; éstas pueden ser agrupadas en tres tipos, las dirigidas hacia los usuarios, hacia el equipo de trabajo y colegas hacia el mismo terapeuta.

Las actitudes hacia los usuarios implica la sensibilidad a las necesidades de la población de trabajo y el esfuerzo por responder a estas necesidades de manera profesional; así como el desempeño profesional enmarcado bajo los principios de confidencialidad, transparencia, respeto por la autonomía y libertad de los usuarios. Las actitudes hacia los colegas o colaboradores refieren el ejercicio de valores como el respeto, tolerancia hacia las diferentes perspectivas, opiniones, formas de actuar de los colegas o compañeros de trabajo con quienes se necesite colaborar para lograr un objetivo en común. También, considero importante resaltar la actitud receptiva para brindar y recibir retroalimentación de otros psicoterapeutas sobre mi desempeño. Y con respecto a las actitudes hacia la persona del terapeuta están relacionadas con la aceptación de la responsabilidad

que se tiene de analizar con honestidad el propio trabajo terapéutico, guiados de principios éticos; así también como asumir la responsabilidad de iniciar el proceso terapéutico para trabajar dimensiones personales que incidan en nuestra labor y asumir el compromiso de actualización e innovación constante de las capacidades profesionales como una forma de estar atento a los nuevos retos que se presentan en la terapia familiar.

Reflexiones personales

A manera de conclusión he preferido compartir algunas reflexiones que he considerado significativas durante mi formación como terapeuta familiar.

La formación del terapeuta es un proceso en el que se forjan un cúmulo de conocimientos, habilidades y actitudes, en donde la persona del terapeuta se transforma en muchos niveles descubriendo que su persona es el principal instrumento dentro de la terapia para la búsqueda del beneficio del paciente.

Cada habilidad es producto de la interacción con los diferentes actores de la residencia; muchas de las habilidades descritas se desarrollaron a partir del modelamiento de los supervisores y de los propios compañeros; además que por medio de la retroalimentación descubrí muchas habilidades y puntos débiles en mi desempeño como terapeuta.

El trabajo con las emociones fue intenso, desde el taller con familia del terapeuta (FOT) hasta la experiencia de estar al frente de las familias. El término de inteligencia emocional es el más cercano al tipo de habilidades que desarrollé, porque me permitió reconocer, aceptar y buscar formas alternativas de encauzar las emociones que experimentaba.

La experiencia de la maestría a nivel personal ha sido catalizador para modificar la forma de entender al ser humano y a mi propia historia. La visión sistémica promovió el análisis de las relaciones que había establecido en mi vida invitándome hacia la búsqueda de relaciones satisfactorias; el proceso de cambio personal que experimenté en la maestría me ayudó a forjar una identidad nueva, en la que reintegré valores, sentimientos, ideas y formas de comportamiento que

habían formado parte de mi historia, que en algún momento se quedaron invalidados; así como también integré recursos nuevos, por que al entrar en contacto con una comunidad de personas diferentes a mí, por su estilo de vida, ideología, experiencia, etc. adquirí formas diferentes de relacionarme.

Finalmente, la formación como psicoterapeuta familiar es un proceso continuo que no termina con el período de estancia en la maestría, sino que el aprendizaje construido representan las raíces de mi formación, ahora el crecimiento y desarrollo como terapeuta forma parte de un compromiso personal, asumiendo la responsabilidad de mantenerme en constante actualización y formación profesional.

REFERENCIAS

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson A. & Sabatelli M. (1992). The differentiation in the family system scale (DIFS). *The American Journal of Family Therapy*, 20, 77-89.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2001). *Posmodern collaborative and person-centred therapies: what would Carl Rogers say?* *Journal Family Therapy*, 23, 339-360.
- Anderson, H. (s.f.). Postmodern social construction therapies. Recuperado el 17 de agosto de 2007 de <http://www.harleneanderson.org/writings/postmoderntherapieschapter.htm>
- Andolfi, M. (1977). *Terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Auerswald, E. H. (1990). Reflexiones sobre el pensamiento en terapia familiar. En H. Ch. Fishman & B. L. Rosman (comps.), *El cambio familiar* (pp. 27-41). Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. & Weakland, J. (1956). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En G. Bateson. *Pasos hacia una ecología de la mente* (pp. 231-256) Buenos Aires: Planeta.
- Berg, I. K. & Miller, S. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol*. México: Gedisa.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (1997). Terapia centrada en soluciones y cambios epistemológicos. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 34, 39-56.
- Beyebach, M. (1999). *Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones*. Recuperado el 28 de diciembre de 2004. En <http://www.campusvirtual.uma.es/sistemica/escritos1.htm>
- Boscolo, L., Cecchin, G. (et. All). (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cade, B. & Hudson O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona:

Paidós Terapia Familiar.

Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas familiares*, abril de 1989, pp. 9-17.

Cole, J. (2002). *Dificultades y conflictos de pareja*. España: Hispano europea.

Corsi, J. (2004, mayo). *Curso-taller de Violencia familiar y de pareja*. CEDIPSI, México, D.F.

De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.

De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Paidós.

DIF. (2005). *Prediagnóstico sobre la dinámica familiar*. Recuperado el 06 de agosto de 2007 en <http://www.dif.gob.mx/cenddif/default.asp?id=67&mnu=67>

DIF. (ed.) (s.f.). Numeralia de la Familia en México. *Diagnóstico de la Familia Mexicana*.

Esteinou, R. (2005). La parentalidad en la familia: cambios y continuidades. En M. Ariza & O. de Oliveira (Coord.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. (pp. 251-282). México: Instituto de investigaciones sociales, UNAM.

Fernández, F., Givaudan, M. & Pick, S. (2002). *Deja volar a tu adolescente*. México: Idéame.

Fisch, R., Weakland, F. H. & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. (3ª ed.), Barcelona: Herder.

Framo, J. L. (1988). *Exploraciones en terapia familiar y matrimonial*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Gaviria, S. Rodríguez M. & Álvarez, T. (2002). Calidad de la Relación Familiar y Depresión en Estudiantes de Medicina de Medellín, Colombia. *Revista Chilena Neuropsiquiatría*, 40(1) Ene.

Gilbert, M. & Shmukler, D. (2000). *Terapia breve con parejas*. México: Manual Moderno.

Gómez, E. & Weisz, T. (2005). Nuevas parejas, nuevas familias. México: Norma. Pp.104-108.

Gómez, E. (2006, junio). *Nuevas parejas, nuevas familias*. Conferencia realizada en el ciclo: la familia mexicana. Casa de las humanidades de la UNAM. México, D.F.

Guibert, R.W. & Torres, M.N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 17 (5): 452-60.

Haley, J. (1973). *Terapia para resolver problemas*. Buenos aires: Amorrortu.

Haley, J. (1976). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hanna, S. M. & Bronw, J. (1995). *La práctica de la terapia de familia*. España: Descleé de Brouwer.

Hoffman, (2001). De la sabiduría sistémica a la responsabilidad relacional. *Sistemas familiares*, 17 (2).

Hoffman, L. (1981). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.

Hoffman, L. (1990). Constructing realities: an art of lenses. *Family Process*, 29, 1-12. (pág. 1-2).

Holmes, S. (1998). *Understanding Our Relational Expertise*, (Invited Paper). Food For Thought and Dialogue, proceeding of the 20th Anniversary of the Houston Galveston Institute, Garrett Creek Ranch Paradise, Texas, 1998.

Hudson O'Hanlon, W. & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

INEGI. (2005). II conteo de población y vivienda 2005: síntesis de resultados, Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 05 de mayo del 2006, en www.inegi.gob.mx.

Kazdin, A. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents*. New York: Oxford University Press

Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós. (L. Wolfson, trad. Primera publicación 1983).

López, P. (2004). *Seminario sobre la dimensión ética en el ejercicio profesional de la psicoterapia sistémica*. Documento inédito, Facultad de Psicología, UNAM, México, D.F.

Lutes, K. & Paravicini, S. (2004, julio). *Conversaciones externalizantes*. Documento didáctico en el congreso internacional de terapia narrativa y comunitaria, Oaxaca, México.

Madanés, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Maldonado, I. (s.f.). *Evaluación crítica de la corriente narrativa y conceptos interrelacionados en terapia familiar*. Documento inédito.
- Minuchin, S. & Fishman, H. Ch. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Musitu, G., Buelga S., Lila M. & Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia*. España: Síntesis.
- Napier, A. y Whitaker, C. (1982). *El crisol de la familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. (3ª. ed.). Barcelona: Herder.
- Nelson, T. & Rosenthal, D. (1986). The evolution of circular questions: training family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 2, 113-127.
- Ochoa de Alda, M. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Ovejero, B. A. (s.f.). *Psicología social postmoderna emancipadora: entre la psicología crítica y el postmodernismo*. Recuperado el 10 de noviembre de 2004, de http://members.fortunecity.es/robertexto/archivo8/psico_y_post.htm
- Perrone, R. & Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Pittman, F. (1995). *Momentos decisivos*. Buenos Aires: Paidós.
- Radloff. (1977). En Marino, M; Medina-Mora, M.; Chaparro, J. & Catalina, G. (s/a). Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (2): 141-145
- Saddler, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar*. México: Manual moderno.
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo*. España: Paidós. (1983).
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1993). *Los juegos psicóticos en la familia*. España: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. España: Paidós.

Selvini Palazzoli, M; Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, L. (1974). El tratamiento de los niños por medio de la terapia breve de los padres. En M. Selvini (comp.) (1990) *Crónica de una investigación* (pp.127-149). México: Paidós.

Selvini Palazzoli, M; Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, L. (1990). Hipotetizar-Circularidad-Neutralidad. *El proceso de la familia*, Marzo, 19, no. 1

Selvini, M. (comp.) (1990). *Crónica de una investigación*. México: Paidós.

Tarragona, M. (1990). Nuevos desarrollos en la terapia sistémica: hacia un paradigma narrativo de la psicoterapia. *Psicoterapia y familia*, 3, 38-44.

Tarragona, M. (1999). La supervisión desde una perspectiva posmoderna, *Psicología iberoamericana*. 7, 3, Jun, pp.68-76.

Tomm, K. (1984a). One Perspective on the Milan systemic approach: part I: Overview of development, theory and practice. *Journal of marital and Family Therapy*, 10, 113-125.

Tomm, K., (1984b). One perspective on the Milan systemic approach: Part II. Description of session format, interviewing style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 253-271.

Tuirán, R. (2001). Estructura familiar y trayectoria de vida. En C. Gomes. (Comp.) *Procesos sociales; población y familia*. (pág. 33-35). México: Porrúa.

von Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. A. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1976). *Cambio* (10a. ed.), Barcelona: Herder.

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. México: Paidós.

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

White, M. (1995). *Reescribir la vida*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (1997). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2004, junio). *Conversaciones de remembranza*. Plenaria efectuada en

el 6º congreso de terapia narrativa y trabajo comunitario, Oaxaca, México.

Wiener, N. (1958). *Cibernética y sociedad*. Argentina: Editorial sudamericana. (J. Novo trad., original: 1958)

Wittezaele, J. & García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.

**Instrumentos de registro y análisis en la investigación:
“Formación del terapeuta: un caso, modelo de soluciones”.**

☞ Registro de observaciones de la sesión.

Fecha:..... Familia:
 Tema:
 Terapeuta: Supervisor:.....

1) Registrar el contenido o un tema específico de la sesión (columna A); junto a esto se anotará la intervención realizada por el terapeuta (columna B) y en la columna C, los comentarios del observador.

A	B	C

2) En la intersección los datos a registrar son:

- Aspectos discutidos por el terapeuta responsable del caso.
- Aportaciones del supervisor.
- Conclusiones generales del equipo.

☞ Guía de entrevista del terapeuta-supervisor.

Los temas de la entrevista realizada al terapeuta con experiencia en el manejo del modelo de soluciones, fueron:

- Elementos teóricos y epistemológicos necesarios para el manejo del modelo de soluciones.
- Habilidades clínicas necesarias del terapeuta en formación.
- Factores que facilitan el manejo del modelo de soluciones.
- Factores que obstaculizan el manejo del modelo de soluciones.
- Proceso de formación de los terapeutas familiares en el manejo del modelo de soluciones.

☞ Claves para la codificación de transcripciones.

Los siguientes códigos están basados en las técnicas del modelo de soluciones.

<i>Nombre de la técnica</i>	<i>Código</i>
PREGUNTAS PRESUPOSICIONALES	? PRESUP
TÉCNICAS DE UNIÓN	UN
Adaptarse al lenguaje del cliente	UN-lengCl
Adoptar la modalidad sensorial del cliente	UN-msens
Encauzar el lenguaje del cliente	UN-lengTx
EXCEPCIONES	EXCPs
DEFINICIÓN DE OBJETIVOS	DEF-OBJ
PAUSA	...
ELOGIOS	ELO
PREGUNTAS DE AVANCE RAPIDO	?
Preguntas orientadas a futuro	? fut
Pregunta del Milagro	? Mil
PREGUNTAS SOBRE EL PROBLEMA	PREG PROB
TAREA DE FORMULA DE LA PRIMERA SESIÓN	TF 1ª SS
TAREA DE LA SORPRESA PARA PAREJAS O FAMILIAS	Tsor ☺
Tarea genérica	Tgen
ESCALAS	ESC
DESENMARCADO	DS <input type="checkbox"/>
REENMARCADO	RE <input type="checkbox"/>
INTERVENCIÓN EN LA PAUTA	INTER-PA
USO DE LA ANALOGÍA	ANAL
INTERVENCIONES PARADÓJICAS	INTER-PARAD
INTERVENCIONES NO COMPRENDIDAS EN EL MODELO DE SOLUCIONES.	M:
Estructural	M: Estruc
Estratégico	M:Estra
Terapia Breve	M: TB
Milán	M: Milán
Narrativa	M:Narra

Batería empleada en el “Estudio para la validación de la Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF)”³**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR**FECHA: _____ EDAD: _____ SEXO: M F

El siguiente cuestionario tienen como propósito evaluar las relaciones familiares; no es un cuestionario donde se obtengan respuestas buenas o malas o se tenga una calificación, simplemente se pide sea contestado con toda honestidad. Tome el tiempo que sea necesario, ya que no es una prueba de velocidad. Las respuestas dadas por usted serán estrictamente confidenciales y anónimas, por lo que no se solicitan datos personales y servirán con fines estadísticos.

SECCIÓN I

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones que describen lo que sucede en la familia. Lee atentamente e indica la opción que consideres más adecuada para cada afirmación teniendo en cuenta la siguiente escala de respuesta.

Marca con una X el número correspondiente que aparece enfrente de la afirmación.

1	2	3	4	5
Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre

¿CÓMO ES TU FAMILIA?

- | | |
|---|-----------|
| 1. Nos pedimos ayuda entre nosotros cuando la necesitamos. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Se toma en cuenta la opinión de los hijos cuando surge un problema. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Se toma en cuenta la opinión de los hijos al establecer normas de disciplina. | 1 2 3 4 5 |
| 4. En mi familia cambiamos la manera de realizar las diferentes tareas o quehaceres de acuerdo a las necesidades. | 1 2 3 4 5 |
| 5. Nos gusta pasar el tiempo libre juntos. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Padres e hijos acordamos juntos los castigos. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Nos sentimos muy unidos entre nosotros. | 1 2 3 4 5 |
| 8. En mi familia los hijos también toman decisiones. | 1 2 3 4 5 |
| 9. Cuando en la familia tenemos que realizar alguna actividad juntos, todos los miembros participamos. | 1 2 3 4 5 |

³ La sección I comprende la Escala de Evaluación del Sistema Familiar (CESF), la sección II corresponde a la Escala de Diferenciación del Sistema Familiar (DIFS) y la sección III es la Escala de depresión (CES-D).

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10. Se nos ocurren fácilmente hacer cosas juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Nos repartimos las responsabilidades de la casa entre los distintos miembros de la familia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. A la hora de tomar decisiones nos consultamos entre nosotros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. El sentimiento de unión familiar es muy importante para nosotros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

SECCIÓN II

El presente cuestionario evalúa las relaciones familiares para conocer las formas comunes de convivencia familiar. Antes de responder lea cuidadosamente cada una de las preguntas que se hacen y conteste, eligiendo la opción con la que esté más de acuerdo.

1	2	3	4	5
Casi nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre

PADRE – MADRE

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 14. Mi padre muestra respeto por el punto de vista de mi madre, aún cuando sea diferente de su punto de vista. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Mi padre responde a los sentimientos de mi madre como si no fueran importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Mi padre demuestra respeto por la privacidad de mi madre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Mi padre dice que es lo que mi madre debería de pensar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Mi padre responde a los sentimientos de mi madre de una forma comprensiva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Mi padre dice que mi madre dice cosas sin sentido. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Mi padre muestra despreocupación por los sentimientos de mi madre. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Mi padre anima a mi madre para que exprese sus sentimientos, sean buenos o malos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Mi padre manifiesta comprensión cuando mi madre no desea compartir sus propios sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Mi padre acepta que mi madre hable de sí misma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

MADRE – PADRE

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 24. Mi madre muestra respeto por el punto de vista de mi padre, aún cuando sea diferente de su punto de vista. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Mi madre responde a los sentimientos de mi padre como si no fueran importantes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

26. Mi madre demuestra respeto por la privacidad de mi padre. 1 2 3 4 5
27. Mi madre dice que es lo que mi padre debería de pensar. 1 2 3 4 5
28. Mi madre responde a los sentimientos de mi padre de una forma comprensiva. 1 2 3 4 5
29. Mi madre dice que mi padre dice cosas sin sentido. 1 2 3 4 5
30. Mi madre muestra despreocupación por los sentimientos de mi padre. 1 2 3 4 5
31. Mi madre anima a mi padre para que exprese sus sentimientos, sean buenos o malos. 1 2 3 4 5
32. Mi madre desaprueba las ideas y opiniones de mi padre. 1 2 3 4 5
33. Mi madre manifiesta comprensión cuando mi padre no desea compartir sus propios sentimientos. 1 2 3 4 5
34. Mi madre acepta que mi padre hable de sí mismo. 1 2 3 4 5

PADRE-YO

35. Mi padre muestra respeto por mi punto de vista, aún cuando sea diferente de su punto. 1 2 3 4 5
36. Mi padre responde a mis sentimientos como si no fueran importantes. 1 2 3 4 5
37. Mi padre demuestra respeto por mi privacidad. 1 2 3 4 5
38. Mi padre dice que es lo que yo debería de pensar. 1 2 3 4 5
39. Mi padre responde a mis sentimientos de una forma comprensiva. 1 2 3 4 5
40. Mi padre dice que yo digo cosas sin sentido. 1 2 3 4 5
41. Mi padre muestra despreocupación por mis sentimientos. 1 2 3 4 5
42. Mi padre me anima para que exprese mis sentimientos, sean buenos o malos. 1 2 3 4 5
43. Mi padre desaprueba mis ideas y opiniones. 1 2 3 4 5
44. Mi padre manifiesta comprensión cuando yo no deseo compartir sus propios sentimientos. 1 2 3 4 5
45. Mi padre acepta que yo hable de mí mismo (a). 1 2 3 4 5

YO-PADRE

46. Muestro respeto por el punto de vista de mi padre, aún cuando sea diferente del mío. 1 2 3 4 5
47. Respondo a los sentimientos de mi padre como si no fueran importantes. 1 2 3 4 5
48. Demuestro respeto por la privacidad de mi padre. 1 2 3 4 5
49. Yo digo que es lo que mi padre debería de pensar. 1 2 3 4 5
50. Respondo a los sentimientos de mi padre de una forma comprensiva. 1 2 3 4 5
51. Digo que mi padre dice cosas sin sentido. 1 2 3 4 5
52. Muestro despreocupación por los sentimientos de mi padre. 1 2 3 4 5
53. Animo a mi padre para que exprese sus sentimientos, sean buenos o malos. 1 2 3 4 5
54. Desapruebo las ideas y opiniones de mi padre. 1 2 3 4 5
55. Manifiesto comprensión cuando mi padre no desea compartir sus propios sentimientos. 1 2 3 4 5
56. Acepto que mi padre hable de sí mismo. 1 2 3 4 5

MADRE-YO

57. Mi madre muestra respeto por mi punto de vista, aún cuando sea diferente de su punto de vista. 1 2 3 4 5
58. Mi madre responde a mis sentimientos como si no fueran importantes. 1 2 3 4 5
59. Mi madre demuestra respeto por mi privacidad. 1 2 3 4 5
60. Mi madre dice que es lo que yo debería de pensar. 1 2 3 4 5
61. Mi madre responde a mis sentimientos de una forma comprensiva. 1 2 3 4 5
62. Mi madre dice que yo digo cosas sin sentido. 1 2 3 4 5
63. Mi madre muestra despreocupación por mis sentimientos. 1 2 3 4 5
64. Mi madre me anima para que exprese mis sentimientos, sean buenos o malos. 1 2 3 4 5

65. Mi madre desaprueba mis ideas y opiniones. 1 2 3 4 5
66. Mi madre manifiesta comprensión cuando yo no deseo compartir sus propios sentimientos. 1 2 3 4 5
67. Mi madre acepta que yo hable de mí mismo (a). 1 2 3 4 5

YO-MADRE

68. Muestro respeto por el punto de vista de mi madre, aún cuando sea diferente del mío. 1 2 3 4 5
69. Respondo a los sentimientos de mi madre como si no fueran importantes. 1 2 3 4 5
70. Demuestro respeto por la privacidad de mi madre. 1 2 3 4 5
71. Yo digo que es lo que mi madre debería de pensar. 1 2 3 4 5
72. Respondo a los sentimientos de mi madre de una forma comprensiva. 1 2 3 4 5
73. Digo que mi madre dice cosas sin sentido. 1 2 3 4 5
74. Muestro despreocupación por los sentimientos de mi madre. 1 2 3 4 5
75. Animo a mi madre para que exprese sus sentimientos, sean buenos o malos. 1 2 3 4 5
76. Desapruebo las ideas y opiniones de mi madre. 1 2 3 4 5
77. Manifiesto comprensión cuando mi madre no desea compartir sus propios sentimientos. 1 2 3 4 5
78. Acepto que mi madre hable de sí misma. 1 2 3 4 5

SECCIÓN III

Instrucciones: A continuación se te presenta una lista de las formas en las que quizá tu te has sentido ó comportado recientemente. Por favor anota la forma en como te has sentido durante la última semana. Enseguida se muestra un ejemplo, que indica la forma correcta de contestar:

Durante la semana pasada:

Me preocupo por cosas de las que usualmente no me preocupaban.

Si considera que la afirmación se presenta aproximadamente 2 días a la semana, marcará una X en el cuadro correspondiente, en este caso se tachará la casilla 2, tal como sigue:

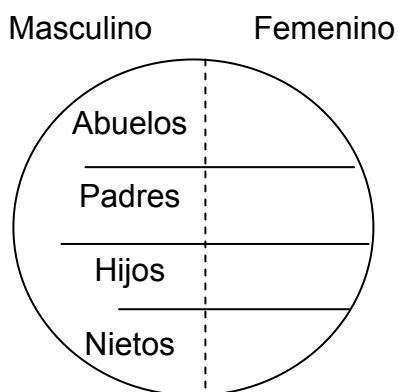
	1	2	3	4
Raramente (menos de un día)		Algunas veces (de 1 a 2 días)	Frecuentemente (de 3 a 4 días)	Casi siempre o Siempre (5 a 7 días)
1. No he sentido gusto al comer, mi apetito es pobre.				1 2 3 4
2. He sentido que no podía quitarme la tristeza aun cuando contaba con la ayuda de mis familiares y amigos.		X		1 2 3 4
3. Me he sentido tan bueno como otras personas.				1 2 3 4
4. Tenía problemas para poner atención a lo que estaba haciendo.				1 2 3 4
5. Me he sentido deprimido.				1 2 3 4
6. He sentido que cualquier cosa que he hecho me ha costado un gran esfuerzo.				1 2 3 4
7. Veía el futuro con esperanza.				1 2 3 4
8. Pensé que mi vida ha sido un fracaso.				1 2 3 4
9. Tenía miedo.				1 2 3 4
10. Dormí sin descansar.				1 2 3 4
11. Estaba feliz.				1 2 3 4
12. Platiqué menos de lo normal.				1 2 3 4
13. Me sentía solo (a).				1 2 3 4
14. Sentía que la gente era poco amigable.				1 2 3 4
15. Disfruté de la vida.				1 2 3 4
16. Lloraba a ratos.				1 2 3 4
17. Me sentía triste.				1 2 3 4
18. Sentía que no les caía bien a otros.				1 2 3 4
19. No podía seguir a adelante.				1 2 3 4

ANEXO 3

Instructivo y hoja de codificación del Esquema de Evaluación Familiar Dinámico-Estructural (EEFDE).

El esquema de evaluación dinámico estructural representa categorías de la dinámica relacional y estructura de una familia. El principal marco de referencia para su elaboración es el enfoque estructural, por lo que a continuación te proporcionamos los criterios para su elaboración.

Está compuesto por un círculo, mismo que representa el sistema familiar, dicho círculo está dividido verticalmente; el lado izquierdo corresponde al subsistema masculino, y el derecho al femenino. Los hombres son representados mediante cuadros y las mujeres a través de círculos. Las líneas horizontales dividen a las generaciones que componen a la familia.



1. LIMITES

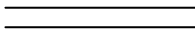


1.1 Extrasistémicos (Permeabilidad)

La línea que constituye el círculo representa la permeabilidad o límite entre el sistema familiar y el medio externo, por lo que puede ser de las siguientes formas:


		Escala numérica
=====	Impermeable	1
—————	semipermeable	2
-----	muy permeable	3

1.2 Intergeneracionales

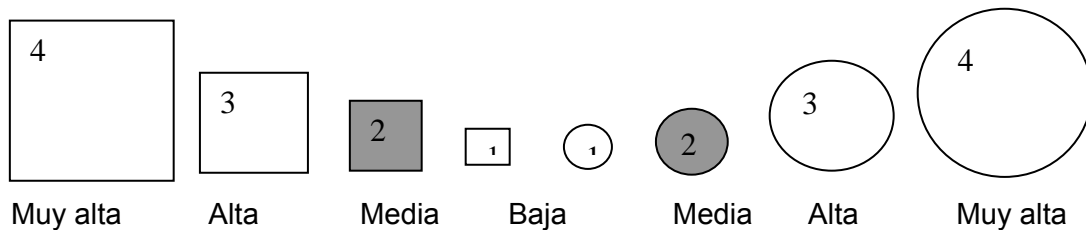
Escala numérica

	rígidos	1
	flexibles	2
	difusos	3

1.3 De género

			
Rígidos	Flexibles	Difusos	Escala numérica
3	2	1	

2. SIGNIFICANCIA (Escala)



3. JERARQUÍA

La jerarquía formal estará evaluada según los siguientes rangos:

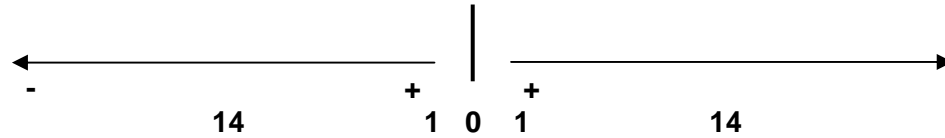
ALTA (A) 7- 10

MEDIA (M) 3-6.99

BAJA (B) 1-2.99

4. INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO

Tomando como eje la línea vertical a **mayor** involucramiento la figura se ubica más cercana a esta línea y a **menor** involucramiento más distancia a ésta.



Escala Numérica

- 0-.99 Sobreinvolucrado.
- 1-3 Muy involucrado.
- 4-9 Medianamente involucrado.
- 10-14 Bajamente involucrado.

5. RELACIONES INTERPERSONALES

Las relaciones entre los miembros que componen el sistema se representan de la siguiente forma:

Escala numérica

5.1 Intensidad

=====	Relación muy intensa	3
—————	Relación regular, normal	2
-----	Relación débil, lejana	1

5.2 Valencia

Escala numérica

↔	Aceptación mutua	1/1
→←	Rechazo mutuo	-1/-1
↔↔	Ambivalencia mutua	0
↔→	Ambivalencia de A, aceptación de B	0/1
A B		
↔↗	Aceptación de A y ambivalencia leve de B	.5/1
A B		
↗→	Ambivalencia de A con más aceptación de B	-.5/1

Carta descriptiva del taller: "La importancia de las relaciones familiares".

ANEXO 4

DÍA 1

Facilitadores: Ruiz Cortez Marlene del Rocío y López Cruz Carlos.

<i>TEMA</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>MATERIAL</i>	<i>TIEMPO</i>
1. INTRODUCCIÓN.	Presentación de facilitadores y del taller.	Expositiva.	Los facilitadores se presentarán a sí mismos y el tema general del taller.	PC y cañón.	10'
1.1. Presentación.	Establecer las reglas de trabajo grupal.	Expositiva.	El facilitador expondrá las reglas básicas para el desarrollo del taller.	Hojas de rotafolio y plumones	10'
1.2. Integración.	Integración de los participantes.	Dinámica de integración "Te presento mi luz".	Se pedirá a cada uno de los participantes diga su nombre, edad y estado civil y comuniquen al grupo algo sobre sí mismos.	Gaffetes para cada participante.	40'
1.3. Expectativas.	Conocer las problemáticas familiares más comunes y expectativas de los participantes. Y dialogar sobre alternativas de solución que tienen.	Dinámica de reflexión "Círculo Mágico".	Se pedirá a todo el grupo que se sienten en círculo. Y el facilitador dirigirá las preguntas de acuerdo a los objetivos planteados. Durante el proceso se conectarán las respuestas de los participantes con preguntas que promuevan la reflexión en el grupo, tomando en cuenta aspectos culturales, sociales, históricos, vivencias personales, etc. Finalmente se aterrizarán las expectativas de acuerdo a lo discutido y a los alcances del taller.	Hojas de rotafolio y plumones.	50'
1.4. Compromiso.	Comprometer simbólicamente a los participantes con el taller.	Ritual de compromiso "La olla".	En tiras de papel cada uno de los participantes escribirá su nombre, dos expectativas de lo esperado por el taller y lo que está dispuesto a dar durante éste, las cuáles serán depositadas en una olla. El significado de este ritual será explicado como la forma en que cada uno asume la responsabilidad para que "la sopa" que se va a cocinar durante el taller tenga un buen "sazón".	Tiras de papel, lápices, imitación de olla de barro.	10'

Carta descriptiva del taller: "La importancia de las relaciones familiares".

DÍA 2

<i>TEMA</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>MATERIAL</i>	<i>TIEMPO</i>
Enlace	Retomar comentarios que emerjan de la sesión anterior.	Retroalimentación	Se preguntará de manera abierta a los participantes sobre lo que consideraron más relevante de la sesión anterior y se pedirá lo compartan con el grupo.		10'
	Conocer la información teórica básica sobre el tema.	Expositiva.	El facilitador expondrá los conceptos e ideas más relevantes correspondientes al tema.	Cañón, PC, presentación power point.	40'
	Identificar cómo está integrada, el tipo de familia y la(s) etapa(s) del ciclo vital en que se encuentra la familia de cada uno de los participantes.	"Esta es mi familia".	En la sesión anterior se solicitará que cada uno lleve fotocopias de fotografías de las personas con quien vive; pegarán las fotos de acuerdo a los niveles que se le presentan en el material de apoyo; escribirán la edad de cada miembro de su familia y a partir de esto identificará la etapa del ciclo vital y tipo de familia a la que pertenece, después registrará estos datos en la parte inferior de la hoja.	Copias de fotografías de las personas con quienes viven en casa, resistol, lápices.	15'
	Señalar las necesidades de la familia de acuerdo a la etapa de ciclo vital en que se encuentra.		Se les pedirá que reflexionen a partir de las preguntas: ¿Cuáles serían las necesidades de cada miembro de mi familia de acuerdo con su etapa de vida? y ¿cuáles serían las necesidades de toda la familia de acuerdo a la etapa de ciclo vital? Escribirán las respuestas en forma de lista y después las compartirá con el grupo.	Gráfica fotográfica de la familia.	25'
2.1. LA FAMILIA 2.1.1. Tipos de familia. 2.1.2. Ciclo vital de la familia.					

Carta descriptiva del taller: "La importancia de las relaciones familiares".

DÍA 2

<i>TEMA</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>MATERIAL</i>	<i>TIEMPO</i>
2.1. LA FAMILIA.	Plantear acciones concretas personales que propicien mejorar las relaciones familiares.	Lluvia de ideas.	Se pedirá que, individualmente, los participantes piensen en acciones concretas, factibles y que propicien mejorar las relaciones en su familia.		20´

Carta descriptiva del taller: "La importancia de las relaciones familiares".

DÍA 3

<i>TEMA</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>MATERIAL</i>	<i>TIEMPO</i>
Enlace.	Retomar comentarios que emerjan de la sesión anterior.	Plenaria.	Se pedirá a cada uno de los participantes que compartan sus respuestas de manera verbal sobre el ejercicio "Esta es mi familia" y que especifique qué es lo que desearía cambiar en su familia.		15'
3. COMUNICACIÓN 3.1. Definición, elementos y tipos de comunicación. 3.2 Diálogo y guías para establecerlo.	Conocer los conceptos e ideas principales del tema y subtemas.	Expositiva.	El facilitador expondrá los conceptos e ideas más importantes correspondientes al tema.	PC y cañón, manual del participante, lápices.	20'
	Practicar tipos de comunicación que faciliten el diálogo en la familia	Dramatización.	Se formarán dos equipos donde: a) cada equipo se coordinará para dramatizar una situación cotidiana en la que identifiquen fallas en la comunicación; b) los equipos dramatizarán la situación elegida y; c) se repetirá la dramatización corrigiendo los errores en la comunicación.		50'
	Evaluar el desarrollo de esta sesión.	Retroalimentación	Los participantes comentarán lo que observaron sobre los errores en la comunicación de cada dramatización. Y después, se les preguntará ¿cómo fue la vivencia personal de esta actividad?, ¿qué retoman o qué fue útil para la vida diaria? y ¿cómo va el "sazón de la sopa"?		25'
	Aplicar los conocimientos adquiridos en las sesiones en su contexto familiar.	Tarea para la casa.	El facilitador pedirá que cada participante elija una de las acciones concretas planteadas en la sesión anterior, lleve a cabo esa acción con su familia el fin de semana próximo y observe cómo reaccionan los miembros de su familia implicados en la acción decidida. El facilitador resaltará la importancia de hacer un cambio mínimo.		10'

Carta descriptiva del taller: "La importancia de las relaciones familiares".

DÍA 4

<i>TEMA</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>MATERIAL</i>	<i>TIEMPO</i>
4. Evaluación de la tarea.	Evaluar la tarea que se indicó para el fin de semana.	Retroalimentación	Se pedirá que voluntariamente los participantes expongan los resultados obtenidos a partir de la tarea asignada en la sesión anterior.	Manual del participante.	60´
4. LÍMITES 4.1. Definición. 4.2. Importancia de los límites en la familia. 4.2.3. Tipos de límites.	Conocer información teórica sobre la temática. Identificar formas alternativas en el establecimiento de límites.	Seminario y discusión grupal.	a) se promoverá la participación grupal por medio de preguntas ¿qué es un límite? ¿cuál es la importancia de éstos en las familia?; b) se expondrá la clasificación del tipo de límites y dirigirá la reflexión grupal sobre las ventajas y desventajas de las formas de control de la conducta en la familia, c) se dirigirá el diálogo sobre las alternativas en las formas de control de la conducta y, d) el facilitador sintetizará las ideas que surjan.	PC, cañon, diapositivas en power point, manual del participante, lápices.	60´

Carta descriptiva del taller: "La importancia de las relaciones familiares".

DÍA 5

<i>TEMA</i>	<i>OBJETIVO</i>	<i>TÉCNICA</i>	<i>DESCRIPCIÓN</i>	<i>MATERIAL</i>	<i>TIEMPO</i>
5. CIERRE. 5.1. Integración.	Integración de temas revisados.	Expositiva.	Exponer un resumen breve sobre los temas revisados durante el taller.	Manual del participante.	25'
5.2 Evaluación.	Evaluar la utilidad en la vida cotidiana del aprendizaje obtenido.	Plenaria.	Se plantearán las siguiente preguntas: ¿qué ha sido lo más significativo durante el taller?, ¿por qué es significativo?, ¿cómo han relacionado los conocimientos adquiridos con la vida cotidiana?.	Manual del participante, lápices.	50'
	Compartir la evaluación de los facilitadores sobre el proceso del taller.	Retroalimentación.	Cada facilitador expondrá al grupo los aspectos del proceso de taller más significativos a nivel personal.		10'
	Evaluar el taller de manera escrita.	Cuestionario.	Los participantes evaluarán el taller en el formato impreso que les será entregado.	Cuestionario escrito y lápices.	20'
5.3. Cierre/ Clausura.	Clausurar el taller formal y simbólicamente.	Entrega de "semillas" y reconocimientos.	Se hará entrega de semillas que representarán el aprendizaje obtenido en el taller, la cual germinará y dará fruto de acuerdo al uso y cuidado que brinde cada participante. Finalmente se entregarán los reconocimientos impresos.	Semillas y reconocimientos (uno por participante).	15'