



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

---

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN  
PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

IMPLICACIONES DE LA VIOLENCIA  
FEMENINA EN LA FAMILIA:  
UN RETO PARA LA TERAPIA FAMILIAR

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
ANEL HORTENSIA GÓMEZ SAN LUIS**

DIRECTORA DEL REPORTE:  
MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY  
REVISORA:  
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO  
COMITÉ TUTORAL:  
DRA. FÁTIMA FLORES PALACIOS  
DRA. DOLORES MERCADO CORONA  
DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA



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.

## MANIFIESTO SOBRE LOS ÚLTIMOS MOVIMIENTOS DE UNA NUBE

Las nubes circulan libremente en los cielos,  
aparentemente pastan, pero algunas suelen echar raíces.  
En nuestro país existen nubes inconvenientes  
para los fanáticos del tenis o del golf.  
Las nubes molestan, infringen, ¿Quién se queja de las nubes?  
¡Los que usan paraguas!  
Las nubes no se venden.  
Las nubes no se alquilan.  
Las nubes son invaluableles.  
Después de que las nubes fueron condenadas,  
ahora, aparentemente se les deja tranquilas;  
pocos pueden tener una nube.  
En el pent-house, pero las nubes son de todos, son de nadie.

### PROCLAMACIÓN:

¡Las nubes escupen! ¡Son infinitamente imposibles!  
¡Llenan un espacio y cumplen con su tiempo!  
¡Las nubes son locura! ¡Las nubes son tóxicas para los idiotas!  
Las nubes cristalizan en el silencio, en la pausa, como en los sueños.  
Las nubes son un navío cargado de...  
Su único negocio provocar lluvias, benéficas en estos tiempos de sequía.  
¡Seamos rigurosamente objetivos! ¡Seamos rigurosamente subjetivos!

¡LAS NUBES SON NUESTRA FILOSOFIA!

José Cruz.

A las hermosas nubes de mi cielo particular:  
Marai, Jocelyn, Arely, Alix y Brenda.

A mi mamá porque su presencia y compañía son una bendición.  
A mi papá, por su ejemplo de lucha y perseverancia.  
A mis hermanos Armando, Esaú, Ana e Ivette, por su cariño y apoyo.

A mis amigas y amigos:  
A los de ayer y los de ahora, los que están cerca y los que están lejos.  
Los que se fueron y los que permanecieron.  
Los de la escuela, los del trabajo, los de la vida.

A Manuel:  
Por la maravilla de estar juntos, por lo que ha pasado y por lo que lo que vendrá.

Un agradecimiento especial a mi tutora de la maestría y directora de este reporte:  
Mtra. Jacqueline Fortes, por su tiempo, paciencia y solidario compromiso.  
Por compartir conmigo sus conocimientos, pero sobre todo por su calidez humana.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</b>	<b>01</b>
<b>I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR</b>	
<b>1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar</b>	
1.1. Características del campo psicosocial	03
1.2. Principales problemas que presentan las familias	06
1.3. La terapia familiar sistémica como alternativa para abordar la problemática señalada	09
<b>2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico</b>	
2.1. Descripción de los escenarios	12
2.2. Análisis sistémico de los escenarios	14
2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios de trabajo clínico	18
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	
<b>1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo</b>	
1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar sistémica	
1.1.1. Teoría general de los sistemas	21
1.1.2. Teoría de la comunicación humana	23
1.1.3. Cibernética de primer orden y cibernética de segundo orden	24
1.1.4. Constructivismo	25
1.1.5. Construccinismo social	27
1.2. Modelos de intervención de terapia familiar sistémica	
1.2.1. Modelo estructural	29
1.2.2. Modelo estratégico	35
1.2.3. Modelo de terapia breve	40
1.2.4. Modelo orientado a soluciones	46
1.2.5. Modelo de Milán	52
1.3. Enfoques terapéuticos derivados del posmodernismo	
1.2.6.1. Equipo reflexivo	58
1.2.6.2. Enfoque narrativo	64
1.2.6.3. Enfoque colaborativo	69

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

#### **1. Aportaciones teóricas**

1.1. Las diferentes caras de la violencia: el rostro femenino	76
---	----

#### **2. Habilidades clínicas terapéuticas**

2.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia	82
2.2. Análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica con familias	91
2.3. Análisis del sistema terapéutico total	92

#### **3. Habilidades de investigación**

3.1. Reporte de investigación cuantitativa	94
3.2. Reporte de investigación cualitativa	102

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

4.1. Productos tecnológicos	111
4.2. Programa de intervención comunitaria	117
4.3. Reporte de la presentación del trabajo realizado en foros académicos	121

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

5.1. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional	123
--	-----

### **IV. CONSIDERACIONES FINALES**

<b>1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas</b>	127
--	-----

<b>2. Incidencia en el campo psicosocial</b>	128
--	-----

<b>3. Reflexión y análisis de la experiencia</b>	130
--	-----

<b>4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo</b>	131
---	-----

<b>REFERENCIAS</b>	133
--------------------	-----

<b>ANEXOS</b>	139
---------------	-----

# INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El **Programa de Maestría y Doctorado en Psicología** de la UNAM (1998), es compartido por tres entidades universitarias: la Facultad de Psicología en CU, la Facultad de Estudios Superiores en Iztacala y la Facultad de Estudios Superiores en Zaragoza. Una de las principales características de la **Maestría en Psicología Profesional** es su énfasis en una formación profesional especializada y hacia la investigación aplicada. Por ello, el objetivo de la maestría es desarrollar en el alumno:

- Las capacidades requeridas para el ejercicio profesional de la psicología de alta calidad en las áreas de salud, educación y desarrollo humano, y sociales-organizaciones-ambientales, a través de una organización teórico-práctica supervisada.
- La adquisición de las habilidades para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática social en las áreas anteriormente mencionadas.
- Una actitud de servicio acorde con las necesidades sociales.

El programa está dirigido a estudiantes de tiempo completo, a quienes al ingresar a la maestría se les asigna un tutor responsable de su formación teórica y práctica. La duración es de cuatro semestres, en los que el alumno debe cubrir 336 horas de cursos formales del tronco teórico-metodológico y un mínimo de 1,656 horas de entrenamiento práctico bajo supervisión en el programa de residencia seleccionado. El sistema de supervisión de los residentes está formado por dos tipos de supervisores; el supervisor *in situ* es un psicólogo contratado por la institución sede, cuya función consiste en supervisar a los residentes en formación en el escenario; y el supervisor académico, es un psicólogo con experiencia docente, responsable de la asesoría de los alumnos y que acude a la institución sede mediante visitas programadas.

Los programas de residencia que se ofrecen dentro de la Maestría en Psicología Profesional son los siguientes:

1. Campo de Conocimiento: Psicología Aplicada a la Salud
  - Residencia en Medicina Conductual
  - Residencia en Neuropsicología Clínica
  - Residencia en Psicología de las Adicciones
  - Residencia en Terapia Familiar
  - Residencia en Psicoterapia Infantil
  - Residencia en Psicoterapia para Adolescentes
2. Campo de Conocimiento: Psicología Aplicada a la Educación y al Desarrollo Humano
  - Residencia en psicología Escolar
  - Residencia en Educación Especial
  - Residencia en Evaluación Educativa
3. Campo de Conocimiento: Psicología Aplicada a Procesos Sociales, Organizaciones, Ambientales
  - Residencia en Gestión Organizacional

El presente reporte de experiencia profesional se inserta en el marco de la **Residencia en Terapia Familiar**, cuyo enfoque Sistémico-Construccionista se sustenta básicamente en la teoría general de los sistemas, la epistemología cibernética, la teoría de la comunicación humana; y más recientemente en las aportaciones del enfoque posmoderno basado en la teoría del construccionismo social.

La Terapia Familiar en el contexto de nuestra sociedad es una profesión poco conocida, pero muy útil para atender los principales problemas surgidos de las condiciones de pobreza y carentes servicios de salud y educación que caracterizan a nuestro país. Por ello, la Residencia en Terapia Familiar con Enfoque Sistémico-Construccionista tiene como objetivo general capacitar al estudiante en una especialidad de la psicología de alta calidad en el área de la salud. Ya que esta especialidad, con su visión integrativa permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y otros sistemas sociales como la pareja, familia, comunidad; así como desde el construccionismo social y la narrativa, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (social, institucional, cultural, político, etc.), el lenguaje y la construcción de significados.

Este reporte de experiencia profesional pretende ser un aporte en el área de la salud, de la psicología y de la terapia familiar, además de ser una herramienta para los profesionales de la salud interesados en las problemáticas contemporáneas que enfrenta la familia. Es el producto de un fuerte trabajo teórico-práctico y de investigación que además de contar con apartados teóricos generales sobre la terapia familiar sistémica y posmoderna, sus bases epistemológicas y sus principales modelos de atención, incluye una propuesta particular de integrar, analizar y reportar los casos clínicos a la luz del marco teórico de la violencia; ya que los que aquí se reportan son dos casos en los que la violencia se manifiesta de una forma poco común o bastante escondida en nuestra sociedad: la violencia femenina.

Además, se reportan los resultados de dos investigaciones inéditas sobre uno de los problemas más complejos que aquejan a nuestra sociedad, me refiero a la explotación sexual comercial; donde la Terapia Familiar puede ser un instrumento de comprensión, atención y prevención de esta problemática.

Como parte de las actividades de desarrollo y fortalecimiento de competencias profesionales, realicé dos productos tecnológicos como apoyo didáctico para los terapeutas en formación, uno de ellos sobre el consumo problemático de alcohol y el otro sobre el tipo de preguntas en terapia familiar. También participé como ponente en el X congreso nacional y I Iberoamericano de terapia familiar, exponiendo un caso clínico y una investigación. Además, diseñé e implemente un programa de intervención comunitaria para la prevención del abuso sexual infantil.

Finalmente, en este reporte de experiencia profesional se encuentra un análisis derivado de las habilidades de compromiso y ética profesional, las cuales fueron desarrolladas, fortalecidas e implementadas durante la práctica profesional supervisada; y hoy representan una de las principales herramientas con las que los terapeutas familiares contamos para el ejercicio óptimo de nuestra profesión.

# **I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR**

## **1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR**

### **1.1. Características del Campo Psicosocial**

Vivimos en un mundo que cambia rápida y constantemente, lo que hasta hace poco parecía novedoso ahora es simplemente cosa del pasado, sobre todo si pensamos en los avances de la ciencia y de la tecnología, parece que su historia se escribe tan rápido que difícilmente puede ser digerida por quienes la presenciemos. Los niños enseñan a los adultos sobre computadoras, el uso de agendas electrónicas, celulares con cámara fotográfica y toda clase de aparatos efímeramente modernos. Los estereotipos se cuestionan y los roles de género en ocasiones se invierten. Podría decirse que el mundo está al revés, pero creo que sólo se está transformando.

Es precisamente la transformación una característica inherente a la especie humana y las formas de organización que ha adoptado a lo largo de su historia. Morgan (1970) propone las siguientes etapas de transformación de la familia:

1. Estadio de promiscuidad sexual sin trabas: ausencia total de regulaciones conyugales.
2. La familia consanguínea: existe promiscuidad sexual entre hermanas y hermanos, pero padres e hijos quedan excluidos de encuentros sexuales mutuos. Es la primera manifestación del tabú del incesto.
3. La familia panalúa: la prohibición de los encuentros sexuales se extiende a hermanos y hermanas. Aparece el matrimonio por grupos.
4. La familia sindiásmica: el hombre vive con una sola mujer, pero la poligamia e infidelidad ocasionales son un derecho para éste.
5. La familia monogámica: se funda en el poder económico del hombre y el control masculino de la propiedad privada. Su objetivo es procrear hijos de una paternidad cierta con fines hereditarios.

Ahora bien, esta clasificación fue elaborada en el siglo pasado; y si en el proceso de transformación de las sociedades contemporáneas no ha habido una convergencia en un único modelo de familia (nuclear), tal como las teorías sociológicas de la familia de los años sesenta habían postulado, ello indica que la familia está ligada a los procesos de transformación de la cultura contemporánea (Gracia y Musitu, 2000). Y por ello da cabida a otro tipo de familias (extensa, reconstituida, monoparental, etc.). Pero además, Rapoport y Rapoport (como se cita en Gracia y Musitu, 2000) mencionan cinco fuentes de diversidad de las familias; estas son su organización interna, cultura, clase social, periodo histórico y ciclo vital que las caracteriza.

Por otra parte, Leñero (1992) señala la existencia de una conceptualización sociológica de la familia, la cual contempla dos tipos de elementos diferentes para ésta. Los elementos que por su condición, son omnipresentes en todas las familias y aquellos que podemos definir como circunstanciales:

1. Elementos omnipresentes: consanguinidad y afinidad afectiva
2. Elementos circunstanciales: lugar de residencia, status social y escolaridad; composición familiar o tipología de la familia, formalidad institucional (referida al estado civil) y etapa del ciclo vital

Desde una conceptualización psicológica, en términos generales la familia es entendida como la unidad básica de desarrollo emocional. En este contexto, para Minuchin (1979) existen dos funciones de la familia:

- Interna: consiste en procurar la protección psicosocial de sus miembros a través de la identidad y pertenencia.
- Externa: se refiere a la acomodación de sus miembros a una cultura y a la transición de ésta a cada integrante de la familia.

En estas diferentes conceptualizaciones de la familia no pueden faltar dos obras (El cuestionamiento de la Familia de R.D. Laing y La muerte de la Familia de D. Cooper) pioneras en la corriente antipsiquiátrica, que fueron una voz de alerta sobre el papel patógeno que la familia puede llegar a ejercer.

Retomando el tema de las transformaciones, el estudio de la familia también se ha transformado, y es a principios del siglo XIX que la Escuela de Chicago propone una visión psicosociológica para su estudio; y es en 1979 que a partir de los esfuerzos de esta escuela, Ralph Catalano muestra la clara relación que existe entre ciertas áreas de la ciudad y tasas de enfermedad y delincuencia (Díaz-Guerrero, 1998).

Otro promotor de la psicosociología de la familia es Kurt Lewin, quien en 1930 propone la aplicación de su teoría del campo a todas las ramas de la psicología. Para este autor, un campo se define como “la totalidad de factores coexistentes concebidos como mutuamente interdependientes”. Lewin conceptualiza dos propiedades de la persona: a) separación del resto del mundo por medio de un límite continuo, y b) inclusión en un área mayor. La primera propiedad es la diferenciación, y la segunda, la relación de la parte con el todo (Cueli, Reidl, Martí, Lartigue, y Machaca, 1998).

Pero además, Lewin aplicó la teoría del campo al ámbito de la familia y el matrimonio, ya que reconocía la importancia de la familia como un campo interpersonal y reflexionó sobre aspectos como el orden de los hermanos, la composición familiar y la interdependencia de los esposos; en este sentido, analizó cómo la pareja afecta al espacio vital de la persona, los diferentes significados que los esposos pueden atribuir a las situaciones, o el potencial para el conflicto en el matrimonio (Gracia y Musitu, 2000).

No obstante, a pesar de la existencia de un enfoque psicosociológico de la familia, hasta hace apenas cuatro o cinco décadas el individuo era considerado el foco de la patología por excelencia, y todo esfuerzo terapéutico era dirigido a reestablecer el bienestar individual. El giro en la visión respecto a la familia lo proporcionó la conceptualización de dicha entidad como un sistema, ya que de acuerdo con el enfoque sistémico el síntoma podía considerarse como el elemento central del ciclo homeostático que permitía la estabilidad de la familia. Ésta era análoga a un organismo, cuyo comportamiento al estar regido por leyes generales también era previsible y clasificable.

Como sistema (conjunto de elementos en interrelación entre ellos mismos y con el ambiente), la familia está formada por subsistemas en interacción mutua, el sistema familiar es más que la suma de sus partes individuales. Cuando la familia se estudia a partir de este enfoque, las características generales de los sistemas se aplican a ella; entonces, la familia se ve como totalidad, donde ninguna parte o conducta es causa de otra, sino que están interconectadas de manera circular con las otras partes o conductas. La familia tiene la propiedad de mantener estable su organización, a pesar del constante intercambio de componentes en el exterior, también tiene la propiedad de evolucionar de un estado de desarrollo a otro. Ambos procesos hablan de una estabilidad (morfoestasis) y un cambio (morfogénesis) en la familia, es decir, del mantenimiento de un estado estable y de la modificación de su estructura básica, respectivamente (Cueli, et al. 1998).

La familia fue conceptualizada como un sistema abierto, es decir, un sistema que intercambia componentes con el medio circundante, cuyo funcionamiento fue entendido como el de un sistema vivo que atraviesa por un ciclo vital que va desde el nacer, crecer y morir. Este ciclo vital es explicado a través de la teoría del desarrollo familiar, expuesta en 1951 por Duvall y Hill, la cual se centra en los cambios sistemáticos que experimenta la familia a medida que va desplazándose a lo largo de los diversos estadios de su ciclo vital. Así, las familias atraviesan una secuencia predecible de estadios a lo largo de su ciclo vital, pero además, esta teoría incorpora las dimensiones temporal e histórica, por lo que las transiciones de uno a otro estadio están causadas no sólo por los procesos individuales y familiares, sino por normas sociales, sucesos históricos y condiciones ecológicas (Gracia y Musitu, 2000).

Sin embargo, es hasta la década de los sesenta cuando se consolida la perspectiva ecológica en el estudio de la familia, teniendo como principal exponente a Bronfenbrenner, quien se centró fundamentalmente en la investigación ecológica del desarrollo humano con un marcado énfasis contextual. Su propuesta de examinar la conducta individual como una consecuencia de la interacción entre la persona y el ambiente tiene su origen en la teoría de campo de Kurt Lewin (Gracia y Musitu, 2000). Este autor plantea seis principios que permiten entender el ecosistema familiar como un sistema en interacción con su ambiente:

1. Desarrollo en contexto: los niños y jóvenes se encuentran influenciados por su ambiente de la misma forma que lo están los padres.
2. Habilidad social: se refiere a la importancia de la “calidad de vida” para las familias y su estrecha relación con un entorno socialmente rico.
3. Acomodación mutua individuo-ambiente: las personas y su entorno se adaptan mutuamente, por lo que para comprender el comportamiento humano es necesario centrarse en la interacción del individuo y la situación en el continuo temporal.
4. Efectos de segundo orden: indican que algo más allá de dos individuos regula su interacción.
5. Conexiones entre personas y contextos: se refiere a las “transiciones ecológicas”, es decir, los movimientos de individuos desde un contexto social a otro; y a las “díadas transcontextuales” o las relaciones que existen a través de diferentes contextos.
6. Perspectiva del ciclo vital: ya que el sentido y significado de las características de personalidad y de las distintas situaciones puede diferir a lo largo del ciclo vital.

Para Bronfenbrenner (1987), la ecología del desarrollo humano incluye cuatro sistemas distintos pero interrelacionados entre sí, éstos son el microsistema (complejo de relaciones entre la persona y el escenario inmediato que la contiene), mesosistema (comprende las relaciones entre microsistemas), exosistema (es la extensión del mesosistema que representa las estructuras sociales

formales e informales) y macrosistema (representa los valores culturales, sistemas de creencias y sucesos históricos que pueden afectar a los otros sistemas ecológicos (Gracia y Musitu, 2000).

Específicamente en México y en el marco de la perspectiva ecológica, Diaz-Guerrero (1998) desarrolla la teoría histórica biopsicosociocultural o del ecosistema humano; la cual postula que el individuo se explica a partir de un conocimiento detallado del ecosistema humano en el que nace y crece, por ello este enfoque se basa en variables históricas biopsicosocioeconómico, político y culturales e intenta ser interdisciplinario. A partir de las investigaciones desarrolladas con este enfoque se han determinado ocho “tipos mexicanos”: obediente afiliativo, rebelde afirmativo, control externo pasivo, control interno activo, cauteloso, audaz, interdependiente, autónomo.

Para cerrar este recorrido por los diversos acercamientos teóricos y diversas conceptualizaciones de la familia, se encuentra la familia como construcción social. Aquí la familia es principalmente una forma de asignar significados a las relaciones interpersonales, una forma de interpretar, representar y organizar las relaciones sociales. Desde esta perspectiva, centrada en el uso del lenguaje, se entiende el discurso familiar como el aspecto principal de la organización social de la familia. De acuerdo con Gubrium y Holstein (como se cita en Gracia y Musitu, 2000) la idea central es que el mundo social se hace concreto y adquiere significado a través de la interacción y el habla cotidiana, por lo que entidades abstractas como la comunidad o la familia se convierten en “cosas”. La familia puede construirse tanto como producción o como resultado secundario del discurso familiar, el punto central es cómo la familia es utilizada como una categoría para definir vínculos sociales.

Para terminar este apartado es necesario regresar a la reflexión inicial sobre las transformaciones, tanto en los seres humanos como en el mundo que nos rodea. Nuestro país no está exento de esas transformaciones y al estar en vías de desarrollo presenta una serie de problemáticas específicas que van desde su nivel micro hasta el macro; y son incontables las variables que hay que considerar para entender un poco más acerca de cómo se dan estos cambios: la economía, la educación, la cultura, la sociedad y las políticas por las que se rigen han cambiado. La terapia familiar se inserta en este contexto como un elemento de apoyo a la familia, su principal fortaleza es mirar el todo y la parte, es decir, entender a la familia en su contexto y sólo a partir de ahí promover los cambios que disminuyan las situaciones de sufrimiento por las cuales las familias acuden a terapia. Ahora entendamos un poco más acerca de cómo ver el árbol sin dejar de mirar el bosque, entremos en ese juego del todo y la parte, del fondo y la figura, del individuo y su familia, de la familia y su contexto. Para esto, es importante conocer más la situación actual de las familias.

## **1.2. Principales Problemas que presentan las Familias**

La familia es el primer eslabón en la construcción del tejido social y ejerce funciones vitales que ninguna otra institución sería capaz de cubrir. Las conductas, las actitudes y los valores que se adquieran en ella, en el futuro se desplegarán en la sociedad y cimentarán su desarrollo. De ahí la importancia de contar con diagnósticos especializados de la situación de la familia en México y en el mundo. Es por ello, que el Sistema Nacional Para el Desarrollo de la familia (DIF, 2006) se dio a la tarea de elaborar un diagnóstico de la familia mexicana, de acuerdo con el cual:

- El 98% de los mexicanos viven en familia, y para el año 2000 la población mexicana se agrupaba en 20.6 millones de familias, de las cuales 15.3 millones eran familias nucleares

- (74%) y 5.3 millones eran extensas (26%). Del total de familias, 81% estaban encabezadas por hombres y 19% por mujeres.
- En la década 1990-2000 el número de familias creció 3.1% anual, mientras la población creció a 1.8% anual. El número de familias extensas ascendió más rápido (5.3% anual), que el de familias nucleares (2.4% anual). Las familias encabezadas por mujeres incrementaron más (5.1% anual) que las familias precedidas por hombres (2.7% anual).
  - En el año 2000, las familias tenían en promedio 4.5 miembros, y las familias extensas eran más grandes (5.6 miembros) que las nucleares (4.1 miembros). Entre 1990 y 2000, el número promedio de hijos en las familias se redujo de 2.6 a 2.2, y el número de familias nucleares sin hijos e hijas aumentó casi 70%.
  - En el año 2000, predominaron las familias donde la convivencia y organización doméstica se articulan y despliegan a partir de una pareja conyugal (82%), mientras que en una proporción relativamente reducida la dinámica familiar se sostuvo sin la presencia de los cónyuges (18%). La familia extensa exhibió esta última situación con más frecuencia (32%) que la nuclear (13%).
  - En el año 2000, casi 3.8 millones de las familias del país eran monoparentales (18%). De éstas, 81% están a cargo de una mujer, lo que en términos del conjunto de familias en el país representa el 15%. Entre 1990 y el año 2000 el número de estas familias se incrementó 3.2% anual, a un ritmo de crecimiento casi igual que el del total de familias.
  - El porcentaje de niños es mayor en las familias nucleares (37%) que en las extensas (30%). Mientras que las extensas tienen más ancianos (11%) que las nucleares (5%).

La familia como forma de organización humana está presente en todo el mundo y su análisis resulta imprescindible para el tratamiento de todos los problemas a los que se enfrenta. Con el estudio de las familias, en su conjunto y en su variedad, la experiencia de la vida privada se convierte en comprensión de la existencia colectiva. Así, para lograr un acercamiento a la comprensión de los fenómenos más relevantes de la vida familiar es necesario adentrarse en las principales problemáticas que enfrentan las familias contemporáneas.

La violencia es una de estas problemáticas. En nuestro país, el 46.6% de las mujeres mencionan haber sufrido por lo menos un episodio de violencia durante el último año. (INEGI, 2003). Otra problemática indignante es el maltrato infantil, de acuerdo con el INEGI (2003) comparando los porcentajes de incidencia del 2001 al 2003, se observa su incremento en maltrato físico de 27.5 % a 28.6%, abuso sexual de 4.1% a 4.6%, abandono de 6.4% a 9.2%, maltrato emocional de 20.7% a 26.7%, explotación sexual comercial de 0.1% a 0.2% y explotación laboral de 1.2% a 0.9%.

De acuerdo con el DIF (2006) en las familias mexicanas, los hijos jóvenes menores de 25 años tienen, por su parte, condiciones de salud que requieren una especial atención; ya que en las encuestas hechas a jóvenes, éstos reconocen tener una falta de salud física, en más de la cuarta parte de ellos. Igualmente, muchos (más del 12% en las ciudades) acusan explícitamente de problemas de salud mental y de carácter psíquico. También tienen problemas de mala alimentación que trascienden a su salud actual o futura (anemia por falta de hierro, obesidad, bulimia, anorexia), problemas ginecológicos, enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH-SIDA, síndromes de dolor, cefaleas, dolor psicógeno, síncope y vértigo, trastornos del sueño, enfermedades infecciosas, problemas dermatológicos, epilepsia, talla baja, discapacidades, trastornos oftalmológicos, traumatismos, problemas de adicciones, etc. Por ello, su atención debe tener una

especial forma de tratamiento considerando que se trata de un adolescente o joven mayor que se encuentra en una etapa de su vida altamente sensible y trascendente y que su situación familiar y afectiva está vinculada con cualquier malestar corporal o psíquico.

Otra importante problemática está relacionada con la salud de la mujer y la mortalidad materna. En México, se calcula una tasa de mortalidad materna (número de defunciones de las madres por cada 10,000 nacidos vivos) de 6.2 muertes maternas, el 70% de ellas ocurridas en áreas marginales, principalmente rurales (2.3 veces más que en las marginales urbanas). A su vez, estas muertes maternas, ocurren mayormente en municipios indígenas, y en éstos en mayor medida en mujeres menores de 20 años y en las de más de 34 años (DIF, 2006). Sin embargo, la morbilidad de las madres mexicanas, podría prevenirse y en gran medida superarse si la estructura familiar y la concepción sobre el valor de la mujer al interior de la familia y la pareja, se modificaran.

En relación a la salud reproductiva, ésta constituye todo un capítulo especial en el campo de la salud, implicado en la educación, en la moral y en lo religioso de la vida familiar. Las políticas públicas que establecen mecanismos de regulación de la fecundidad frecuentemente han sido mal utilizadas, pues orientan sus acciones al control de la natalidad para el cumplimiento de metas demográficas. Esto ha provocado una desviación de los objetivos reales de los servicios de salud reproductiva, restringiéndolos a la aplicación de métodos de control de la fecundidad y descuidando aspectos fundamentales, como la responsabilidad por el propio cuerpo, la sexualidad, la lactancia, la menopausia, las enfermedades de transmisión sexual, entre otros (DIF, 2006).

Otros problemas relevantes, mencionados por las familias en el diagnóstico elaborado por el DIF (2006) son:

- Condición de pobreza y carencias económicas, con aislamiento social de la familia, el cual puede ser medido por algunos de los siguientes indicadores captados en la encuesta IMES sobre Familia en el D.F. en 1993: relaciones con los parientes cercanos, disminuidas aunque persistentes (43% recurren a ellos en caso de necesidad). Relaciones vecinales muy exiguas: 9% visitas e intercambios con vecinos. Participación en organizaciones sociales muy baja: 9%.
- Problemáticas de integración de las parejas maritales actuales, lo cual se manifiesta en insatisfacción marital, falta de armonía básica y equidad de género, así como violencia intrafamiliar y violencia basada en el género.
- Problemas entre padres e hijos, así como con otras figuras de autoridad en relación a niños y adolescentes. No sólo existe una disfuncionalidad de los castigos utilizados (golpes o reclusión en el hogar), sino en las formas de transmitir los valores deseados.

En este sentido, Leñero (1994) reporta que: hay algún niño rebelde en el hogar: 67%, los padres no recurren a instituciones y asesores ante problemas de los hijos: 89%, uso de golpes para “corrección” de hijos: 61%, conflictos de los hijos con el padre (jóvenes varones): 47%, niños y adolescentes corregidos con golpes: 23%, niños y adolescentes corregidos con amenazas: 44%, adolescentes que han salido del hogar paterno por problemas con la familia: 19%, jóvenes que no aceptan autoridad paterna: 52%, adicciones juveniles, cigarro, alcohol en la familia: 18 y 30% respectivamente; jóvenes que han probado droga por estar en onda con amigos: 42%, jóvenes con apoyo institucional: sólo 11%, y por si esto fuera poco un 16% del total de embarazos son de adolescentes.

Por otra parte, los problemas actuales que afectan las relaciones familiares son:

- Malos tratos con violencia intrafamiliar presentados en la familia de origen y reproducidos en la familia de procreación.
- Rupturas y pérdida de relación afectiva y de unión familiar.
- Separaciones y divorcio de parejas.
- Conflictos paterno-filiales y distanciamientos generacionales.
- Pugnas y conflictos entre hermanos desde niños y jóvenes pero con alejamientos mayores en la vida adulta.
- Desinterés por mantener una vinculación estrecha entre los hijos casados o salidos del hogar con sus padres, cuando éstos son adultos mayores, quienes quedan sin seguridad, sin jubilaciones dignas, sin apoyo y sin cariño de sus hijos.

Finalmente, otras problemáticas que enfrentan las familias a nivel mundial son:

- Pobreza y hambre
- Desempleo o empleo marginal
- Guerras y terrorismo
- Desastres naturales ocasionados por el desequilibrio en nuestro ecosistema
- Violencia generalizada hacia mujeres y niños
- Enfermedades y epidemias como el SIDA
- Influencia negativa de los medios masivos de comunicación quienes otorgan excesivo valor a lo material y fomentan el consumismo
- Falta de equidad de género
- Drogadicción, delincuencia, secuestros, etc.

De acuerdo con la organización Paho, Who (2003) tan sólo en el año 1999, el porcentaje de muertes por suicidio y homicidio, en algunos países de América, era el siguiente: El Salvador: 10.2% y 45.4%, Estados Unidos: 21.1% y 14.3%, México: 6.1% y 22.5%, Nicaragua: 15.3% y 15.1% y Venezuela: 7.6% y 20.1%.

Estos datos nos describen un poco de la situación de la familia en México y el mundo, el terapeuta familiar debe conocer cuál es el rumbo que toma la familia y prepararse para hacerle frente en un contexto cada vez más adverso, pero no por ello carente de recursos. Además, la terapia familiar al igual que la familia, se transforma y evoluciona, propone nuevos tratamientos y alternativas para la solución de diversos problemas. Surgen nuevos enfoques de atención y se realizan programas para abordar problemáticas específicas; de esto tratará precisamente la siguiente sección.

### **1.3. La Terapia Familiar Sistémica como Alternativa para Abordar la Problemática Señalada**

Para Bertalanffy era importante comprender no sólo los elementos de un sistema, sino, y más importante, sus interrelaciones. Su idea básica era que un sistema debe ser entendido como una totalidad y no examinando sus partes individuales en aislamiento. Bertalanffy consideró desde el inicio de su teoría (en los años veinte), que los sistemas psicológicos y sociales se integraban adecuadamente a ella. Cabe mencionar que uno de los precursores intelectuales de las teorías de

los sistemas sociales fue la teoría de campo de Kurt Lewin, ya que desde la tradición gestáltica Lewin fue uno de los primeros autores en utilizar el concepto de *Feedback* y prestar mayor atención a la forma en que las personas percibían e interactuaban con su entorno inmediato o espacio vital (Lewin, 1978). Sin embargo, es Bateson a quien le corresponde el protagonismo de ser uno de los pioneros en la aplicación de los principios de la Teoría General de Sistemas (TGS) a la familia, ya que en los años cincuenta junto con Jackson, Haley y Weakland comenzaron a pensar la familia en términos de sistemas y de la teoría de la comunicación. Pero la entrada oficial del paradigma de los sistemas familiares en las corrientes principales de la psicología se da en 1985, con la formación de la División 43 de la APA *Family Psychology* (Gracia y Musitu, 2000).

Así, la terapia familiar sistémica (TFS) postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia; la cual se ve influida por los diferentes contextos con los que interactúa. Como consecuencia, se precisa tener en cuenta el funcionamiento familiar de conjunto y no sólo el del paciente identificado, al que en muchas ocasiones se considera “portador” de un síntoma, que únicamente se entiende dentro de su contexto. Así, la TFS realiza una labor preventiva para que una vez despojado el paciente de su síntoma, no haya otro miembro de la familia que lo “sustituya”, generando otra conducta sintomática. El terapeuta familiar se convierte en una persona que asiste a la familia en momentos de crisis, razón por la cual es sumamente importante que observe las facetas fuertes y los recursos que poseen sus miembros. (Ochoa, 1995). Además, la TFS se enfoca en el presente, se interesa en los patrones creados a partir de las relaciones pasadas y actuales, ya que éstos influyen en las creencias y prácticas cotidianas (Gorell, 1998).

De acuerdo con Smith (como se cita en Gracia y Musitu, 2000) una familia puede conceptualizarse como un sistema porque posee las siguientes características:

- Los miembros de una familia se consideran partes interdependientes de una totalidad más amplia y su conducta afecta al resto de los integrantes de la familia.
- Para adaptarse, los sistemas humanos incorporan información, toman decisiones, tratan obtener *feedback* acerca de su éxito y modificar la conducta si es necesario.
- Las familias tienen límites permeables que las distinguen de otros grupos sociales.
- La familia debe cumplir ciertas tareas para sobrevivir.

Además, Ochoa (1995) explica que en un sistema familiar se pueden observar principalmente las propiedades de:

1. Totalidad. La conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se debe tomar en cuenta las relaciones entre ellos.
2. Causalidad circular. Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, hay una secuencia de conductas.
3. Equifinalidad. Un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas.
4. Equicausalidad. La misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.
5. Limitación. Cuando se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo.

6. Regla de relación. Manera en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí.
7. Ordenación jerárquica. Existe una jerarquía, porque ciertas personas poseen más poder y responsabilidad en relación a qué se va a hacer.
8. Teleología. El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los estadios de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros.

Entonces, la TFS enfatiza el no aislar los elementos, sino relacionarlos entre sí; con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca. Así, la TFS permite obtener una nueva visión respecto de la concepción de funcionalidad y patología, modificando la unión lineal o reduccionista por una contextual (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Con esta nueva visión de la familia y de lo patológico, la terapia familiar con enfoque sistémico abre la puerta a una innovadora forma de hacer terapia, donde el individuo deja de ser el objeto de tratamiento, para que todos los integrantes de la familia reúnan sus recursos y los pongan al servicio de un trabajo y responsabilidad compartidos en busca del bienestar familiar y la desestigmatización de un sólo individuo.

La TFS atiende diversas problemáticas familiares, Navarro (1992) reporta algunos problemas en los que la terapia familiar cuenta ya con programas de tratamiento específicos y estrategias para su intervención:

- Programas de tratamiento para problemas infantiles y de adolescentes: la estrategia consiste en poner de acuerdo a los padres en cuanto a la(s) conducta(s) que desean modificar en los hijos y en los límites y consecuencias a aplicar. Los padres deben formar un equipo que se apoye en la aplicación consistente de las normas que hayan acordado. Los aspectos más relevantes en este tipo de terapias son la comunicación, solución de problemas y negociación.
- Programas de tratamiento para problemas de pareja: al igual que en el punto anterior, la solución de los problemas de pareja exige desarrollar habilidades de comunicación, solución de problemas y negociación, añadiendo en este punto la importancia de fomentar conductas que afiancen la relación.
- Programas de intervención en situaciones de ruptura de la pareja: aquí los objetivos se centran en tratar las repercusiones emocionales de la separación tanto para la pareja como para los hijos, lograr el desarrollo de habilidades complementarias de educación (las del otro cónyuge) para el cónyuge que queda con la custodia de los hijos y negociación de la finalización del contrato matrimonial (divorcio pacífico).
- Programas psicoeducativos: se trata de programas especialmente diseñados para el ámbito institucional, los cuales se han desarrollado principalmente para dos problemáticas:
  - a). Esquizofrenia: basado en la necesidad de mantener un clima emocional “frío” en la familia y en avanzar hacia la resocialización del paciente.
  - b). Rehabilitación psicosocial de enfermos físicos crónicos: trata de compatibilizar el necesario cuidado del enfermo con una cierta libertad para vivir la vida de toda la familia, especialmente del cuidador primario.
- Programas para atender el alcoholismo: aquí, las técnicas utilizadas en las distintas fases de la terapia se centran primero en ayudar al paciente alcohólico a tomar la decisión de dejar de beber, para posteriormente trabajar en la relación de pareja y ayudarlo a mantenerse sobrio; finalmente, se busca el mantenimiento a largo plazo y la prevención de recaídas.

- Programas para atender la violencia familiar: estos programas persiguen dos objetivos principales. El primero consiste en parar la agresión y el segundo en interrumpir la secuencia que lleva al enfrentamiento.
- Programas para familias en las últimas etapas de la vida: estos programas se centran en atender los problemas derivados de la atención al anciano, los que plantea el rol de cuidador primario y la carencia de una red social de contactos.

Otros programas de terapia familiar reportados por Navarro y Beyebach (1995) son:

- Programas de terapia familiar en autismo y alteraciones profundas del desarrollo: son programas diseñados para atender con un enfoque familiar sistémico problemas del desarrollo.
- Programas de terapia familiar para atender toxicomanías: son programas que buscan la atención de familias con un integrante con problemas de adicción, en éstos se busca la participación activa de la familia para solucionar la problemática.

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

### **2.1. Descripción de los Escenarios.**

La práctica clínica se desarrolla en tres escenarios encargados de dar atención psicológica a individuos y familias con diversas problemáticas:

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

En 1977, siendo directora de la Facultad de Psicología, la Dra. Graciela Rodríguez, se desarrollaron iniciativas para la creación de dos centros de atención a la comunidad: el Centro de Servicios Comunitarios, que posteriormente se convertiría en el Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor Sánchez y Navarro”, y el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” inaugurado oficialmente el 8 de mayo de 1981. Actualmente, ambos centros dependen de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La visión del Centro de Servicios Psicológicos es “brindar un servicio psicológico integral para la comunidad universitaria, individuos y grupos de la población externa para mejorar su calidad de vida; empleando estrategias psicológicas que estén a la vanguardia a nivel nacional e internacional”. Su misión es “brindar servicios psicológicos con compromiso, respeto y amabilidad, a los miembros de la comunidad universitaria, así como a individuos y grupos de la población externa favoreciendo la docencia, investigación y servicio comunitario”.

El Centro de Servicios Psicológicos está ubicado en el sótano del Edificio “D”, perteneciente a la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Psicología. Cuenta con siete cubículos destinados a entrevistas individuales y de diagnóstico, cuatro salas para usos múltiples, y cuatro

cámaras de Gesell, donde se realizan las prácticas de las diversas residencias, incluyendo las de Terapia Familiar.

Los objetivos del Centro de Servicios Psicológicos son:

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

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

Sus antecedentes se remontan al año de 1979, a partir de la realización de una investigación en la Colonia Ruiz Cortines, impulsada por un grupo de profesores encabezado por el Dr. Julián Mac Gregor, dando pie a su fundación, en mayo de 1981, con el nombre de “Dr. Oswaldo Robles“. Sin embargo, después del fallecimiento del Dr. Mac Gregor, se decidió que el Centro llevara su nombre en reconocimiento a su labor. El Centro se ubica en la calle Tecacalco, Mz. 21, Lt. 24 en la Colonia Ruiz Cortines de la Delegación Coyoacán. La zona que atiende principalmente abarca las colonias Ajusco, Candelaria, Díaz Ordaz, El Reloj, Ruiz Cortines, San Pedro Tepetlapa, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo.

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

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

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

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

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" fue inaugurado el 24 de octubre de 1966. Se encuentra ubicado en la Av. San Buenaventura No 86, Col. Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan y forma parte de un órgano desconcentrado denominado Servicios de Atención Psiquiátrica, cuyas funciones consisten en la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental, así como la coordinación operativa y administrativa de tres Hospitales Psiquiátricos especializados (“Fray Bernardino Álvarez”, “Dr. Juan N. Navarro” y “Dr.

Samuel Ramírez Moreno”) y tres Centros Comunitarios de Salud Mental en el Distrito Federal (“Iztapalapa”, “Zacatenco” y “Cuauhtémoc”).

El objetivo del Hospital Psiquiátrico Infantil es:

- Brindar atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), de forma continua e integral.

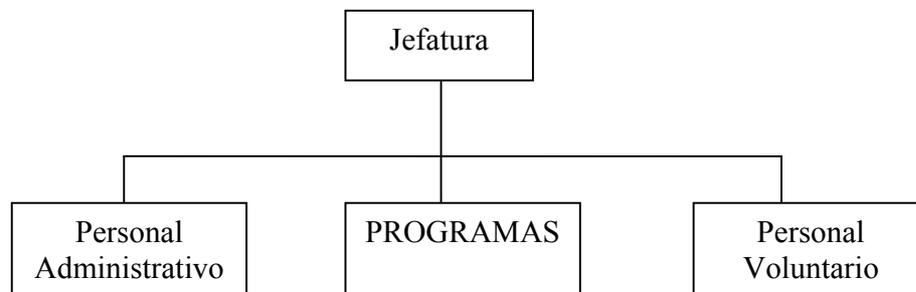
Respecto a su infraestructura, el Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con: 120 camas, tres consultorios de urgencias, 19 consultorios, tres equipos de radiología, tres unidades dentales, cuatro aulas, dos áreas de rehabilitación, un comedor para los trabajadores y otro para los pacientes (en el área de hospitalización), un auditorio para actividades académicas y de difusión, y una cámara de Gesell. Las prácticas de la Residencia en Terapia Familiar se llevan a cabo en el consultorio del área de Terapia Familiar, en los jardines aledaños y en consultorios que son prestados por otras áreas.

## 2.2. Análisis Sistémico de los Escenarios

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

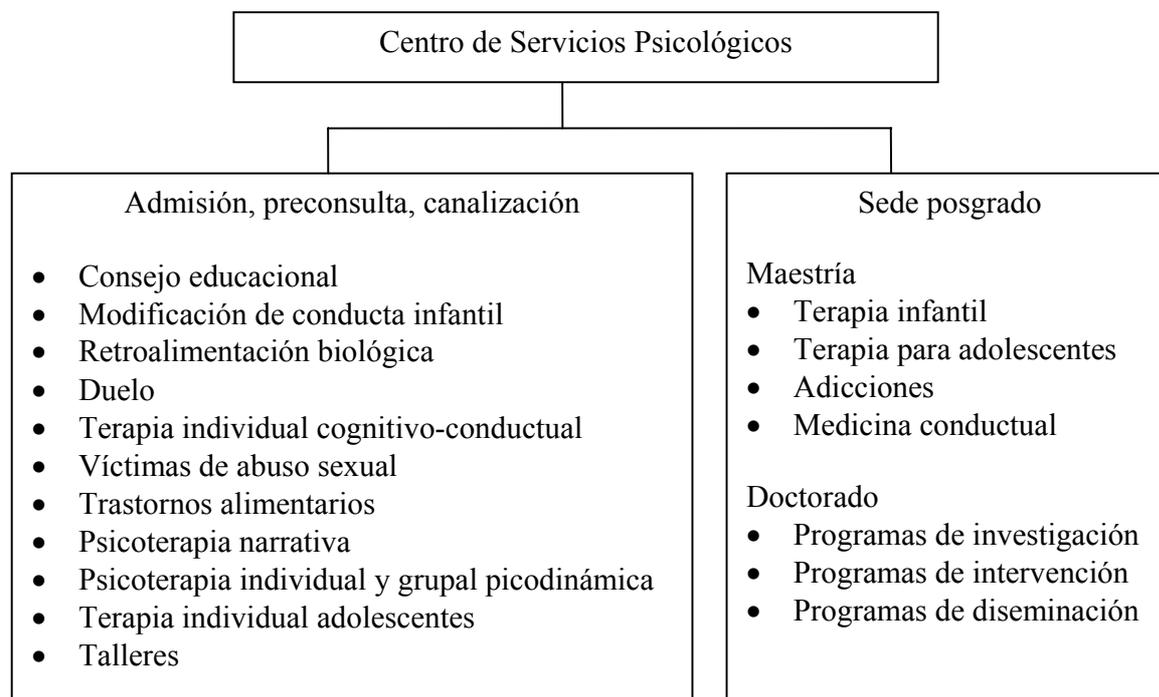
El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” actualmente es dirigido por la Lic. Rebeca Sánchez Monroy, quien cuenta con el apoyo tanto de personal administrativo como voluntario. La figura 1 muestra el organigrama del centro:

Figura 1. Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos



Los programas incluyen a los estudiantes y docentes de las prácticas del Sistema de Universidad Abierta y de las prácticas curriculares. En el Centro se realizan las prácticas supervisadas de las Residencias en Terapia Familiar, Terapia para Adolescentes, Terapia Infantil, Medicina Conductual y Adicciones; y los estudiantes de licenciatura y de doctorado desarrollan proyectos de investigación con víctimas de abuso sexual o niños que padecen cáncer. También se realizan actividades de formación en la práctica, que incluye las áreas de entrevista clínica y atención a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Existe la opción de titulación por prácticas en el área de terapia familiar y narrativa, así como de servicio social regular, en las áreas de estrés y salud, alteraciones fisiológicas y formación clínica del estudiante. La figura 2 muestra los servicios que brinda el centro.

Figura 2. Servicios que brinda el Centro de Servicios Psicológicos



El proceso de admisión de pacientes se realiza en diversas etapas. En un primer momento, las personas que buscan atención deben llenar una solicitud donde anotan datos generales y exponen su motivo de consulta. Posteriormente alguno de los residentes realiza una preconsulta, que consiste en una entrevista donde se explora con mayor profundidad el motivo de consulta del paciente. Después se realiza una selección de los casos en función de la gravedad o urgencia de las demandas y también se considera si el servicio requerido puede ser brindado por el centro. En caso contrario, se canaliza al paciente a alguna institución con la que el centro esté vinculado.

Con aquellas solicitudes que pueden ser atendidas con los servicios del centro, se realiza una clasificación por edades, en infantil, adolescentes y adultos. Los casos son canalizados internamente hacia la residencia o programa correspondiente, se realiza la apertura de su expediente y el enlace del terapeuta con sus pacientes, para la oportuna atención de éstos.

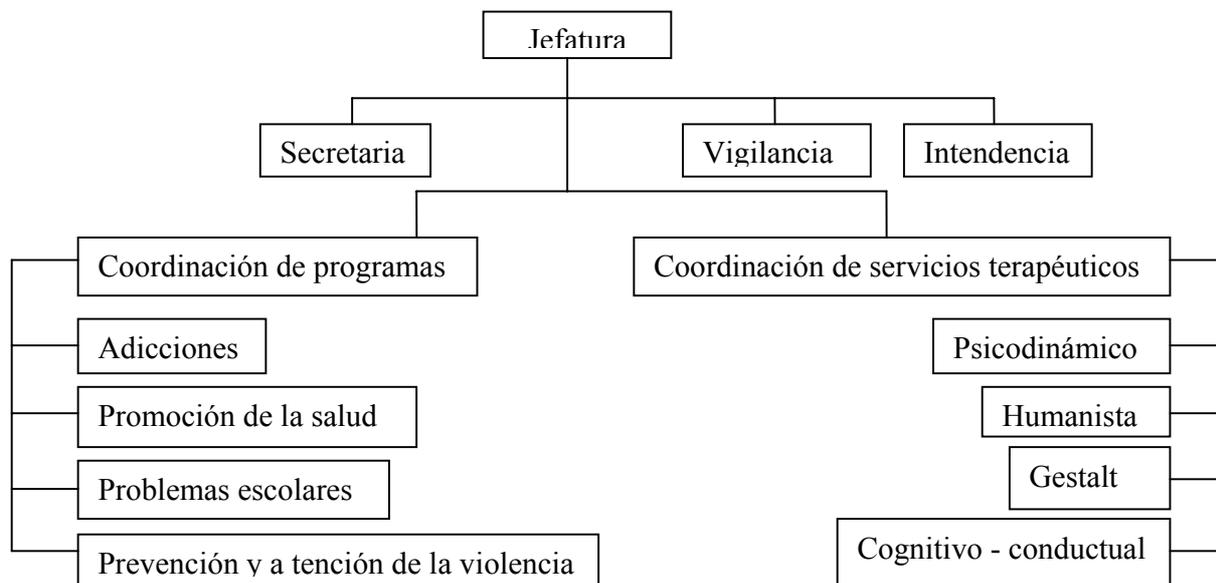
### **2.2.2. Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”**

Actualmente el Centro Comunitario se encuentra a cargo de la Mtra. Noemí Díaz Marroquín, quien es la responsable de la administración, supervisión y coordinación del lugar. Cuenta con personal de apoyo administrativo a nivel secretarial, de vigilancia e intendencia. Este centro brinda diversos servicios a diferentes sectores de la comunidad.

A nivel preventivo, son diversas las acciones que se realizan, como pláticas informativas, conferencias, ciclos de cine debate, talleres, y grupos de reflexión. La organización de éstas consta de los siguientes pasos: elección del tema y actividad, elaboración de la carta descriptiva, acordar fecha y horario, elaboración de publicidad, difusión de la actividad, implementación y evaluación de la misma.

En el nivel de tratamiento, el servicio terapéutico que se proporciona puede ser a nivel individual, familiar o grupal. Los enfoques psicológicos que se manejan para otorgar el servicio son Humanista, Gestalt, Cognitivo Conductual y Psicodinámico. Este servicio está a cargo de los maestros y alumnos que prestan su servicio en el lugar, quienes hacen contacto por vía telefónica con los pacientes en lista de espera, para concertar una primera entrevista y posteriormente hacerse cargo del caso, bajo supervisión de los maestros o coordinadores. El alumno es responsable de la recepción de las cuotas de recuperación, de las cuales rinde un informe mensual que entrega al personal administrativo, junto con el monto total de las mismas. Un esquema de la organización del centro se muestra en la figura 3.

Figura 3. Organigrama del Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro”



Los usuarios del Centro acuden por diversas problemáticas, siendo el principal motivo de consulta los problemas familiares o de pareja, seguido por problemas de conducta de los hijos. Otros motivos de consulta importantes son: problemas de aprendizaje o problemas escolares, adicciones, depresión, ansiedad, violencia, manejo de las emociones, autoestima, entre otros.

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

El Hospital Psiquiátrico Infantil dirigido por el Dr. Luis Méndez Cárdenas se especializa en brindar atención psiquiátrica a niños y adolescentes menores de 18 años, está abierto al público en general y a éste acuden pacientes tanto del DF como de su periferia, e incluso del interior de la república.

El Hospital cuenta con cinco áreas principales:

- Hospitalización continua.
- Hospitalización parcial.
- Consulta externa.

- Psiquiatría Comunitaria, que ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital.
- Enseñanza, que apoya la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental y realiza actividades de investigación.

La atención se brinda en dos modalidades:

- Consulta no urgente: para problemas del aprendizaje escolar, problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y de otros; y problemas emocionales o del comportamiento de larga evolución (años).
- Atención urgente: para conducta agresiva incontrolable, intento de suicidio, reciente (días), crisis de angustia, intoxicación actual por drogas o medicamentos y fallas graves de conducta que no puedan ser controladas con la intervención de la familia.

En los últimos años se ha modernizado la atención, fomentando intervenciones multidisciplinarias coordinadas por el Paidopsiquiatra, el especialista de primer contacto. Los equipos de trabajo realizan las siguientes actividades:

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

La Consulta Externa está constituida por diversas clínicas que atienden alteraciones del desarrollo como el retraso mental y el autismo; trastornos de aprendizaje y de la conducta; trastornos de ansiedad y del estado de ánimo; trastornos del sueño. Se cuenta con un programa de atención integral a víctimas de abuso sexual y con un área de psiquiatría legal donde se realizan peritajes psicológicos o psiquiátricos a menores de edad que son referidos de juzgados.

Los servicios de Urgencias y de Hospitalización Continua atienden las 24 horas en todos los días del año. Además cuentan con dos unidades especializadas: Paidea, que atiende a menores de ambos sexos con problemas relacionados con la farmacodependencia; y la Unidad de Adolescentes para varones y mujeres, que atiende trastornos psiquiátricos graves como depresión, psicosis, intentos suicidas y trastornos severos de conducta.

En el Hospital Psiquiátrico se realiza una evaluación de los pacientes y después se canalizan al equipo multidisciplinario, donde puede participar el área de Terapia Familiar. En un primer

momento, el paidopsiquiatra realiza una evaluación del estado mental del paciente, para considerar la urgencia de la atención y decidir si requiere ser hospitalizado o es suficiente la consulta externa. Posteriormente, el paidopsiquiatra cumple con las funciones de realizar el diagnóstico del paciente, determinar el tratamiento farmacológico y hacer la canalización hacia la clínica y/o el servicio de rehabilitación psicosocial pertinente. Los costos de los servicios varían según el estudio socioeconómico de la familia realizado por el departamento de Trabajo Social y el pago de dichos servicios se realiza en la caja del Hospital.

El hospital brinda atención tanto al paciente como a su familia y otorga los servicios de:

1. Psicodiagnóstico. Incluye la valoración del desarrollo, de procesos cognoscitivos, proyectiva, de observación del juego y peritaje.
2. Psicoeducativo. Incluye las categorías de preescolar, escolar, adolescentes, educación especial, lenguaje, neuropsicología y educación física.
3. Psicoterapias. Brinda diferentes psicoterapias como análisis conductual aplicado, psicomotricidad, terapia psicodinámica, terapia de pareja, terapia familiar y terapia cognitivo-conductual.
4. Inserción social. Imparte terapia ocupacional, taller de jardinería, taller de cómputo y taller de expresión corporal. A estas actividades de inserción social, tienen acceso únicamente los pacientes hospitalizados.

## **2.3. Explicación del Trabajo y Secuencia de Participación en las Distintas Sedes que fueron Escenarios de Trabajo Clínico**

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

Desde el primer semestre de la maestría, los terapeutas en formación acudimos al Centro de Servicios Psicológicos, para entrenarnos a través de rol playings y observando a profesores atendiendo familias simuladas (bajo los modelos estructural y dinámico-sistémico-integrativo). A partir del segundo semestre, atendemos a pacientes individuales, parejas y familias que acuden al centro a solicitar el servicio de terapia familiar. Los pacientes y familias son atendidos en cámaras de Gesell, en sesiones quincenales; ya sea por un solo terapeuta o en coterapia. Siempre se cuenta con el equipo terapéutico y con el/la supervisor/a detrás del espejo, quienes envían mensajes a la familia o al terapeuta mediante un interfón. La figura de el/la supervisor/a es fundamental, ya que es quien orienta al terapeuta en formación en cuanto al plan general del tratamiento y el curso de la terapia, además de ser la persona encargada de supervisar el aprendizaje de los modelos y las técnicas correspondientes. Los pacientes y familias cuentan con un expediente que permanece en el centro de servicios psicológicos y que constantemente es actualizado por el o los terapeutas responsables.

Los modelos de terapia familiar bajo los cuales las familias o pacientes son atendidos varían dependiendo del semestre cursado, de tal forma que en segundo semestre son: Modelo estructural, Modelo dinámico-sistémico-integrativo, Modelo estratégico y Modelo breve del MRI. En tercer semestre son: Modelo breve del MRI, Modelo dinámico-sistémico-integrativo, Modelo de Milán y Equipo reflexivo (en el contexto del modelo de soluciones). Y en cuarto semestre son: Modelo breve de soluciones, Modelo dinámico-sistémico-integrativo, Modelo de Milán y Modelos posmodernos. En la tabla 1 se detallan los aspectos principales sobre las familias atendidas.

Tabla 1. Familias atendidas en el Centro de Servicios Psicológicos

Familia	Modelo	Número de sesiones	Modalidad	Motivo de consulta y resultado del proceso
Q	Estratégico y breve (MRI)	5 en modelo estratégico y 8 en modelo breve	Coterapia	Violencia en el subsistema fraterno, se da de Alta.
S	Dinámico-sistémico-integrativo	2 como terapeuta y 2 como coterapeuta	Terapeuta única y coterapia	Problemas de conducta de la hija adolescente. La familia reporta una mejoría y deja de asistir a la terapia por decisión propia.
Y	Milán	8	Terapeuta única	Mala comunicación familiar y poca expresión de afectos. La familia deja de acudir en la sesión 5 debido a cuestiones laborales, pero el paciente identificado asiste a 3 sesiones más, tras las cuales decide dejar la terapia por mejoría.
P	Narrativo	3	Terapeuta única	Problemas con la pareja y con los hijos. El paciente deja la terapia por cambio de domicilio, sin previo aviso. Es dado de baja.

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

A este centro acudí de manera voluntaria sólo durante el tercer semestre de la maestría para formar parte del equipo terapéutico, por lo que no atendí pacientes de manera directa.

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

Mi participación en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, inicia a partir del segundo semestre de formación, durante el cual hago cooterapia con una compañera de una generación anterior a la que pertenezco. Las familias fueron atendidas de acuerdo a los modelos revisados hasta ese momento (estructural, breve del MRI y estratégico). Al término de ese semestre dejo de hacer cooterapia con mi compañera debido a cambios en el horario de clases, por lo que continuo sólo con una de las familias hasta concluir su proceso.

Durante los siguientes semestres de formación (tercero y cuarto), hago cooterapia con un compañero perteneciente a mi generación; con quien atiendo un total de seis familias, haciendo una integración de los diferentes modelos revisados en toda la formación. De estas seis familias, cuatro son dadas de alta con éxito, una es dada de baja por inasistencia (sólo acude a dos sesiones) y otra es dada de baja por inasistencia, pero el proceso terapéutico es evaluado con éxito parcial.

Al no contar con cámaras de Gesell, no fue posible la participación de un equipo terapéutico y las sesiones tampoco pudieron ser grabadas. La supervisión estuvo a cargo de la Dra. Silvia Becerril, quien la realizó en post-sesiones y de forma directa en algunas ocasiones en las que entró a la sesión. El reporte de los casos se registró en los expedientes de cada paciente, los cuales cuentan

con un expediente interno (exclusivo para el servicio de terapia familiar) y uno general (para todos los servicios y tratamientos con los que cuentan). La tabla 2 presenta el registro de las familias atendidas en el Hospital Dr. Juan N. Navarro:

Tabla 2. Familias atendidas en el Hospital Psiquiátrico

Familia	Modelo	Número de sesiones	Motivo de consulta y resultado del proceso
Ca	Estructural	5	Dificultad de la madre para poner límites a su hijo. Se da de baja por inasistencia.
Gu	Breve	10	Problemas de conducta de la hija adolescente y mala relación de la familia con ésta. El proceso es exitoso y se da de alta a la familia.
Pe	Estructural	4	Problemas de comunicación con la hija adolescente. Debido al cambio de horario escolar me es imposible continuar atendiendo a la familia, por lo que la coterapeuta se hace cargo de ésta.
Lo	Estratégico	3	Problemas de conducta del hijo adolescente. Al igual que en el caso anterior, la coterapeuta se hace cargo de la familia.
Cu	Integración de dos o más modelos	16	Problemas de conducta del hijo adolescente y violencia del padre. Se concluye el proceso terapéutico debido a cuestiones laborales de la familia, sin embargo, en la sesión de cierre reportan cambios significativos y una creciente mejoría.
Is	Enfoques posmodernos	9	Problemas de conducta del niño y maltrato infantil. La familia es dada de alta.
Ep	Integración de dos o más modelos	15	Problemas de conducta de la hija adolescente y alcoholismo del padre. La familia es dada de alta.
Du	Integración de dos o más modelos	2	Problemas de conducta del hijo y problemas de pareja. Se les da de baja por inasistencia.
Os	Integración de dos o más modelos	7	Dificultad de la madre para poner límites a sus hijas adolescentes. La familia es dada de alta.
Re	Integración de dos o más modelos	7	Dificultad de la madre para poner límites a su hijo, mala relación madre-hijo y conductas auto agresivas por parte de éste. Se les da de alta.

## II. MARCO TEÓRICO

### 1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO

#### 1.1. Análisis Teórico Conceptual de los Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica

##### 1.1.1. Teoría General de los Sistemas

La terapia familiar sistémica toma como principal sustento teórico a la Teoría General de los Sistemas (TGS) de Von Bertalanffy, la cual es una propuesta organísmica que se encarga de la formulación y derivación de aquellos principios que son válidos para los sistemas en general. Un sistema es un grupo de partes y objetos que interactúan y que forman un todo o que se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida (Johansen, 1993).

De acuerdo con Bertalanffy (1991), la TGS se sustenta en seis puntos básicos:

1. En un contexto de cambio de paradigmas de pensamiento las tesis fisicalista y reduccionista fueron consideradas como prejuicios metafísicos. Por lo que surge la necesidad de una generalización de los conceptos científicos y de los correspondientes modelos.
2. En los campos biológico, del comportamiento y sociológico, hay problemas esenciales que la ciencia clásica descuidó. Así, la aparición de modelos que representan aspectos de interacción multivariable, organización, automantenimiento, etc., hace necesaria la introducción de nuevas categorías en el pensamiento y la investigación científicos.
3. La ciencia clásica se ocupaba ante todo de problemas de dos variables. Sin embargo, en la física y la biología surgen *problemas tocantes a la complejidad organizada*, interacciones entre muchas –pero no infinitas– variables, que requieren nuevas herramientas conceptuales.
4. En campos como la biología, ciencias del comportamiento y de la sociedad se requieren instrumentos conceptuales adecuados que sirvan para explicar y predecir.
5. Necesidad de introducir nuevos modelos conceptuales.
6. Modelos interdisciplinarios que son aplicables en diferentes campos.

Siguiendo a este mismo autor, las metas principales de la TGS son:

1. Tendencia hacia la integración en las ciencias, naturales y sociales.
2. Tal integración parece girar en torno a una TGS.
3. Tal teoría pudiera ser un recurso importante para buscar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia.
4. Al elaborar principios unificadores que corren “verticalmente” por el universo de las ciencias, esta teoría se acerca a la unidad de la ciencia.
5. Esto puede conducir a una integración en la instrucción científica.

Bertalanffy (1991) menciona algunos “principios de sistemas” como son la totalidad, suma, centralización, diferenciación, parte conductora, sistemas cerrados y abiertos, finalidad, equifinalidad, crecimiento en el tiempo, crecimiento relativo y competencia. Todos estos principios tienen una amplia gama de aplicaciones, no sólo en terapia familiar, sino en otros ámbitos; sin

embargo, pondré especial énfasis en las características de los sistemas abiertos, ya que la familia es uno de ellos.

Un *sistema abierto* es definido como un sistema que intercambia material con el medio circundante, que exhibe importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes materiales. Cabe señalar que en los sistemas abiertos la suma de las partes no es igual al todo, ya que éste se compone de los elementos y la forma en que éstos se relacionan entre sí; de tal forma que un cambio en algún elemento impacta en la *totalidad*. En determinadas condiciones, los sistemas abiertos se aproximan a un estado independiente del tiempo, es decir, el *estado uniforme*; el cual exhibe notables características de regulación, evidentes en particular por el lado de la *equifinalidad*. Si se alcanza un estado uniforme en un sistema abierto, es independiente de las condiciones iniciales, y determinado sólo por los parámetros del sistema. Se alcanza el mismo estado final a partir de diferentes condiciones iniciales y luego de perturbaciones del proceso. Por su parte, la *equipotencialidad*, se refiere a la obtención de un mismo resultado a partir de las mismas condiciones iniciales (Bertalanffy, 1991).

En los sistemas abiertos pueden darse *fenómenos de exceso y de arranque en falso*, en los que el sistema empieza a proceder en dirección opuesta a la que conducirá al estado uniforme. Desde el punto de vista de la termodinámica, los sistemas abiertos consiguen mantenerse en un estado de alta improbabilidad estadística en orden y organización. De acuerdo con el segundo principio de la termodinámica, la tendencia general de los procesos físicos apunta a la entropía creciente, es decir, a estados de creciente probabilidad y orden decreciente (Bertalanffy, 1991). Además, los sistemas como las familias pueden romper su equilibrio debido a la *entropía* o bien, por el principio de crecimiento o de *morfogénesis*. Por lo tanto, los sistemas abiertos como la familia, se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La TGS en el marco de la terapia familiar, permite obtener una nueva visión respecto de la conceptualización de funcionalidad y patología, modificando la visión lineal o reduccionista por una sistémica o contextual. Esta nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de sus relaciones, se basa en el postulado del pensamiento contextual y la organización sistémica circular, esto es, la conducta de un miembro de la familia afecta o está relacionada con el número de miembros de la familia. El modelo sistémico determina el comportamiento como resultado de múltiples causas, su significado dependerá de esta multiplicidad de factores, que no necesariamente serán vistos como patológicos, ya que hay una forma infinita de comportamientos y conductas, de pensamientos y de familias. Para los sistemas no hay ni existe la familia normal, cada familia tiene el derecho y la libertad de vivir su propia verdad y razón de vida. Los pacientes son personas con problemas, el objetivo entonces será hacer más funcional o ligera la problemática de este paciente, así como la relación con su contexto (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Para Sánchez y Gutiérrez (2000), la TGS sustenta los siguientes principios básicos de la terapia familiar sistémica:

1. Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada, sino en su interacción con el sistema.
2. La estructura sistémica familiar esta formada por subsistemas delimitados por jerarquías que a su vez son delimitadas por los límites.

3. Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, la familia se ve como un sistema de retroalimentación.
4. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, pero los sistemas y las familias rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción o la entropía, sino que estos cambios pueden darse por el principio de crecimiento o de morfogénesis.
5. La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos.

Desde la epistemología sistémica se enfatiza el no aislar los elementos necesariamente, sino relacionarlos entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca. Para las técnicas de terapia familiar desarrolladas bajo la lógica de la epistemología sistémica la tarea inicial es seleccionar e identificar la forma del hecho en el espacio tiempo que incluye la situación que llevó a la familia a pedir ayuda, posteriormente se puede elaborar un plan de acción para alterar la evolución de la forma del hecho agregando un hecho (o hechos) terapéutico para disminuir la angustia. En términos generales el objetivo es transformar a la familia como ecosistema y no producir un cambio lineal dentro del sistema familiar (Fishman y Rosman, 1990)

Como ya se ha mencionado, Bateson es uno de los principales precursores de la aplicación de la TGS al estudio de la familia. La epistemología sistémica puede ser explicada con un concepto acuñado por Bateson: *la pauta que conecta*. Este concepto hace referencia a un pensamiento de tipo circular caracterizado por la retroalimentación, la cual constituye su eje (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

### **1.1.2. Teoría de la Comunicación Humana**

La Teoría de la comunicación humana (TCH) se enfoca al estudio de las relaciones entre las partes de un sistema, donde el observador de la conducta humana pasa de un estudio deductivo de la mente al estudio de las manifestaciones observables de la relación; el vehículo de tales manifestaciones es la comunicación. Esta teoría pone especial énfasis en la forma en que la comunicación afecta a la conducta, es decir, se interesa en los aspectos pragmáticos de la comunicación. Uno de estos aspectos es el estudio del proceso de esquismogénesis, el cual describe dos formas básicas en que las personas se relacionan, la forma simétrica y la complementaria. Estas formas de relación pueden manifestarse de manera patológica mediante las escaladas simétrica y complementaria (Watzlawick et al. 1991).

La TCH distingue a la comunicación en dos vertientes, la digital (verbal) y la analógica (no verbal), la primera da cuenta del contenido manifiesto y explícito de la comunicación, mientras que la segunda se refiere a la relación. La utilización de la comunicación digital y analógica, así como la posibilidad de su modificación, son herramientas de gran utilidad en terapia familiar. Otro importante recurso es la metacomunicación, ya que ésta da la posibilidad de comunicar acerca de la comunicación y de alguna forma conciliar las diferentes puntuaciones de los implicados en la relación (Watzlawick et al. 1991).

Un caso específico donde no existe la metacomunicación es la comunicación paradójica, la cual cuando se convierte en la forma predominante de comunicarse da como resultado una relación doblvincular, característica en pacientes esquizofrénicos y sus madres. Sin embargo una paradoja puede ser enfrentada mediante una contraparadoja, así la prescripción paradójica y la contraparadoja son de gran utilidad para el abordaje en terapia familiar.

Watzlawick et al. (1991) proponen cuatro axiomas exploratorios de la comunicación humana, a continuación los describiré y vincularé con su aplicación en psicoterapia.

1. No es posible no comunicarse. Por lo tanto la conducta y la no conducta implican comunicación, la verbalización y la no verbalización también son comunicación. Así en psicoterapia, el terapeuta debe estar atento a las señales implícitas y explícitas, latentes y manifiestas que rigen las relaciones de una familia u otro sistema, ya que el conocer estas pautas da la posibilidad de modificarlas.
2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido (expresada a través de la comunicación digital) y un aspecto relacional, (manifiesto en la comunicación analógica) tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación. Este axioma es punto clave en psicoterapia, ya que muchos de los problemas en la comunicación humana se derivan de la diferencia entre las puntuaciones de quienes se están comunicando y los errores de traducción entre los aspectos de contenido y relacional. Por ello, el terapeuta debe estar atento ante las incongruencias presentadas por la familia y facilitar su cambio.
3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Esto significa que conocer las diferentes puntuaciones de los miembros de la familia da a ésta la posibilidad de comprender de forma más integral la naturaleza de sus problemas de comunicación, asumiendo que en cualquier problema de este tipo, los implicados siempre son dos o más. La labor del terapeuta radica en ser esos lentes que le ayuden a la familia a observar, asumir y modificar sus distintas puntuaciones.
4. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia. La expresión patológica de estas interacciones se da a través de la escalada simétrica y la escalada complementaria, en psicoterapia es importante observar el tipo de interacción que predomina y de ser necesario modificarla para hacer más funcional y satisfactoria la relación.

### **1.1.3. Cibernética de Primer Orden y cibernética de Segundo Orden**

El acto básico de la epistemología es crear la diferencia entre una pauta y otra, lo importante es que el mundo puede percibirse de diferentes maneras, la visión más totalizadora de la cibernética es enfocar la organización circular en lugar de una lineal. El contexto y las preguntas del terapeuta contribuyen a crear la “realidad” del problema que trata. La epistemología cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización. En el mundo de la cibernética se pueden concebir dos clases de sucesos: primero, los que envuelven lo material y segundo, los que llamamos inmateriales (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En la cibernética de primer orden o de los sistemas observados, el sistema observado se considera fuera del observador, así el terapeuta es un vigilante de un fenómeno a observar o modificar, donde todas las vicisitudes son vistas desde fuera del sistema observado y no dentro de él, para tomar y cambiar partes desde dentro del sistema. De acuerdo con Keeney (1987) los postulados teóricos de esta cibernética son:

- Circularidad. Se refiere a la repetición de la interacción de las partes de un sistema que actúan como un todo.
- Estructura. Es la totalidad de relaciones que existen dentro de un sistema abierto, la estructura puede cambiar o ser estática.

- Sistemas abiertos. Son los que mantienen un intercambio de estímulos con el ambiente.
- Sistemas cerrados. Es decir, sistemas no biológicos.
- Retroalimentación. Recurso propio de los sistemas para vigilar su autorregulación a los estímulos externos que sirven de aprendizaje.

La segunda etapa de la cibernética de primer orden se basa en el modo en que los sistemas cambian su organización por retroalimentación positiva (morfogénesis) en los procesos de desviación y ampliación. Con esta segunda etapa se dio énfasis a los procesos de amplificación hacia la desviación. (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Las desviaciones fluctuantes de parámetros de un sistema evocan tendencias a neutralizarlos. Al estar así ocurre en el sistema una bifurcación, un salto cualitativo que establece nuevos lineamientos de base y nuevos procesos neutralizadores, presentándose así una nueva etapa evolutiva del sistema (Keeney, 1987).

En la cibernética de segundo orden o de los sistemas observantes se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de esta. Aquí el terapeuta familiar no es un agente que opera cambios en la familia, sino que es un receptor de la realidad de la familia a través del significado de ésta. Los cambios que resulten del proceso terapéutico son logros de la familia, son el fruto de sus propios esfuerzos y cohesiones (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En el contexto de la cibernética de segundo orden, Keeney (1987) sustenta una propuesta de la estética como base de la terapia familiar, en los siguientes puntos:

- La estética acopla apropiadamente la técnica a órdenes superiores de proceso mental: los órdenes inconscientes.
- Un principio básico de la estética es respetar la ecología.
- Los órdenes mentales conscientes e inconscientes suministran la retroalimentación autocorrectiva.
- Al arte le concierne la relación recursiva entre los órdenes de proceso mental consciente e inconsciente.
- El arte siempre incluye técnica, surge cuando corazón y cabeza son parte de un sistema cibernético capaz de autocorrección ecológica.
- El terapeuta debe practicar y aguardar pacientemente hasta que se produzca la conversación epistemológica: un cambio en sí mismo.
- El terapeuta experimenta su mundo de un modo profundamente distinto, ya que ha aprendido a discernir y a construir las pautas que conectan.
- Las historias o relatos son formas de construir dobles descripciones y permiten discernir pautas de orden superior.
- En terapia las historias ofrecen claves para conocer las premisas epistemológicas de la gente.
- Cuando el intercambio de historias se estructura con referencia a la retroalimentación, se hace posible la autocorrección.
- Es necesario aplicar amor y sabiduría a los sistemas mentales que confrontamos y en los cuales participamos: co-evolución compartida.

#### **1.1.4. Constructivismo**

Los enfoques posmodernos de terapia familiar representan un cuestionamiento de paradigmas tradicionales y dominantes en psicología, así como una propuesta hacia nuevos

panoramas para la teoría y la práctica terapéuticas. Las diferentes orientaciones posmodernas están basadas principalmente en el constructivismo y en el construccionismo social. Neimeyer (2000) proporciona las bases y características del paradigma constructivista en contraste con el tradicional enfoque objetivista, las cuales son enlistadas en la tabla 3.

Tabla 3. Contrastes epistemológicos entre el enfoque objetivista y el enfoque constructivista

Supuesto	Enfoque Objetivista	Enfoque Constructivista
Naturaleza del conocimiento	Representación del mundo real	Construcción de la experiencia y acción del sujeto
Validación del conocimiento	Teoría de la correspondencia de la verdad	Teoría de la coherencia de la verdad
Naturaleza de la verdad	Singular, universal, ahistórica, en aumento	Múltiple, contextual, histórica, paradigmática
Objetivo de la ciencia	Unificar: descubrir leyes	Pluralista: crear conocimientos locales
Método científico	Prescriptivo, cuantitativo y experimentador controlado	Anárquico, cualitativo y analítico hermenéutico
Visión del ser humano	Reactivo	Proactivo
Unidad básica de significado	Concepto o esquema para asimilar mediante similitudes	Constructo o distinción para crear significado por contraste
Relaciones entre significados	Asociacionista; cogniciones como asociaciones aisladas o reglas basadas en contingencias pasadas	Sistémica; construcciones jerárquicamente ordenadas en una estructura autoorganizada
Papel del lenguaje	Media la realidad social; sistema de signos	Constituye la realidad social: sistema de diferenciaciones

Pero ¿cuáles son las implicaciones de estos supuestos teóricos y filosóficos para una terapia concebida como una práctica posmoderna? En general casi todos los modelos de psicoterapia pueden ser un recurso legítimo para el profesional posmoderno, mientras se interpreten como un conjunto de metáforas y directrices provisionales limitadas histórica y culturalmente y no como una ciencia aplicada que exige cierta conceptualización del problema y sólo acepta una forma aprobada de intervención. Sin embargo, en términos más específicos la psicología posmoderna tiende a estimular ciertas estrategias de intervención por encima de otras, en tanto que éstas son coherentes con una visión constructivista más amplia de los seres humanos y su interacción; Neimeyer (2000) menciona estas preferencias estratégicas de las terapias constructivistas en:

- El objetivo de la evaluación: explora las narrativas personales, utiliza la autobiografía, sistemas de constructos personales y familiares y jerarquías.
- El objetivo de la terapia: es creativo más que correctivo, promueve la creación de significado y del desarrollo personal.
- La interpretación de la emoción: trata una emoción negativa como integral al cambio constructivo; busca más el respeto que el control.
- El nivel de intervención: atiende a los procesos del sí mismo, estructuras de rol nuclear, constructos familiares o premisas.
- El estilo de la terapia: es más personal que autoritario, busca una comprensión empática del punto de vista del cliente como base de la negociación.

- La “resistencia”: es entendida como un intento legítimo para proteger los procesos de ordenación nuclear y modular el ritmo del cambio.

Pero además de estas preferencias estratégicas y técnicas, existen cuatro metáforas básicas para la terapia; que de acuerdo con Neimeyer (2000) aparecen de forma explícita o implícita en los escritos constructivistas:

1. La terapia como una ciencia personal: las personas adquieren un papel activo que les permite formular hipótesis y evaluar su funcionalidad en el curso de la experiencia continua, con lo que se favorece la evolución de paradigmas.
2. La terapia como desarrollo del sí mismo: concibe a la terapia como un proceso de análisis evolutivo necesariamente emocional, en el cual el cliente repite en cámara lenta episodios de su pasado llenos de contenido emocional que están influyendo en la construcción de su actual sentido de sí mismo.
3. La terapia como reconstrucción narrativa: abre la posibilidad de reescribir las historias trascendentales que son limitadoras y requieren una nueva elaboración significativa, por lo que el terapeuta promueve y valida nuevas historias.
4. La terapia como una elaboración conversacional: parte del supuesto de que el significado nace de un acto comunicador, la terapia entonces se convierte en un ejercicio de lenguaje entre los miembros del sistema organizado alrededor del problema.

Entonces, el constructivismo es una perspectiva epistemológica basada en la afirmación de que los seres humanos crean activamente las realidades a las que responden. (Mahoney, como se cita en Lyddon, 2000). El pensamiento constructivista contemporáneo tiene sus raíces en la tradición filosófica y psicológica que presta atención al papel activo de la mente humana a la hora de organizar y crear significado. Sin embargo, las teorías constructivistas no reflejan una base filosófica igualmente consistente cuando se contrastan a la luz de la dimensión de supuestos causales. En este sentido, existe la posibilidad de poder desarrollar un modelo de psicología constructivista más integrador, para lo cual es necesario:

- Considerar aspectos de la cognición más o menos duraderos y reflejar procesos de alimentación anticipatorios del sistema nervioso humano.
- Incluir aspectos de la cognición que reflejan una capacidad para procesar de manera casi mecánica y eficiente la información ambiental.
- Integrar la dimensión del conocimiento humano referente a que lo que sabemos de nosotros mismos y del mundo se puede situar histórica y contextualmente.
- Abarcar la naturaleza final del conocimiento humano; los sistemas de constructos personales y sociales evolucionan a través del espacio y tiempo en un continuo “llegar a ser”.
- Subrayar los aspectos participativos, propositivos y generativos (creativos) del conocimiento y de los seres humanos.
- Desarrollar, entonces, concepciones más integradoras de la naturaleza constructiva del conocimiento humano.

### **1.1.5. Construccinismo Social**

En la base del construccionismo social se encuentra el postulado de que son las relaciones interpersonales las que crean el significado, es decir, el construccionismo social postula una

construcción social del significado. De acuerdo con McNamee y Gergen (1996) los elementos que destaca el construccionismo social son:

- Todo lo que se puede decir acerca del mundo está determinado por las convenciones del discurso (formulaciones conjuntas).
- Debido a que nuestras formulaciones conjuntas, están incorporadas a nuestras pautas de acción, esas formulaciones tienen mucha importancia para la construcción de nuestro futuro.
- Buscar el cambio social significa entrar en las lenguas culturales y, al mismo tiempo, buscar su transformación.
- El construccionismo se ocupa de las redes de relación entre los individuos y cuestiona la posición de superioridad trascendente reclamada por aquellos que actúan según el modo científico tradicional.

Gergen y Warhus (2000) mencionan cuatro enfoques terapéuticos que surgen del diálogo construccionista:

- Conciencia de que los mundos que se construyen: es decir, los problemas y las causas se derivan del pensar común, las palabras no se pueden usar como réplicas independientes del que interpreta, la realidad se construye en un contexto determinado y sostiene las tradiciones de cierta comunidad; y existe una forma horizontal de construir el mundo, es decir coexistencia de diversas formas.
- Postura colaborativa: en la que todo conocimiento surge de su inmersión en la cultura y en la historia, se evita una postura de autoridad y se toma una de colaboración ante el cliente, el terapeuta “no conoce” y siempre necesita que el otro le informe, por lo que la interpretación surge del diálogo entre terapeuta y cliente.
- Postura que privilegia los valores: esto significa que explora las implicaciones de una terapia comprometida política y éticamente en un contexto de pluralidad de realidades, la cultura enmarca a las personas y esta terapia promueve el diálogo mutuamente transformador entre clientes y terapeutas.
- Flexibilidad: que se refleja en la idea de que la práctica discursiva de un grupo determina cómo interpreta el mundo que observa, invita a abandonar la búsqueda de fundamentos (se cuestiona a sí mismo), busca una mayor posibilidad de elección y considera que la terapia eficaz requiere discursos múltiples, incluyendo el cultural. Amplía el dominio del significado e incluye diversos lenguajes y discursos, amplía el rango de los valores (del estar bien), ya que cualquier resultado puede ser visto como positivo; y genera diálogos donde se discuten los valores o los resultados.

A partir de estos cuatro enfoques terapéuticos del construccionismo social Gergen y Warhus (2000) mencionan cinco formas específicas de hacer terapia, donde se prioriza el discurso en lugar de los mundos mentales, la relación en lugar del individuo, la polivocalidad en lugar de la persona como unidad, las posibilidades positivas en lugar de los problemas y la acción en lugar del insight

En el contexto del construccionismo, Lynn Hoffman (1996) propone una postura reflexiva para la terapia familiar, en la que aplica el concepto de reflexividad a las relaciones. Esto implica que hay una equidad en la participación, aún cuando las partes puedan tener posiciones o características diferentes. Existe entonces ya una marcada preferencia por un proceso de influencia mutua entre consultante e investigador, en vez de por un proceso jerárquico y unidireccional; por lo

que este enfoque cuestiona el estatus del profesional. El siguiente paso, de acuerdo con Hoffman es “hacer desaparecer al experto”, o quizá como plantean Anderson y Goolishian (1996), más que desaparecer al experto, la idea es que el experto es el cliente; por lo que proponen la ignorancia o curiosidad como enfoque terapéutico. En este contexto, existe la idea de que la gente vive y entiende su vida, a través de realidades narrativas socialmente construidas, que dan sentido a su vida y la organizan. De acuerdo con Anderson y Goolishian (1996) esta posición narrativa se apoya en las siguientes premisas:

1. Los sistemas humanos son generadores de lenguaje y significado.
2. El significado y la comprensión se construyen socialmente.
3. En terapia todo sistema se consolida dialogalmente en torno a un “problema”.
4. La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de la “conversación terapéutica”.
5. El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación.
6. El terapeuta ejercita este arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales o terapéuticas.
7. Los problemas en terapia son acciones que expresan nuestras narraciones humanas que disminuyen nuestro sentido de mediación.
8. El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y, la oportunidad de una nueva mediación.

Se llama conversación terapéutica al proceso de la terapia que se basa en la concepción dialogal, e implica un proceso de participación conjunta. Según esta concepción hermenéutica, el cambio está representado por la creación dialogal de la nueva narración, para lo cual se usa la posición de ignorancia (Anderson y Goolishian, 1996).

El enfoque construccionista es una perspectiva complementaria, no dualista. La entrevista dirigida por el terapeuta consiste en recoger y dar información simultáneamente. Quedan así redefinidos el poder y la responsabilidad del terapeuta, para que éste se coloque dentro de la dinámica de la co-construcción sistémica (Fruggeri, 1996).

## **1.2. Modelos de Intervención de Terapia Familiar Sistémica**

### **1.2.1. Modelo Estructural**

#### *Antecedentes*

Nathan Ackerman es uno de los precursores en el campo de la terapia familiar, Se puede decir que su mayor aportación fue la fundación del Family Institute de Nueva York, en 1960 que después de su muerte recibió el nombre de Ackerman Institute. La influencia de Ackerman se refleja en quienes fueron capacitados en su instituto, tal es el caso de Salvador Minuchin, quien junto con Edgar Auerswald trabajaron en un programa para delincuentes menores y estudiaron familias pobres de emigrantes portorriqueños; ya que estas familias tenían limitaciones de lenguaje, las intervenciones terapéuticas debían ser concretas y con acciones orientadas, en lugar de abstractas y verbales. El equipo trabajó en lo que ellos llamaron “más acción y menos habla”, con técnicas de acción, rol playing, tareas para la casa, así como otras muy innovadoras que servían para el diagnóstico y tratamiento (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Minuchin también trabajó con Montalvo y Rosman, así como con Jay Haley, quien formaba parte del grupo del MRI, e hicieron un programa para preparar terapeutas familiares de raza negra (Sánchez y Gutiérrez, 2000). A finales de la década de los 60, Minuchin construye un enfoque de la terapia familiar tomando como elemento central de éste la estructura familiar, ya que para Minuchin los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras: “serie invisible de demandas funcionales que se organizan en la manera en que sus miembros interactúan” (Ochoa, 1995).

### ***Principales representantes***

Salvador Minuchin es el creador y principal representante del modelo estructural, médico originario de Argentina prestó sus servicios para el ejército israelí y posteriormente llegó a los Estados Unidos, donde se entrenó como psiquiatra infantil con Nathan Ackerman en el Consejo Judío de Guardianes en Nueva York. Trabajó en la Escuela Wiltwyck para jóvenes delincuentes, donde sugirió a sus colegas – Dick Auerswald, Charile King, Braulio Montalvo y Clara Rabinowitz – que empezaran a trabajar con familias multiproblemáticas de clase baja. Minuchin publicó esta experiencia en la obra titulada *Families of the Slums*, en coautoría con Montalvo, Guernsey, Rosman y Schumer. En 1965 era ya director de la Clínica de Guía de Niños de Filadelfia, colaboraban con él personalidades como Braulio Montalvo, Jay Haley, Bernice Rosman, Harry Aponte, Carter Umbarger, Marianne Walters, Charles Fishman, Cloe Madanes y Stepehn Greenstein. No es de asombrarse que para finales de los setentas, la terapia familiar estructural se convirtiera en el sistema de terapia familiar más influyente y practicado en Estados Unidos (Nichols y Schwartz, 1995). Otro representante de este enfoque es Braulio Montalvo, quien nació y creció en Puerto Rico, trabajó junto con Minuchin para apoyar a familias multiproblemáticas, pertenecientes a minorías y de bajos recursos. Es considerado un terapeuta brillante al igual que Minuchin, aunque puede decirse que su enfoque es más amable y de apoyo. Su trabajo fue de gran importancia para el desarrollo de la Clínica de Guía Infantil de Filadelfia, sin embargo, sus aportaciones son menos conocidas (Nichols y Schwartz, 1995).

### ***Principios básicos***

Para Minuchin (1979) la familia tiene dos funciones básicas, por un lado provee *protección psicosocial* a sus miembros, y por el otro facilita su *acomodación* a la cultura así como la transmisión de ésta. *La estructura de la familia* es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que se relacionan los miembros de una familia. De acuerdo con este autor los elementos esenciales que dan cuenta de la estructura familiar son:

- Subsistemas: unidades más pequeñas del sistema familiar, regidas por reglas de interacción que no son válidas para el sistema total.
- Límites: reglas de participación en los subsistemas, tienen la función de proteger la diferenciación de éstos e impedir su interferencia. Los límites pueden ser *claros* si las funciones de cada subsistema son diferenciadas y existe contacto entre los subsistemas, *difusos* si el contacto o la comunicación entre los subsistemas es excesivo, o bien, *rígidos* cuando existe una diferenciación de las funciones de los subsistemas, pero la comunicación es difícil y se afecta la protección de los miembros.
- Jerarquías: forma de organización del sistema que implica reglas de poder, marca roles diferenciados para los miembros de la familia y límites entre las generaciones.

- Alianzas: afinidad entre dos miembros del sistema familiar que comparten un interés del que no participa un tercero, una alianza es neutra.
- Coaliciones: dos o más miembros de la familia tienen una postura de exclusión y ataque en perjuicio de un tercero.

La familia se conceptualiza como un sistema sociocultural abierto y en transformación, que afronta una serie de tareas evolutivas. De acuerdo con Minuchin (1979) cambios evolutivos como la etapa del *ciclo de vida* por la que atraviesa la familia, pueden ocasionar estrés y disfunción. Existen varias etapas, de acuerdo con el crecimiento de los hijos, donde la familia tendrá que ajustarse a estos cambios:

- La formación de la familia: tiene lugar mediante la unión de la pareja, conformando el subsistema conyugal, con sus propios límites.
- La familia con hijos pequeños: aparece con el nacimiento del primer hijo y que forma un nuevo subsistema, llamado parental.
- La familia con hijos adolescentes: implica una nueva renegociación de los subsistemas, entre hermanos se forma el subsistema fraterno.
- La familia con hijos mayores: los hijos dejan la casa parental, dando lugar a un reencuentro de los cónyuges para vivir nuevamente en pareja.

Otras fuentes de estrés en la familia son el contacto estresante de un miembro con fuerzas extra-familiares, el contacto estresante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares y el estrés generado por problemas de idiosincrasia o circunstancias específicas de la familia, como una discapacidad o enfermedad (Minuchin, 1979).

Las familias pueden ubicarse en algún punto intermedio, o bien en los extremos de un continuo que va desde el desligamiento hasta el amalgamamiento. Las familias desligadas se caracterizan por que las conexiones entre sus miembros son débiles e incluso nulas, mientras que para las familias amalgamadas las conexiones tienden a ser excesivas (Hoffman, 1987).

Las relaciones familiares se consideran patológicas cuando existe un patrón de desviación del conflicto y cuando se crean coaliciones intergeneracionales permanentes (Minuchin, 1984). El síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar, esto no quiere decir que los estados homeostáticos sean nocivos en sí mismos, sino que empiezan a serlo cuando no dejan espacio para el crecimiento y el cambio de los individuos y familias (Ochoa, 1995). Por lo tanto, la terapia familiar parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y los síntomas de sus miembros individuales y continúa poniendo a prueba esas hipótesis mediante un proceso interaccional del terapeuta con la familia, denominado "*coparticipación*", el cual permite crear una fuerte relación terapéutica. La interacción del terapeuta en el sistema familiar motiva el cambio y convierte al sistema familiar en un sistema "familia-terapeuta" (Minuchin y Fishman, 1994).

### ***Metas terapéuticas***

El objetivo de la terapia estructural es reestructurar el sistema en la medida en que la familia lo resista, para funcionar de manera más funcional. Sus metas se establecen en función de la acción, secuencia, comportamiento, tratamiento y actividades que se enfocan con el fin de obtener estos cambios (Sánchez y Gutiérrez, 2000). No sólo es importante disminuir o hacer desaparecer los síntomas del paciente identificado, sino también cambiar la estructura familiar, lo cual se logra al modificar los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico. Por lo tanto, el acento se sitúa más en los problemas estructurales que en el problema presentado, salvo en situaciones que ponen en peligro la vida de alguien como sucede en los casos de anorexia y de coma diabético (Ochoa, 1995).

### ***Estrategias y técnicas de intervención***

Para lograr la conformación del sistema terapéutico el terapeuta usa la *unión o joining* que le permite relacionarse con todos los miembros de la familia. También busca *acomodarse*, es decir, adaptarse a la organización y estilo familiares para lograr la alianza y vivenciar las pautas interaccionales del sistema como un observador participante que es confirmado por la familia.

El terapeuta utiliza el *mantenimiento*, para apoyar a la familia y confirmar su estructura, con esto pretende brindar la aprobación que le facilite entrar a un sistema que aún no puede ser cuestionado y reestructurarlo al reencuadrar la posición o conducta de uno de sus miembros (Minuchin, 1979).

Un elemento importante es el *mapa de la familia* que el terapeuta usa para tener una imagen de las posiciones de los miembros de la familia dentro del sistema y de cómo responden ante situaciones de estrés. Mediante el *rastreo* el terapeuta obtiene información de la comunicación entre los miembros de la familia (Minuchin, 1979).

Mediante el *rastreo* el terapeuta obtiene información de la comunicación entre los miembros de la familia, ya sea atendiendo a los contenidos, amplificando temas específicos o favoreciendo la interacción de la familia en referencia a ciertas áreas que el terapeuta considere importante examinar, para construir hipótesis y guiar las intervenciones (Minuchin, 1979).

Además, con el objetivo de favorecer el acercamiento a la familia, el terapeuta puede recurrir al *mimetismo*, adoptando conductas similares a las de los miembros; utilizando el lenguaje, el marco de referencia o el tono afectivo de la familia; también compartiendo experiencias comunes de tal forma que tanto la familia como el terapeuta se identifiquen como seres humanos (Minuchin, 1979).

Con el *contrato terapéutico* el terapeuta busca establecer el marco de la terapia, esto incluye la forma de trabajo, el horario, la frecuencia de las sesiones, así como el establecimiento de los objetivos del tratamiento, los cuales son renegociables a lo largo del proceso y pueden abocarse a problemas intra o extra-familiares (Minuchin, 1979).

Ochoa (1995) considera que con fines estrictamente pedagógicos, se puede considerar que el proceso terapéutico se desarrolla fundamentalmente en tres etapas:

1. El terapeuta se une a la familia desde una posición de liderazgo.
2. El terapeuta se “desliga” y evalúa la estructura familiar subyacente.
3. El terapeuta crea las circunstancias que permitirán transformar dicha estructura.

De acuerdo con Minuchin y Fishman (1994), el modelo estructural cuenta con tres estrategias principales, de las cuales se desprenden una serie de técnicas que se presentan a continuación:

1. Cuestionamiento del síntoma: cuestiona la definición que da la familia del problema, a través del reencuadramiento el terapeuta puede convencer a la familia de que su mapa de la realidad se puede ampliar o modificar. Las técnicas que cuestionan el síntoma son:
  - a). Escenificación: la familia interactúa en presencia del terapeuta para vivenciar la realidad familiar como ésta la define, la escenificación se logra mediante interacciones espontáneas, provocando interacciones o realizando interacciones alternativas.
  - b). Enfoque: se trata de jugar con el foco, modificar el ángulo en ciertas interacciones familiares para darles un nuevo sentido. Esto se logra con la selección de un enfoque o la elaboración de un tema para trabajar sobre él.
  - c) Intensidad: refuerza el mensaje terapéutico para que la familia pueda escucharlo. Esto se logra mediante la repetición del mensaje, repetición de interacciones isomórficas, modificación del tiempo, cambio de la distancia o resistencia a la presión de la familia.
2. Cuestionamiento de la estructura: cuestiona la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y funciones, esto se logra con la reestructuración. Las técnicas que corresponden a esta estrategia son:
  - a) Fijación de fronteras: modifican la participación de los miembros de diferentes holones, promueve la creación de límites entre éstos, para lo cual puede hacerse uso de la distancia psicológica o de la duración de la interacción.
  - b) Desequilibramiento: modifica la jerarquía de las personas dentro de un holón. Para lograr esto el terapeuta realiza alianzas con miembros de la familia, ignora a miembros de la familia o hace coalición contra miembros de la familia.
  - c) Complementariedad: cuestiona la idea de jerarquía lineal. Promueve la idea de una interdependencia de todas las cosas. Para lograrlo puede realizarse un cuestionamiento del problema, cuestionamiento del control lineal o un cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.
3. Cuestionamiento de la realidad familiar: para modificar la visión de la realidad por la que se rige la familia es necesario elaborar nuevas modalidades de interacción entre sus miembros. Las técnicas correspondientes a esta estrategia son:
  - a) Constructos cognitivos: altera los constructos cognitivos familiares, presentando una visión diferente del mundo, se trata de una intervención cognitiva que tiende a alterar la epistemología familiar. En este contexto es posible hacer uso de símbolos universales, verdades familiares y consejo especializado.
  - b) Paradojas: en el modelo estructural, ocasionalmente se utilizan las paradojas como técnica de intervención, éstas se basan en una postura de oposición por parte de la familia, puesto que se espera que ésta se oponga al componente del mensaje referido a su imposibilidad de cambiar, conteniendo implícitamente una alternativa que da lugar al cambio.
  - c) Insistencia en lados fuertes: utiliza la connotación positiva basándose en la idea de que la familia posee un potencial de cambio que la familia no ve. La insistencia en lados fuertes se logra mediante la modificación de la respuesta que da la familia al paciente individualizado o con el cambio de las alternativas de interacción.

Finalmente, este modelo propone la prescripción de tareas terapéuticas para el hogar con la finalidad de que éstas apoyen el proceso iniciado en la sesión.

### *Alcances y limitaciones*

El modelo estructural es una propuesta dentro de los enfoques sistémicos cuya principal preocupación es el conocimiento de la estructura familiar, por lo que propone técnicas enfocadas prioritariamente a la modificación de la estructura y no sólo a la disminución o la eliminación del síntoma, esta es una de sus principales ventajas, además de que logra reivindicar el lugar del paciente identificado haciendo partícipe y responsable a la familia del mantenimiento del síntoma, mostrando cómo éste de una u otra manera resulta “útil” para todo el sistema.

Me parece que esta propuesta es una alternativa viable para la mayor parte de las familias mexicanas, cuyo perfil se caracteriza por alejarse cada vez más de la típica familia nuclear y acercarse más a la familia extensa; ya que en este tipo de familias es común que existan problemas de límites y jerarquías, al contener varias figuras de autoridad y una mayor diversidad de subsistemas.

Existe un amplio abanico de problemáticas que pueden ser abordadas bajo este enfoque, como problemas de conducta en niños, problemas de pareja, adicciones, psicomatizaciones, etc. Además, este enfoque postula a la familia como el principal recurso de sí misma, dejándole ver que la solución a la problemática que presenta se encuentra en sus manos, la hace responsable de su propio proceso. Se trata de una terapia incluyente, donde la participación de cada uno de sus miembros es imprescindible para lograr el cambio de la estructura familiar como un todo.

La prescripción de tareas para realizarse fuera de la sesión es una importante estrategia para reforzar y mantener los avances logrados en terapia, además de que permite que la familia esté en cambio constante de acuerdo los objetivos específicos de la terapia. Otra gran ventaja del modelo es que el terapeuta cuenta con un equipo terapéutico que es responsable del proceso generado en terapia y que lo apoya para que no se deje “arrastrar” por el sistema familiar al que se enfrenta, y sea capaz de mantener su capacidad de maniobra.

Ningún modelo es ideal para ser aplicado en todas las situaciones, uno de los peligros que representa el modelo estructural es que se le aplique en problemáticas que serían mejor abordadas desde otros enfoques y que las crisis ocasionadas por determinadas técnicas lejos de favorecer a la familia la lleven a dejar la terapia y por ende abandonar su proceso de cambio.

Aunado a esto, es peligroso que algunos terapeutas (y no terapeutas) lleguen a considerar que las técnicas (aparentemente sencillas) pueden ser ejecutadas por personas sin entrenamiento terapéutico, o bien que pretendan que este enfoque es viable para abordar cualquier problema, logrando quizás que el síntoma disminuya o desaparezca, pero olvidándose de que el modelo estructural es especialmente útil cuando la problemática presentada requiere de la modificación de la estructura familiar, así que aún si el síntoma desapareciera, no tardaría en haber una recaída o surgir un nuevo síntoma.

## 1.2.2. Modelo Estratégico

### *Antecedentes*

La terapia estratégica tiene sus bases en la hipnosis de Milton Erickson, en este enfoque la hipnosis tiene un sentido interaccional, ya que mediante el lenguaje, el terapeuta y el cliente o la familia logran una situación de coinducción y coconstruyen una nueva realidad. Se supone que los fenómenos hipnóticos se deben a la relación interpersonal que se establece cuando hipnotizador y paciente se comunican entre sí mediante conductas verbales y no verbales. El trance implica una concentración de la atención y se define como el cambio que experimenta el sujeto cuando empieza a obedecer las sugerencias involuntariamente; así, la interacción hipnótica se desarrolla en el seno de una relación complementaria en la que son posibles las maniobras por parte del paciente para tratar de definir la relación como simétrica y las contramaneobras por parte del terapeuta para redefinir nuevamente la complementariedad en la relación. Para este enfoque, el mejor uso clínico de la hipnosis se comprende cuando se le utiliza como táctica para definir la relación y manejar la resistencia de los pacientes y cuando se sitúa a estos como personas que usan la conducta sintomática para obtener ventaja en una relación interpersonal y resistirse a la definición de los demás. Por ello, un aspecto muy útil de la hipnosis es tratar la conducta sintomática del mismo modo que se trataría la conducta resistente (Haley, 1989). A partir del modelo de hipnosis de Milton Erickson, Jay Haley y Cloé Madanes principalmente, desarrollan el modelo de terapia familiar estratégica.

### *Principales representantes*

Jay Haley es una figura importante de la terapia familiar que ha trabajado con grandes exponentes de esta disciplina: en 1950 trabajó junto con Gregory Bateson en un proyecto sobre esquizofrenia, en 1953 realizó investigaciones junto con John Weakland, sobre el contexto de comunicación que se da entre terapeuta y paciente durante la hipnosis, y es precisamente en este periodo que estudia las técnicas de hipnosis de Erickson. Durante el periodo de 1967-1973, Haley trabaja en Filadelfia con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, exponentes del modelo estructural, que lo influyen en su interés por la organización familiar, las jerarquías y las coaliciones. En 1975, forma el Instituto de Terapia Familiar de Washington, junto con Cloe Madanes, ambos entrenados en el Mental Research Institute y principales representantes del modelo estratégico (Goldenberg y Goldenberg, 2000).

### *Principios básicos*

El enfoque estratégico pone énfasis en lo analógico y considera que el síntoma es una forma que adopta el cliente para comunicarse con los demás, es decir; el síntoma representa una *maniobra de comunicación* que pretende controlar la conducta del otro y crear confusión ante el tipo de relación, sin reconocerlo o pretendiendo que se hace lo opuesto. El síntoma puede ser *analógico o metafórico* a otro tipo de relaciones que se dan en la familia, en este sentido, el síntoma es la expresión de un problema y una solución (probablemente fallida) a la vez (Haley, 1989).

En este enfoque, el terapeuta diseña una *estrategia particular* para cada problema y asume la responsabilidad de influir directamente en las personas. Así, la terapia pone énfasis en la modificación de analogías y metáforas con el objetivo de frenar e *impedir la repetición de secuencias* e introducir mayor complejidad y alternativas. La terapia se programa en varias etapas, primero se define quienes están involucrados en el problema y de qué forma, luego se planea la

modificación de la *organización familiar* y así mismo, el cambio se planea en etapas. Para lograr el *control en la relación terapéutica*, el terapeuta puede mostrarse permisivo e incluso alentar el síntoma y con esto establecer un *doble vínculo terapéutico* que deja al paciente sin salida, ya que si éste continúa con sus síntomas, se somete a las instrucciones del terapeuta, y si hace lo contrario también las obedece (Haley, 1989). De esta forma, queda claro que el control es un tema fundamental de este modelo.

Otro aspecto que este enfoque considera importantes es la *jerarquía familiar*, ya que los sistemas también pueden ser entendidos en términos de una jerarquía que funciona erróneamente. Las intervenciones son esencialmente *directivas* planificadas deliberadamente en relación a algo que la familia tiene que realizar dentro y fuera de la sesión. Se hace hincapié en la *solución del problema* presentado, si la familia lo supera sin enterarse de cómo o por qué lo logró, eso es suficiente y satisfactorio (Madanes, 1982). Además, considerar la *etapa del ciclo vital* que corresponde a la familia es importante, ya que para el enfoque estratégico, los síntomas aparecen cuando una familia es incapaz de pasar de una etapa del ciclo vital a otra y continuar con su desarrollo; por eso, la terapia es exitosa si logra que la familia no recurra al síntoma como intento de solucionar sus problemas, y que logre ubicarse en la etapa del ciclo vital que le corresponde (Madanes, 1982).

Considerando que el problema o síntoma es una metáfora, el cambio se genera al modificar la metáfora por la cual la familia comunica su problema. Por ello, el proceso terapéutico puede consistir en hacer que las personas se liberen de las metáforas que están utilizando, para emplear otras más apropiadas, o en bloquear las metáforas para obligar al paciente a desarrollar otras (Haley, 1988). Pacheco (como se cita en González, 2004) considera algunos elementos característicos de este enfoque:

- Noción del cambio terapéutico: resultado de la reorganización de la vida experiencial del cliente, la cual se promueve de diversas formas.
- Orientación temporal de la terapia: se ubica en el presente y se dirige hacia el futuro, se orienta hacia la solución y no hacia el problema.
- Procedimientos diagnósticos: se formula una hipótesis específica para cada caso, por lo que la terapia puede efectuarse a partir de las pautas disfuncionales del paciente, ya que así es menos probable que se dé resistencia al cambio.
- Objetivos de la terapia: el terapeuta y su cliente se ponen de acuerdo en cuanto a cuáles serán las metas del tratamiento: alcanzables y observables.
- Duración de la terapia: según el tipo de problema (definido por el terapeuta y el cliente) puede variar de 1 a 20 sesiones (semanales, quincenales o mensuales).
- Relación terapéutica: se da una relación de influencia en el comportamiento del cliente, para lo que el terapeuta se adapta al encuadre del cliente.
- El papel del cliente: cliente activo, en la terapia se utilizan sugerencias indirectas y se usan tareas terapéuticas para ser realizadas entre las sesiones.
- Concepción y manejo de la resistencia terapéutica: la resistencia es una “expresión de la individualidad del paciente”. Por lo tanto la respuesta es aceptarla e incluso alentarla.
- Utilización terapéutica: “disposición del terapeuta para responder de forma estratégica a cualquiera y a todos los aspectos del paciente o al entorno”. Para esto el terapeuta debe ser flexible y tener capacidad de observación.

- Técnicas utilizadas en la sesión terapéutica: en la sesión se utiliza el trance hipnótico formal, hipnosis no formal, analogías, reencuadre, estrategias sobre cómo alentar la resistencia, advertir respecto a los peligros de la mejoría y prescripción de recaídas.
- Técnicas utilizadas entre sesiones: entre sesiones se utilizan las tareas paradójicas, tareas para construir habilidades y tareas de función ambigua.
- Criterios de finalización de la terapia: una vez que se alcanzan las metas o el cliente se percata de que ya no necesita más terapia, ésta se da por finalizada.

### ***Metas terapéuticas***

De acuerdo con Madanes (1982), la meta de la terapia familiar estratégica es ayudar a las familias a *resolver los problemas* típicos de cierta etapa de la vida familiar y lograr que pasen a la siguiente. Para esto, el enfoque estratégico recurre a la *modificación de las secuencias de interacción* en la familia y plantea la utilidad de pensar en términos de etapas entre anormalidad y normalidad, ya que de esta forma es posible transformar un sistema anormal en otro que sea también problemático, pero desde el cual se puede llegar a la funcionalidad. Por su parte, Haley (1988) menciona que el objetivo de la terapia no es aleccionar a la familia sobre su funcionamiento disfuncional, sino cambiar sus secuencias a fin de resolver el problema presentado. En última instancia se pretende que la familia y el terapeuta alcancen una relación de pares, y que la familia no necesite más ayuda del terapeuta.

### ***Estrategias y técnicas de intervención***

Para el enfoque estratégico, el acto terapéutico empieza con la manera en que se examina el problema, por ello la primera entrevista es de gran importancia, Haley (1988) menciona las etapas de la primera entrevista:

1. Etapa social: el terapeuta y la familia se presentan, se procura un ambiente cordial, donde cada uno es importante. Las conclusiones extraídas deben ser consideradas como provisionales y no deben comunicarse a la familia.
2. Etapa del planteo del problema: se pregunta a la familia por qué ha venido, con lo que se pretende conocer la opinión de cada uno con respecto al problema e identificar a la persona que se preocupa por éste y trae al resto de los integrantes a la entrevista; así como la jerarquía que se da en la familia.
3. Etapa de interacción: se promueve la conversación entre los miembros de la familia y se observan sus discrepancias, alianzas, coaliciones y jerarquías, con lo cual se podrán planear las intervenciones. Aquí puede iniciarse un cambio.
4. Etapa de fijación de meta: la familia hace explícitos los cambios específicos que desea lograr con la terapia y se establece un contrato terapéutico. El problema debe ser definido de tal forma que sea factible solucionarlo.

La *unión con el sistema* es una estrategia que permite al terapeuta modificar las secuencias de interacción de la familia, ya que éstas cambian al transformarse la manera en que los miembros de la familia se relacionan entre sí, a través de una generalización de la forma como se relacionan con el terapeuta. Al *planear la estrategia* de intervención, el terapeuta necesita pensar en el problema de la familia en términos de la secuencia de ésta y desarrollar directivas que cambien ambas cosas. El *proceso terapéutico* se debe pensar en por lo menos tres pasos de secuencia y tres niveles jerárquicos. La unidad triangular de tres niveles jerárquicos presenta ciertas particularidades:

las tres personas que reaccionan entre sí pertenecen a tres generaciones diferentes, el miembro de una generación forma una coalición transgeneracional y el problema es más grave cuando se niega esta coalición transgeneracional (Haley, 1988).

Las *ideas generales para producir el cambio*, de acuerdo con este enfoque son:

1. El cambio ocurre por obra del terapeuta que se pliega al sistema vigente y lo modifica por medio de su participación interna.
2. El terapeuta no debe coligarse permanentemente con ningún miembro contra otro, sin embargo, hacerlo temporalmente es la única forma de lograr el cambio.
3. El terapeuta deberá unirse temporalmente en diversas coaliciones pero sin apoyar, en última instancia, a nadie contra nadie.
4. En familias con un integrante que sufre graves perturbaciones, el terapeuta debe formar múltiples coaliciones simultáneas.

En el caso específico de un *problema bigeneracional* en donde generalmente uno de los padres se coliga con el hijo contra el otro progenitor, el terapeuta puede entrar en la familia por diversos caminos: por la relación padre-hijo, madre-hijo o padre-madre. De acuerdo con Haley (1988) estos caminos incluyen:

- Utilizar a la persona periférica para romper la díada sobreinvolucrada.
- Quebrar la díada sobreinvolucrada mediante una tarea.
- Penetrar en el sistema a través de los progenitores y romper la díada sobreinvolucrada.

En el caso del *tratamiento de un matrimonio*, de acuerdo con Madanes (1982), el síntoma puede entenderse como una metáfora que refleja la forma de relacionarse de los cónyuges, y de la misma forma, la manera de encarar el síntoma es una metáfora de otros tipos de interacción en otras esferas de su vida. Con el objetivo de cambiar el ciclo de interacción y dar una solución al problema, se pueden seguir los siguientes pasos:

- Evitar colocarse en una determinada posición dentro de la relación de la pareja aceptando la definición que ésta hace del problema.
- Modificar la definición del síntoma o la metáfora expresada por él, o ambas cosas, para modificar el sistema de interacción centrado en el síntoma.
- Hacer uso de instrucciones paradójicas que favorezcan la conducta sintomática.
- Prescribir al cónyuge sintomático una tarea penosa relacionada con el síntoma, y pedir a su pareja que vigile del cumplimiento de dicha tarea.
- Exagerar paradójicamente la incongruencia jerárquica de la pareja, para que los cónyuges puedan reorganizar la relación, y lograr una jerarquía más congruente.
- Fomentar la unión de la pareja y el mejoramiento de su relación, para evitar que la pareja recurra al sistema de interacción centrado en el síntoma.

Por otro lado, cuando *el paciente identificado es un hijo*, Madanes (1982) menciona tres estrategias para modificar el sistema de interacción familiar y resolver los problemas del hijo:

1. El cambio de la acción metafórica: consiste en reemplazar el síntoma por otra acción metafórica que tenga una función positiva en la familia.

2. El suministro de una metáfora para el éxito en lugar del fracaso: busca lograr que se adjudique por adelantado a un progenitor la mejoría de su hijo.
3. El cambio de la solución metafórica: se pretende cambiar las consecuencias del síntoma, de tal forma que se conviertan en un sacrificio para el progenitor o en una solución molesta para el hijo.

En el caso de *adolescentes y jóvenes que presentan problemas graves*, dos jerarquías incongruentes o en conflicto paradójico son definidas simultáneamente en su familia, para que el problema se solucione, debe modificarse la jerarquía, llegando a una en la que el joven no domine a sus progenitores con su desvalimiento y abusos. En el caso de una madre soltera, lo mejor es obtener la cooperación de un pariente, y el terapeuta tendrá que empeñarse más en alentar a la madre a que tome las decisiones necesarias en el curso de la terapia.

En el modelo estratégico, las técnicas utilizadas son esencialmente directivas, Papp (como se cita en Madanes, 1982) distingue entre las *directivas directas o basadas en el acatamiento* y las *directivas paradójicas o basadas en el desafío*. Con las directivas directas, el terapeuta pretende cambiar la secuencia de interacción, para lograrlo, la directiva directa debe ser clara y concreta, la familia debe estar motivada para realizarla y si es necesario se puede ensayar dentro de la terapia. En las directivas paradójicas el terapeuta le dice a la familia que desea que cambie, pero a la vez le pide que no lo haga. Los pasos para impartir directivas paradójicas consisten en definir el síntoma como resultado una motivación bien intencionada de preservar la estabilidad familiar, prescribir el ciclo de interacciones generador del síntoma y frenar a la familia cuando de señales de querer cambiar.

Haley (1983) menciona las técnicas típicas del modelo estratégico:

- ofrecimiento de una alternativa peor: se busca que el paciente experimente la sensación de que es más difícil conservar el problema que renunciar a él.
- Uso de analogías o metáforas: comunicadas de forma verbal o no verbal, son particularmente efectivas con pacientes resistentes.
- Prescripción de la recaída: busca que el paciente no se sienta desilusionado de la terapia en caso de que ocurra una recaída.
- Inhibir una respuesta para alentarla: sirve para encarar la resistencia y alentar a la persona a iniciar una respuesta que signifique una contribución “espontánea”.
- Interés por la orientación espacial: considera que la conducta de una persona hacia otra puede modificarse si se cambia su orientación espacial y su posición.
- Énfasis en lo positivo: parte del supuesto de que un paciente coopera más si se le destacan sus puntos positivos.
- Sembrar ideas: consiste en ir introduciendo o enfatizando ciertas ideas, de tal forma que de ser pertinente, se pueda construir algo sobre estas ideas sembradas.
- Ampliación de la respuesta: busca alcanzar una pequeña respuesta y luego construir sobre ella, logrando una ampliación cada vez mayor que permita alcanzar la meta.
- Utilización del síntoma: se dirige al paciente para que realice el síntoma fuera de los momentos habituales, en un contexto diferente o con un propósito distinto.
- Refrenamiento de la mejoría: se exponen las “consecuencias” que tendrá para la pareja el que se solucione el problema.
- Utilización de la resistencia: consiste en aceptar la resistencia e incluso fomentarla, porque se trata de utilizar la conducta que el propio sujeto ofrece.

### *Alcances y limitaciones*

El modelo de terapia estratégica tiene la ventaja de ser un enfoque breve que hace énfasis en la solución de problemas específicos y definidos claramente, de tal forma que sea factible solucionarlos. El terapeuta diseña una estrategia particular para resolver cada problema y por lo tanto, asume la responsabilidad de influir directamente en el paciente. Al utilizar la comunicación metafórica, este modelo permite usar los recursos de la familia, es decir, partir de lo que el paciente aporta y trabajar esto, incluyendo su síntoma o su resistencia.

La evidencia en los casos reportados bajo este modelo, muestra que las técnicas empleadas son muy eficaces, sin embargo, éstas suelen ser riesgosas en los casos en que el terapeuta no tiene claridad en el proceso de la terapia y no sabe cómo o en qué momento usarlas y las aplica inadecuadamente. Es precisamente el uso inadecuado de las técnicas y el mal entendimiento del modelo, lo que suscita sus críticas más comunes, las cuales sostienen que el modelo promueve la manipulación de los clientes, sin embargo; desde una perspectiva más amplia puede decirse que todos los enfoques terapéuticos promueven esta manipulación, en el sentido de que todos buscan promover un cambio.

Puede decirse que el modelo estratégico es un enfoque superficial, sobre todo por la forma tan específica y concreta en que define los problemas a tratar en terapia. Sin embargo, más que una limitación, esto quizá represente una ventaja, porque al trabajar con problemas específicos los pacientes pueden solucionar rápidamente sus problemas y los cambios generados en terapia pueden impactar positivamente en otras áreas de la vida de la familia.

Otro aspecto importante es que el modelo estratégico al ser tan individualizado, se convierte en un enfoque difícilmente investigable, cabe mencionar que esta limitante no sólo es característica de este modelo, sino de muchas otras formas de abordaje terapéutico. Aquí me parece pertinente considerar la importancia del desarrollo de metodologías de investigación en el área clínica, que permitan sustentar no sólo al modelo estratégico, sino a los diversos enfoques en terapia.

En conclusión, me parece que el enfoque estratégico es una herramienta muy útil cuando el paciente o la familia desean solucionar un problema específico ocasionado por una secuencia de interacción disfuncional, y el problema puede ser definido de tal forma que su solución sea factible en un tiempo breve. Sin embargo, considero que antes de adoptar este enfoque, los terapeutas requerimos tener un fuerte entrenamiento, de tal forma que seamos capaces de evaluar y determinar cuando el abordaje óptimo para el caso puede realizarse mediante este enfoque.

### **1.2.3. Modelo de Terapia Breve del MRI**

#### *Antecedentes*

El modelo de terapia breve fue creado en torno al año 1968, después de la muerte de Don D. Jackson, quien fundó el grupo del MRI en 1959. Se puede decir que los principales antecedentes del modelo de terapia breve del MRI se encuentran en el modelo de hipnoterapia de Milton H. Erickson y en el pensamiento de Gregory Bateson.

### ***Principales representantes***

Los principales exponentes del modelo breve del MRI son P. Watzlawick, J. H. Weakland, R. Fisch y L. Segal, quienes integran el centro de terapia breve del MRI en Palo Alto. Su enfoque se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar el síntoma y que han fracasado. Realizan una terapia breve basándose en estrategias eficaces para detener los factores que mantienen el síntoma. Las estrategias que emplean buscan la utilización de la postura del paciente y de la familia ante el problema, la terapia y el terapeuta; con el objetivo de evitar confrontaciones que obstaculicen la terapia. (Ochoa, 1995).

### ***Principios básicos***

Para el modelo breve del MRI el *síntoma* se origina en un cambio en la vida del paciente y/o de su familia, al que los autores llaman “*dificultad*”, el cual requiere un nuevo tipo de respuesta. Se considera que una dificultad se convierte en un *problema* cuando se intenta resolverla de manera equivocada (el problema radica en la solución intentada), y después del fracaso, se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz. Los problemas son callejones sin salida, juegos sin fin o crisis, que surgen al enfocar equivocadamente las dificultades y se refuerzan al aplicar “*más de lo mismo*” al intentar solucionar el problema. Lo que en lenguaje cibernético es una retroalimentación negativa por la cual se recupera el sistema y mantiene su estabilidad interna (Watzlawick, Weakland y Fisch (1976). Estos *intentos de solución* generan más pautas similares a aquellas que ocasionaron el problema e imposibilitan los cambios de organización o de reglas necesarios para una solución. El modelo breve propone que *alterando las soluciones intentadas* se rompe la secuencia sintomática, produciéndose así el cambio terapéutico. (Ochoa, 1995).

Watzlawick et al. (1976) menciona tres formas principales de afrontar equivocadamente las dificultades:

- Las terribles simplificaciones: consisten en negar que un problema es “real”, por lo que no se hace nada cuando se requiera actuar.
- El síndrome de utopía: consiste en intentar un cambio para superar una dificultad que prácticamente es inmodificable o inexistente, en este caso (al contrario que en el anterior) se realiza una acción cuando no debería realizarse.
- Las paradojas: consisten en cometer un error de tipo lógico y crear un “juego sin fin” que surge cuando las personas intentan un cambio uno en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir de un nivel lógico superior (cambio dos), o bien, se intenta un cambio dos cuando resultaría adecuado un cambio uno.

El *cambio uno* sucede en un sistema que permanece invariante e idéntico a sí mismo (el tipo de relación no se modifica, tan sólo cambian los roles del juego). El *cambio dos* sucede cuando el sistema se convierte en otro distinto al modificarse las premisas (las reglas) que rigen al sistema total.

### ***Metas terapéuticas***

La meta terapéutica de este modelo consiste en que el cliente y su familia solucionen el problema que les causa sufrimiento o por lo menos que éste disminuya lo suficiente como para no necesitar

tratamiento terapéutico. Aunque existan otros aspectos indeseables, el objetivo se centra en la queja del cliente, por eso no se interviene a menos que el cliente formule una queja al respecto (Fisch, Weakland, y Segal, 1994). Por ello, el modelo del MRI pide a los pacientes y sus familias que definan las metas concretas que desean alcanzar con la terapia y los indicadores del éxito terapéutico. Para Fisch et al. (1994); el objetivo primordial es iniciar un *proceso de inversión*, que por medio de un cambio mínimo, disminuya el intento de solución, de modo que se reduzca la magnitud del problema, y esto disminuya a su vez el intento de solución, y así sucesivamente.

### ***Estrategias y técnicas de intervención***

El modelo breve enfatiza la importancia de mantener la *capacidad de maniobra* del terapeuta, esto es, tener la libertad de actuar en la forma que el terapeuta considere más adecuada, significa tener la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito a pesar de los obstáculos que se presenten. Fisch et al. (1994) proponen diversos medios para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta:

- Oportunidad y ritmo. Implica que el terapeuta busque las opiniones del cliente acerca del problema y el tratamiento de manera que asuma una postura que no active las resistencias. Si la postura o estrategia no es aceptada por el cliente, lo conveniente es cambiar de rumbo.
- El tiempo necesario. Implica que el terapeuta se tome el tiempo necesario para pensar y planificar, a pesar de la “prisa” del cliente. No tomar decisiones precipitadas; detenerse cuando la información es vaga y el problema no queda claro; e incluso terminar la sesión cuando se considere conveniente.
- El uso de un lenguaje condicional. Se usa cuando se quiere conservar la credibilidad al realizar intervenciones o para evitar caer en posturas que debiliten la capacidad de maniobra. Se pone de manifiesto que la sugerencia es adecuada, pero su éxito dependerá de los esfuerzos del paciente.
- Buscar que el cliente concrete. Se trata de ayudar al cliente, para que asuma posturas comprometidas y bien definidas, ya que la información vaga favorece que cambie de posición según le convenga.
- Mantener una actitud igualitaria. Sirve para favorecer la colaboración del cliente, o bien para no obstaculizar a los pacientes que están dispuestos a cooperar. Sin embargo, la postura de autoridad del profesional debe adecuarse al caso y a los tiempos en el tratamiento.
- Sesiones individuales y conjuntas. No es necesario trabajar con toda la familia, es más importante trabajar con los miembros más interesados en la solución del problema, o trabajar con varios individuos con los cuales el proceso se obstaculizaría si acudieran a sesiones conjuntas.

Además, el modelo breve plantea una serie de tácticas a emplear con los pacientes difíciles:

- El comprador fingido: va a terapia obligado por otra persona. Las tácticas a emplear son: negociar un “nuevo contrato”, trabajar con el afectado real, lograr que se decida a “comprar”, o finalizar la relación terapéutica.
- El paciente restrictivo: se trata de evitar que éste imponga sus condiciones para el tratamiento, para lo cual es necesario no caer en las conspiraciones de silencio y expresar que el proceso no puede continuar si hay intimidaciones.

Otra forma de conservar la capacidad de maniobra del terapeuta, es a través de la fijación del marco del tratamiento. Esto significa decidir con qué personas se trabajará y cómo participarán en la terapia; especificar el lugar y el horario para las sesiones, así como el tipo de tratamiento que se realizará; la clase de información que se brindará al cliente sobre la persona del terapeuta; y la forma en que se manejará la información cuando el paciente ha sido canalizado (Fisch et al., 1994).

En cuanto a la entrevista inicial, de acuerdo con Fisch et al. (1994) su objetivo es recoger información clara, explícita y en términos de conducta sobre:

- Definición del problema. Implica investigar el estado actual del problema, con preguntas como ¿cuál es el problema (actual) que le trae aquí?, ¿para quién es un problema?, ¿cómo se presenta el problema?, ¿por qué acuden a terapia ahora?
- Soluciones intentadas. Es importante investigar las formas en que han afrontado el problema las personas ligadas íntimamente a él, con preguntas como ¿qué hace o dice usted ante el problema?, y concretar las respuestas confusas.
- Objetivos mínimos. Se trata de que el cliente identifique indicadores mínimos de que ha ocurrido un cambio, evitando las respuestas vagas y generales.
- Actitud y lenguaje del cliente (su postura). Es necesario considerar el sistema de creencias y valores del cliente, para enunciar las intervenciones en dicho marco y aumentar la posibilidad de que sean aceptadas.

La postura del paciente indica la posición que éste mantiene en relación a diferentes temas o elementos de la terapia, la cual está fundamentada en su sistema de creencias y valores, según Fisch et al. (1994) la postura del paciente puede utilizarse para:

- Estimular la colaboración del cliente. Esto se logra realizando prescripciones que sean coherentes con el sistema de creencias y valores del cliente.
- Evitar las resistencias. Cuidando no transmitir ideas que choquen con la postura del cliente y que difícilmente pueda creer.

Fisch et al. (1994) mencionan cinco aspectos para la evaluación de la postura del cliente:

1. Escuchar las palabras concretas, tono y énfasis del lenguaje del cliente.
2. Atender a la postura del paciente en relación con su problema, con el tratamiento y con el terapeuta.
3. Las estrategias y acciones recomendadas pueden variar de acuerdo a la postura.
4. Escuchar la exacta formulación de frases, no buscar el significado subyacente.
5. Averiguar cuáles son las creencias del cliente a cerca del problema, ya que las posturas más útiles son las que se hallan fuertemente arraigadas.

Fisch et al. (1994) identifican diferentes tipos de posturas:

- Paciente o cliente. Las personas pueden definirse a sí mismos como paciente, o bien definir al otro como paciente. El cliente es quien solicita la ayuda al terapeuta, sea el paciente o no, por lo que se muestra interesado en el cambio.
- Problema. Puede ser definido como doloroso, por lo que su solución es urgente, o bien, como indeseable pero no incómodo, por lo que un cambio no es urgente.

- Actitud. Para la solución del problema, el cliente puede tener una actitud pesimista, optimista, racional, o mágica.
- Terapia. Ante la terapia el cliente puede mostrarse como receptor pasivo del consejo terapéutico, usar al usar al terapeuta como caja de resonancia o tener una responsabilidad recíproca con el terapeuta.

En relación a la planificación del caso, Fisch et al. (1994) proponen:

1. Establecer el problema del cliente en forma clara y concreta.
2. Establecer la solución intentada por el cliente en la actualidad, investigar ¿cuál es el impulso básico de los diversos esfuerzos realizados? y ¿cuáles son las variaciones sobre un mismo tema o impulso central?
3. Decidir qué se debe evitar para no colaborar con el mantenimiento del problema, lo cual implica definir qué es lo más importante de evitar.
4. Formular un enfoque estratégico que invierta la dirección de las conductas realizadas por quienes mantienen el problema.
5. Formular tácticas concretas que permitan implementar las acciones más eficaces para impedir la anterior solución.
6. Encuadrar la sugerencia en un contexto, esto se logra planeando el modo de inducirlo a aceptar la tarea y utilizando su propio marco de referencia.
7. Formular objetivos y evaluar el resultado. Esto implica contemplar en base a qué elegimos el objetivo, qué tipo de datos se manejarán para determinar el éxito o el fracaso en el logro de dicho objetivo, o para determinar el avance hacia la consecución del objetivo durante el transcurso de la terapia.

El objetivo principal de las intervenciones es influir sobre el cliente para que su “dolencia” originaria se solucione a satisfacción de éste. Las intervenciones se dividen en las principales y las generales:

a) Principales: se utilizan para interrumpir las diversas soluciones intentadas que mantienen el problema (Fisch et al. 1994):

- El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo. Se busca invertir el intento del paciente para superar el problema; ya sea provocando el síntoma, definiéndolo como beneficioso o incorporando un ritual aversivo.
- El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. El cliente supone que la situación temida es algo que no puede dominar. Se emplea la exposición a la tarea exigiendo una ausencia de dominio (o dominio completo) en ella.
- El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición. Aquí se busca que quien solicita ayuda se coloque en una postura de debilidad y pida cosas en forma clara y concreta, apelando a la necesidad de asumir posturas y establecer consecuencias imprevisibles (sabotaje benévolo) para el otro; o diciéndole que se encuentra en superioridad respecto al otro.
- El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación. Una persona intenta obtener sumisión de la otra, al mismo tiempo que niega estar pidiendo tal sumisión. En estos casos se hace una redefinición del síntoma como inconscientemente destructivo.
- La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa. Aquí una persona acusa a otra, y ésta responde mediante una autodefensa que confirma las

sospechas de la primera, por lo que se mantiene el juego del acusador y el defensor. Las intervenciones se basan en la aceptación de las acusaciones por parte del defensor y en la interferencia (el acusador tiene que adivinar si el defensor cometió la conducta problema, cuando al defensor se pide que finja dicha conducta, para que sea imposible discriminar si la ha cometido realmente).

b) Generales: implican una postura general y buscan preparar el terreno para introducir una intervención específica, en algunos casos estas intervenciones pueden ser suficientes para solucionar el problema (Fisch et al.1994). Las intervenciones generales incluyen:

- No apresurarse. Consiste en dar instrucciones vagas y generales, acompañadas de razonamientos creíbles que justifiquen el ir despacio.
- Los peligros de una mejoría. Advertir sobre los peligros de la mejoría se utiliza para enfatizar la postura de no apresurarse, desafiar a un cliente resistente o presionarlo para que cumpla con una tarea al haber desobedecido.
- Un cambio de dirección. Consiste en cambiar de postura o estrategia y ofrecer al cliente una explicación acerca de dicho cambio. Puede utilizarse aludiendo a la supervisión de un experto, para que el cliente acepte una sugerencia.
- Cómo empeorar el problema. Generalmente se utiliza cuando el cliente ha mostrado resistencias a anteriores sugerencias o no ha querido probar algo nuevo. Se puede preguntar sobre la forma de empeorar el problema, al inicio de la terapia con clientes que muestran resistencia, o al final para reforzar los progresos.

Fisch et al. (1994) mencionan que en la terminación del tratamiento cuando el problema ha sido resuelto, el terapeuta debe evitar que el cliente se preocupe porque las cosas empeoren y se esfuerce por hacer que las cosas vayan bien hasta el punto que las empeore, por ello es recomendable:

- Definir el empeoramiento como un acontecimiento esperado y normal, o redefinirlo como un acontecimiento positivo.
- Se puede recurrir a la intervención de “no apresurarse” o de “prescribir la recaída”.
- Es importante que el terapeuta se muestre cauteloso en lugar de entusiasmado, y que atribuya los logros de la terapia a las acciones realizadas por el cliente.
- El terapeuta debe aceptar el deseo del cliente de terminar el tratamiento, ya que de esta manera se deja la puerta abierta para el regreso al tratamiento y se impide que permanezca por necesidad del terapeuta. Es decir, se crea un ambiente donde exista la posibilidad de regreso.
- Permitir un lapso de tiempo de reflexión y autonomía entre un contrato terapéutico y uno nuevo.

En los casos en que el problema no ha sido resuelto, lo conveniente es:

- Averiguar las causas de la falla (sobre todo si el paciente ha cooperado).
- Si el cliente no ha cooperado, se le puede desafiar redefiniendo los peligros de una mejoría como la causa de que el problema no se haya solucionado.
- Explorar los motivos por los cuales el cliente desea abandonar la terapia, pero siempre respetando su decisión de terminarla.

### *Alcances y limitaciones*

Quizá la principal ventaja de este modelo es que se enfoca a solucionar problemas específicos de forma rápida, trabajando con todo el sistema familiar o solamente con algunos integrantes, según convenga. Es un enfoque que busca que el cliente redefina el problema y sus intentos de solución en términos claros y concretos, que permitan realizar una evaluación clara del problema y que a su vez, permitan que el cliente defina los objetivos concretos que desea alcanzar con la terapia y que especifique los indicadores que muestren que el objetivo ha sido alcanzado. Quizá por ello, una crítica que puede hacerse al modelo es que se enfoca a solucionar problemas muy concretos y operativos, definidos en términos conductuales.

El modelo breve, promueve y facilita que los problemas se prioricen y que se solucione lo más urgente o lo que en este momento provoca mayor malestar al cliente. En este sentido, el modelo breve logra la motivación del paciente en la terapia, al abordar prioritariamente un problema que le causa demasiado malestar al cliente y a su familia. Al trabajar con los temas en que los pacientes están más motivados, el modelo breve busca que los cambios logrados en los temas más prioritarios se generalicen hacia los menos prioritarios. En caso de que esto no suceda, el modelo breve contempla la posibilidad de iniciar otro proceso para resolver aquellos problemas. En este sentido, una crítica al modelo radica en la necesidad del paciente de regresar a terapia en caso de que algunos de los problemas asociados al motivo de consulta no se hayan solucionado.

Otra ventaja de este modelo, es que cuenta con una estrategia terapéutica que busca un cambio mínimo que será potencializado. La propuesta para lograr esto, radica en el cambio de la solución intentada, es decir, el modelo breve busca idear una solución que se aparte radicalmente de los intentos de solución que hasta ahora han fracasado.

Además, al tomar en cuenta la postura del paciente, el modelo breve garantiza que las intervenciones sean aceptadas por éste y evita que se activen las resistencias. Otra contribución importante, es que pone énfasis en la capacidad de maniobra del terapeuta y proporciona elementos para conservarla. Además de que advierte sobre los posibles obstáculos (los más comunes) que pueden presentarse en el proceso de la terapia y la forma de enfrentarlos.

#### **1.2.4. Modelo Orientado a Soluciones**

##### *Antecedentes históricos y principales representantes*

Se puede decir que Steve de Shazer, quien ha desarrollado su trabajo desde 1978 en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) en Milwaukee, es el creador del modelo de soluciones. Sin embargo son O'Hanlon y Weiner-Davis, quienes han contribuido al desarrollo y difusión de este modelo que busca facilitar las condiciones para el cambio, poniendo el énfasis en las excepciones que se dan al problema. En sus comienzos el modelo de soluciones se vio influenciado por el modelo de terapia breve del MRI y en una siguiente etapa recibió una importante influencia de Karl Tomm, de quién adoptó las preguntas reflexivas para alterar la epistemología de las personas y, por consiguiente, cierta predilección por generar el cambio en la sesión, mediante preguntas que lo induzcan. (Ochoa, 1995).

En una línea del modelo orientado a las soluciones se encuentra Steve de Shazer, quien ha llevado a su máxima expresión la búsqueda de excepciones al problema esbozada por el MRI. Sin

embargo, se ha ido apartando paulatinamente de la definición pormenorizada del síntoma y las soluciones generadas para superarlo, para buscar información detallada de las excepciones deliberadas o espontáneas en torno a la conducta sintomática que han pasado desapercibidas para los clientes (Ochoa, 1995). Una diferencia importante entre el MRI y el enfoque orientado a las soluciones, es que éste rechaza la idea de la resistencia en los clientes.

En la otra línea del modelo de soluciones se encuentran O'Hanlon y Weiner-Davis, quien hizo parte de su entrenamiento en el BFTC de Milwaukee, y que durante varios años formó parte de su equipo de investigación. A pesar de las similitudes entre las dos vertientes del enfoque de soluciones O'Hanlon establecerá una diferencia al orientar su trabajo hacia una "terapia de posibilidades", donde además de valerse de los elementos básicos de la terapia de soluciones, retomará aspectos de la terapia narrativa.

### ***Principios básicos***

Los terapeutas centrados en las soluciones mantienen premisas que se centran en los recursos y las posibilidades. Así, se da una *co-construcción de una realidad terapéutica* donde cliente y terapeuta conversan sobre la solución que desean co-construir, dialogando en relación a los cambios esperados, y promoviendo la participación activa y colaborativa del cliente para lograr dichos cambios. Para O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) las premisas del modelo de soluciones son:

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas
- El cambio es constante
- El objetivo del terapeuta es identificar y ampliar el cambio
- Generalmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla
- Sólo es necesario un cambio pequeño en un parte del sistema
- Los clientes definen los objetivos
- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos
- No hay una única forma "correcta" de ver las cosas
- Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo imposible e intratable

Selekmán (1996) retoma estas premisas y agrega algunos supuestos teóricos orientados a la solución, para abordar los problemas con adolescentes:

- La resistencia no es un concepto útil
- La cooperación es inevitable
- Los problemas son intentos fallidos de resolver los conflictos (MRI)
- La realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la co- creación de la realidad del sistema terapéutico

Más recientemente, Lipchik (2004) habla de una teoría centrada en la solución, considerada por ella como una teoría constructivista que conserva algunos conceptos interaccionales-estratégicos y los integra a una perspectiva biológica que incluye las emociones. Los supuestos centrados en la solución desde esta teoría son:

- Cada cliente es único, posee puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismo

- Nada es totalmente negativo
- La resistencia (en los clientes) no existe
- Sólo los clientes pueden cambiarse a sí mismos
- La teoría centrada en la solución avanza a paso lento, ya que se aplica sin prisa en casos que requieren apoyo terapéutico durante años
- No hay causa y efecto (no hay una verdad objetiva)
- Las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema
- Las emociones son parte de todo problema y de toda solución
- El cambio es constante e inevitable: un pequeño cambio puede llevar a cambios más grandes
- No podemos cambiar el pasado, de modo que debemos concentrarnos en el futuro

Furman, y Ahola (1996) explican que los intentos de solución siempre dependen de cómo se defina y explique el problema, por eso es importante que la conversación terapéutica ponga el énfasis en los recursos y soluciones más que en los problemas. Como explican De Shazer y Kim Berg (1992), la terapia debe amoldarse al paciente y no al revés. Esta es una característica posmoderna del enfoque de soluciones, ya que evita las metanarrativas, es decir, la “teorías” que reducen la realidad a ciertos principios que explican porque la gente tiene problemas. La habilidad del terapeuta consiste en encontrar una manera de ver la realidad familiar lo bastante próxima a las ideas de los miembros de la familia como para poder comprometerlos en una “realidad compartida”, pero con una perspectiva lo bastante distinta como para ayudar a generar cambios en los significados, la experiencia y la respuesta (Cade y O’Hanlon, 1995).

### ***Metas terapéuticas***

Para el modelo centrado en soluciones, es el cliente quien establece las metas y objetivos del tratamiento, en una co-construcción con el terapeuta de lo que es el problema y la forma en la que pueden solucionarlo. La tarea del terapeuta es ayudar a los clientes a iniciar el proceso de solución. En la entrevista se busca la negociación conjunta de soluciones, es decir, una “*conversación para encontrar soluciones*”.

Para O’Hanlon y Weiner-Davis (1990), la terapia orientada a las soluciones busca:

1. Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problemática: cambiar las acciones e interacciones que intervienen en la situación, dando a los clientes la posibilidad de usar otras acciones, atípicas, que tengan más probabilidad de resolver el problema.
2. Cambiar la “forma de ver” la situación percibida como problemática: cambiar los marcos de referencia de los clientes, puede llevar a cambios en las acciones y a la estimulación de potencialidades y recursos no utilizados.
3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.

### ***Estrategias y técnicas de intervención***

Según O’Hanlon y Weiner-Davis (1990), para el modelo de soluciones el proceso de la entrevista es considerado como una intervención; ya que mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centrada en las soluciones, los clientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación. *Preguntas presuposicionales* es el nombre que se le da

al tipo de preguntas diseñadas para funcionar como “intervenciones”, con estas preguntas se intenta influir sobre las percepciones de los clientes para enfocarse más hacia las soluciones, ya que estas preguntas encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos.

En la primera sesión, se busca la *unión* con el cliente, cuyo objetivo es mostrar un interés genuino por él y ayudarlo a que se sienta cómodo. Posteriormente, se busca una *breve explicación del problema*, en esta etapa es muy importante extraer información sobre las *excepciones al problema*, ya que éstas ofrecen información importante acerca de lo que se necesita para resolver el problema y dirigen la atención del cliente hacia lo que ya funciona. Con frecuencia los clientes pueden reportar cambios que han hecho entre la solicitud de la consulta y la primera entrevista, en estos casos *la terapia se enfoca a hacer que estos cambios se sigan dando y se generalicen*. Algunas preguntas para explorar excepciones son las siguientes:

- ¿Qué es diferente en las ocasiones en que \_\_\_\_ (hay una excepción al problema)? se trata de explorar todas y cada una de las diferencias entre los momentos problemáticos y los no problemáticos.
- ¿Cómo conseguiste que sucediera?: se busca información sobre lo que el cliente ha hecho para superar el problema y saber lo que falta para seguir en esta línea.
- ¿De qué manera el que \_\_\_\_ (ocurre la excepción) hace que las cosas vayan de otra forma?: sugiere una conexión entre las cosas positivas que suceden en un área de la vida de una persona y las que suceden en otras áreas.
- ¿Quién más advirtió que \_\_\_\_ (hubo una excepción)? ¿cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o dijo?: pretende mostrar al cliente cuales de sus conductas resultan agradables, lo cual es útil para influir sobre su conducta futura.
- ¿Cómo conseguiste que dejara de \_\_\_\_ (presentar el problema)?, ¿cómo conseguiste que terminara (el problema)?: los clientes pueden ver una conexión entre algo que hacen, y pueden hacer, y el cese de un evento desagradable.
- ¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace \_\_\_\_ (una semana, un mes, etc.)?: se busca reforzar cualquier cosa positiva, aunque no sea necesariamente una excepción al patrón del problema.
- ¿Qué haces para divertirte? ¿cuáles son aficiones o intereses?: se busca en otros contextos de la vida del cliente las capacidades y el “saber cómo hacer” que se necesita para resolver su problema.
- ¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente?, ¿cómo la resolviste entonces?, ¿qué tendrías que hacer para conseguir que eso volviera a suceder?: se investigan soluciones pasadas para la dificultad presente.

Así, en la primera entrevista se busca centrar la atención de los clientes en las excepciones, soluciones y recursos. Al mismo tiempo que se normaliza continuamente el problema, de forma implícita y explícita. El siguiente paso es la *definición de objetivos*, una regla importante en este sentido es empezar por cosas pequeñas, una técnica que se utiliza en este enfoque es *la reestructuración o connotación positiva*. Las intervenciones más específicas se realizan después de los elogios y con esto se finaliza la entrevista. Sin embargo, hay casos en que el cliente no logra identificar excepciones o soluciones presentes o pasadas; entonces, el terapeuta emplea las *preguntas orientadas al futuro*, en las cuales, se le pide al cliente que se imagine un futuro sin problemas y describa cómo es, a través de esto, el cliente describe la solución, por eso; estas preguntas son conocidas como “*preguntas de avance rápido*”. Un ejemplo de éstas es *la pregunta*

*del milagro*, ya que cuando el paciente describe el milagro, el terapeuta pregunta ¿hay algo de esto que ya esté ocurriendo?, con lo que retoma la búsqueda de excepciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) han descrito algunas intervenciones generales:

1. Las intervenciones sobre la secuencia sintomática: implican que el equipo terapéutico haya realizado algún tipo de evolución del síntoma y de las secuencias que lo acompañan. Permiten al terapeuta:

1. Cambiar la frecuencia, momento de aparición, personas involucradas, duración y lugar donde se produce el síntoma.
2. Añadir un elemento nuevo.
3. Cambiar el orden de los elementos de la secuencia sintomática.
4. Descomponer la secuencia sintomática en elementos más pequeños.
5. Unir la aparición del problema a la de alguna actividad gravosa.

2. Las intervenciones sobre el patrón del contexto: requieren un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio. Frecuentemente la forma más sencilla y directa de intervenir en un contexto que contiene una queja es alterar el propio patrón de la queja, ya que este altera el contexto y a menudo la queja desaparece gradual o abruptamente. Las intervenciones sobre el patrón de la queja incluyen:

1. Cambiar la frecuencia o tasa de la queja
2. Cambiar el tiempo de ejecución de la queja
3. Cambiar la duración de la queja
4. Cambiar el lugar en el que se produce la queja
5. Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja
6. Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja
7. Descomponer el patrón de queja en piezas o elementos más pequeños
8. Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa

3. Las tareas de fórmula: se trata de emplear la misma tarea para iniciar cambios en problemas diversos, lo que implica una idea de que las características específicas del patrón del problema parecen no estar relacionadas con el proceso de solución. Aquí se presentan algunas de estas tareas:

1. Tarea de fórmula de la primera sesión: se pide al paciente que observe lo que ocurre en su (vida, matrimonio, familia, etc.) que desea que siga ocurriendo. Esta tarea ayuda al paciente a buscar cosas positivas, y aunque no se le pide al cliente que haga algo diferente; usualmente lo hace y se resuelve el problema.
2. La tarea de la sorpresa para parejas o familias: se le pide al cliente que haga una o dos cosas que sorprendan a su familia/padres/pareja, sin decirles qué es. Los padres/pareja/familia, tratarán de adivinar qué es lo que el paciente está haciendo para sorprenderlos. Esto fija la atención de los clientes en realizar nuevas conductas que no pasarán desapercibidas. Habitualmente, las sorpresas que se llevan a cabo suelen convertirse en soluciones.
3. La tarea genérica: ante un objetivo vago como “mayor paz espiritual”, se le pide al cliente que se fije en lo que hace esa semana que le produce paz espiritual, esto ayuda a definir con mayor claridad los objetivos, y comúnmente en esa semana se producen conductas deseables.

Otra forma de intervenir del modelo de soluciones es el *equipo reflexivo*, el cual representa una valiosa herramienta, ya que su estructura ofrece a los pacientes la posibilidad de que a medida que escuchan al equipo se hagan nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas. La lógica empleada por el equipo reflexivo, es que los miembros del equipo hablan entre sí, mientras que los miembros del sistema de entrevistas los escuchan. Posteriormente, el equipo de entrevistas habla a cerca de las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones (Andersen, 1991).

Por otra parte, Furman y Ahola (1996) mencionan las formas y temas de conversación para encontrar soluciones:

- Inventar nombres y rótulos: para quitar las implicaciones negativas de éstos.
- Formular explicaciones: en las que este presente la idea de que el problema presentado no es causado por otro, o por una perturbación difícil de curar.
- Rever el pasado: ya que la idea de que las experiencias negativas del pasado son la causa de los problemas actuales no es la única posible.
- Deshacer las conexiones con otros problemas: es decir, abstenerse de atribuir relaciones causales entre los diversos problemas coexistentes.
- Sacar a relucir los recursos de los consultantes: ya que todas las personas tienen recursos que pueden emplearse para resolver el problema.
- Reconocer la pericia del consultante: ya que los consultantes son expertos en sus problemas y saben cuales soluciones funcionan y cuales no.
- Compartir experiencias personales: esto es útil si la información revelada fomenta el optimismo y la creatividad de los consultantes.
- Generar soluciones creativas: es conveniente dejar atrás las soluciones antes intentadas, sobre todo si estas han causado frustración en los pacientes.
- Crear una visión positiva del futuro: ayuda a pensar en posibles soluciones y a ver los cambios que ya se están presentando.
- Centrarse en las excepciones y progresos: para crear un clima positivo en la sesión, mostrar al paciente que el problema no es eterno y puede controlarse.
- Repartir los méritos: ver el aporte de diversas personas para generar el cambio.
- Considerar al problema como un amigo: ya que los problemas pueden ser útiles si permiten resolver con mayor facilidad problemas futuros o simplemente dejar aprendizajes valiosos.

Finalmente, se encuentran las *Intervenciones para ampliar y mantener el cambio*, ya que a partir de la segunda sesión, las entrevistas se centran en constatar los cambios. La pregunta presuposicional con que dan inicio las sesiones se formula así: ¿qué ha sucedido que te gustaría que siguiera ocurriendo?, o ¿qué cambios positivos se han producido desde la última entrevista? Una vez que se obtiene una respuesta positiva por parte del cliente, se realizan preguntas enfocadas a mantener las excepciones, por ejemplo ¿qué tiene que hacer para que los cambios persistan? Se habla el mayor tiempo posible sobre los cambios y los aspectos positivos de esos cambios. (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Para el modelo de soluciones la terapia debe concluir cuando se han cumplido las metas establecidas al principio del tratamiento o cuando el cliente decide terminarla. En ambos casos el terapeuta le pide al cliente que resuma lo que aprendió, es decir, que indique cuales fueron las

estrategias utilizadas con éxito para superar su problema y cómo puede seguir aplicándolas en el futuro (Ochoa, 1995).

### ***Alcances y limitaciones***

Aparentemente el modelo de soluciones es ambiguo en cuanto a las bases teóricas y postulados que lo sustentan, ya que retoma aspectos de diversos y variados enfoque de terapia familiar; quizá por ello los autores no logran ponerse de acuerdo en relación a si este modelo pertenece a la corriente constructivista o al construccionismo social. Quizá simplemente es un modelo que marca una etapa de transición entre modernidad y postmodernidad.

Una de las principales ventajas de este enfoque es que asume una postura de mucho respeto hacia los clientes, ya que son ellos quienes determinan los objetivos y los temas relevantes a tratarse durante las entrevistas. Es un modelo basto en estrategias y técnicas de intervención, así como en el tipo de problemas que pueden ser tratados bajo este enfoque. En ese sentido es un modelo creativo y novedoso, ya que su centro de atención no es el pasado, sino el presente e incluso con mayor prioridad el futuro.

Como es un modelo que busca soluciones, no “pierde tiempo” en indagar sobre los antecedentes o explicaciones del problema. Por ello puede ser aplicado en un tiempo breve, sin que esto implique que en el modelo se marque un determinado número de sesiones como máximo, o que haya demasiada prisa en cumplir los objetivos. No es sorprendente que este modelo considere que las intervenciones y los posibles cambios comienzan a desarrollarse desde la primera sesión. Debido a esto, desde el principio de la terapia el énfasis se pone en las fortalezas, excepciones al problema y aspectos positivos de la vida del cliente.

### **1.2.5. Modelo de Milán**

#### ***Antecedentes históricos y principales representantes***

En 1967, tras haber estudiado las publicaciones de los pioneros norteamericanos de la terapia familiar y después de haber visitado varios centros de Estados Unidos, Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil enfocada en el estudio de la anorexia, funda en Milán el primer centro italiano para la terapia familiar, denominado Centro para el estudio de la Familia. El enfoque de terapia familiar del grupo de Milán, compuesto por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin, se desarrolla en este centro. Este enfoque se ha aplicado principalmente en casos de psicosis, anorexia y bulimia. El grupo parte de una orientación psicoanalítica, pero en 1971 retoman algunos aspectos del modelo de terapia breve de Palo Alto (con la asesoría de Watzlawick) y desarrollan la intervención contraparádójica, para anular el doble vínculo patológico. Debido a la influencia de Bateson, en 1975 modifican su concepción de los sistemas familiares de predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencian entre el nivel de significado (creencias) y nivel de acción (conductas). Aproximadamente en 1980 el grupo se divide, así que mientras Selvini Palazzoli y Prata se centran en la “prescripción invariable” basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos, Cecchin y Boscolo continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionan la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología. Posteriormente Prata y Palazzoli también se separaron, y ésta última intensificó su esfuerzo para desarrollar una teoría general de los “juegos psicóticos” (Ochoa, 1995).

## ***Principios básicos***

Los *juegos* son cambios alternados de conductas concretas entre personas, por lo que representan organizaciones interactivas que evolucionan con el tiempo. La metáfora del juego sirve para describir fácilmente las relaciones humanas, esta metáfora genera un nuevo lenguaje que integra las reglas generales de la interacción entre los sujetos y la participación individual de cada quien. En esta metáfora, “*regla*” se define como el resultado de una negociación entre los jugadores. El enfoque de Milán deja de lado la postura funcionalista del síntoma y propone hablar en términos de “*movidas*” que realizan unos y otros, y que van determinando la interacción, todo esto en un contexto de reglas socioculturalmente aceptadas (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

Un elemento esencial para el enfoque de Milán ha sido “*el juego familiar*” concepto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tiene unos de otros, de sí mismos y de la familia en su conjunto. Aquí se explica el interés del enfoque de Milán por construir *modelos diacrónicos de los juegos psicóticos*, para los cuales proponen seis estadios:

1. El impasse en la pareja conyugal: arbitrariamente comienzan la explicación de este proceso en el juego parental, donde identifican un impasse o situación sin salida en la pareja.
2. Intromisión del hijo en el juego de la pareja: es la parte más secreta del juego, ya que el paciente toma partido por uno de los padres pero no lo asume abiertamente, se solidariza con el padre pasivo al percibirlo como víctima.
3. Conducta inusitada del hijo: muestra conductas tajantes que apuntan a desafiar al padre “vencedor”, ya que con esto pretende ser un modelo para el padre “débil”, realiza actos de rebeldía que son el precedente de los síntomas psicóticos.
4. Viraje del presunto aliado: el hijo se siente frustrado al no lograr sus objetivos (que el padre “débil” enfrente al “fuerte”), y el padre “débil” puede llegar a unirse al padre “fuerte” para intentar controlar al hijo.
5. Eclósión de la psicosis: el hijo se siente traicionado por su cómplice secreto pero los síntomas psicóticos le permitirán prevalecer, con ellos les mostrará a sus padres lo que es capaz de hacer.
6. Estrategias basadas en el síntoma: la psicosis puede reorganizar a la familia y transformarla. Sin embargo, se entra a este estadio cuando la conducta psicótica se hace crónica, es decir, la familia se organiza alrededor del síntoma del hijo manteniendo así la enfermedad.

En cuanto al *juego de la anorexia* Selvini et al. (1990), mencionan que el síntoma anoréxico sólo puede surgir cuando confluyen factores específicos de la cultura occidental, como abundancia de alimento o delgadez como moda, con una modalidad organizativo-evolutiva de las interacciones en la familia que consta de un proceso compuesto por seis estadios:

1. Impasse en la pareja conyugal: en esta situación están involucrados, casi sin excepción, miembros de las familias extensas.
2. Intromisión de la hija en el juego de la pareja: la hija que presentará el síntoma se involucra precozmente en el juego parental.
3. Durante la adolescencia ocurren hechos decisivos que cambian la percepción que la hija tenía del padre, o la empujan aún más hacia él.
4. Periodo de malestar relacional intenso: acontecimiento “dieta”.

5. Viraje paterno: la hija se siente traicionada por el padre y lo desprecia. El síntoma es una forma de humillar a su madre y mostrarle a su cobarde padre de lo que ella es capaz.
6. Estrategias basadas en el síntoma: la paciente descubre el poder que le confiere el síntoma que le permite reconquistar esa posición de privilegio ilusorio y con frecuencia encadena a su madre por medio de un vínculo pseudosimbiótico que disimula la hostilidad y el control.

Los procesos que se dan en los *juegos psicóticos* son el embrollo y la instigación. El *embrollo* se caracteriza porque uno de los padres suscita una relación privilegiada con uno(a) de los(as) hijos(as), a quien da a entender de forma encubierta que lo prefiere por encima de su esposo(a). Sin embargo, esta predilección no es verdadera, sino el móvil para atacar a su cónyuge, que es su verdadero centro de interés. La *instigación* es un tipo de juego que se refiere a un modelo interactivo caracterizado por una provocación disimulada que obtiene como respuesta una rabia o coraje disimulado, en la que el instigador nunca consigue hacer explotar abiertamente al provocado, que por eso, con su conducta re-provoca la provocación, y así sucesivamente. De tal forma que se establece un patrón recursivo de provocaciones indirectas y respuestas de rabia contenida. La hipótesis consiste en que el hecho de que uno instigue a otro, implica la participación de cuando menos tres personas, ya que uno instiga a otro siempre en contra de un tercero (Selvini et al. 1990).

Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1980) describen tres principios rectores en la conducción de la entrevista, que permiten descubrir el juego familiar:

1. Hipotetizar: se refiere a la formulación de una hipótesis que el terapeuta hace, basándose en la información que posee en relación a la familia que esta entrevistando. La hipótesis representa el punto de inicio para la investigación y durante la entrevista el terapeuta debe ponerla a prueba, utilizando métodos y técnicas específicas. Si la hipótesis es falsa, el terapeuta debe formular otra, basándose en la información que obtuvo al poner a prueba su primera hipótesis. Las hipótesis se formulan para descubrir o explicar tentativamente el juego familiar, su función esencial consiste en servir de guía para obtener información por medio de la cual se le puede confirmar, refutar o modificar. Para dar cuenta del juego familiar, la hipótesis debe ser sistémica, es decir, debe incluir a todos los miembros de la familia, así como las relaciones que existen entre ellos.
2. Circularidad: se refiere a la capacidad del terapeuta para conducir su investigación en base a la retroalimentación que la familia le da, en respuesta a la información que él solicita acerca de las relaciones, acerca de las diferencias y acerca del cambio. La circularidad es la convicción de ser capaces de obtener información auténtica de la familia, sólo trabajando a partir de los siguientes postulados: la información es una diferencia y, la diferencia es una relación (o un cambio en ella). Cada miembro de la familia es invitado a expresar cómo ve la relación entre otros dos miembros de la familia, con lo que se investiga la diada y cómo es vista ésta por una tercera persona.
3. Neutralidad: se refiere al efecto pragmático y específico del total de los comportamientos del terapeuta durante la sesión. La neutralidad se logra si el terapeuta invita a cada uno de los miembros a comentar a cerca de la relación de otros dos miembros, y mientras cada miembro comenta, el terapeuta parece aliarse a esa persona, de tal forma que logra mantener un proceso de alianzas sucesivas en el que el terapeuta se alía con todos, pero con ninguno al mismo tiempo. Siendo neutral, el terapeuta evita formar parte del juego familiar y logra introducir algo nuevo que favorezca el cambio de juego.

El principio de neutralidad requiere que la empatía del terapeuta se distribuya en una especie de *equidistancia*, que ahora el enfoque de Milán prefiere entender en términos de *equicercanía* entre todos los miembros de la familia (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

### ***Metas terapéuticas***

Para el modelo de Milán no se definen objetivos concretos o metas terapéuticas, sin embargo, un aspecto importante es descubrir el juego familiar que se relaciona con el síntoma, por lo que las diversas técnicas de intervención se dirigen a alterar y modificar dicho juego, cambiando las reglas rígidas del juego familiar por otras más flexibles y complejas donde el síntoma no sea necesario. (Ochoa, 1995).

### ***Métodos y técnicas de intervención***

Como ya se ha mencionado, la circularidad es uno de los principios básicos del modelo de Milán. Karl Tomm, al igual que Boscolo y Cecchin, postula que *la entrevista o cuestionamiento circular* puede – en numerosas ocasiones- generar el cambio, sin necesidad de recurrir a intervenciones adicionales al final de la entrevista; es decir, el cuestionamiento circular se ve no sólo como una forma de detectar el juego en la familia, sino como un instrumento para modificarlo, ya que este tipo de interrogatorio puede alterar las percepciones de la familia y modificar su epistemología. En el cuestionamiento circular el terapeuta formula preguntas para poner de manifiesto conexiones entre personas, acciones, percepciones, sentimientos y contextos, siempre bajo los supuestos de circularidad y neutralidad (Ochoa, 1995).

En 1975, con la publicación del libro “Paradoja y Contraparadoja”, el equipo de Milán (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata) expuso las técnicas terapéuticas del *método paradójico* (1971-1978), que hasta ese momento habían utilizado, las cuales de acuerdo con Selvini et al. (1999) son:

- La connotación positiva del comportamiento de cada integrante de la familia, la empatía por los padecimientos sufridos por cada uno, esto significa, meterse en la piel de cada integrante, comprendiendo sus razones dentro de su historia personal, pero sin omitir su responsabilidad por el sufrimiento provocado a otros.
- La reformulación paradójica, consistía en un particular tipo de connotación positiva que prescribía a cada miembro de la familia que persistiera en su comportamiento por el bien ajeno, esto formulaba un interrogante paradójico sobre por qué una cohesión familiar tan estrecha y “buena” solo podía obtenerse a costa de una paciente designada.
- Los rituales familiares consistían en una comunicación implícita, prescribiendo a toda la familia una serie de acciones que tácitamente sustituían las habituales reglas de relación por otras nuevas, sin recurrir a explicaciones o críticas.
- El intervalo mensual entre las sesiones servía a la conclusión experimental de que las intervenciones terapéuticas requerían cierto tiempo para que sus efectos en la organización familiar se hicieran visibles.
- La intervención de “la maga”, en la que Mara Selvini, después de haber trabajado arduamente en un caso, corroboraba la ineficacia de sus intervenciones y se presentaba ante los padres para confesar su “incapacidad de entender” y por ende la necesidad de concluir la terapia. Ante esto en más de una ocasión la paciente abandonó su huelga de hambre.

Las principales razones por las que el equipo de Milán decide abandonar este método en favor de otros que se revisarán más adelante son: ausencia de un espacio terapéutico individual para la paciente designada, extrema brevedad de los tratamientos, escasa empatía de los terapeutas con los padres (sobre todo con las madres), una teoría que por ser empecinadamente sistémica se hizo reduccionista (se perdía el individuo).

Posteriormente, el equipo de Milán implementa *la serie invariable de prescripciones* (1979-1987), en donde a los padres del paciente identificado se les prescribía una serie de desapariciones de la casa de duración creciente (desde un par de horas, hasta varias semanas). De tales desapariciones los padres no debía dar aviso previo, ni contar nada a su regreso, tan sólo debían dejar una nota en un lugar visible que anunciara la hora y fecha de su regreso. Los padres debían ir a las sesiones de terapia, con detalladas notas sobre las reacciones de cada uno de los miembros de la familia (nuclear y extensa) ante las desapariciones de éstos. Después de aplicar este método a varias familias, obteniendo resultados positivos (abandono del síntoma y mayor independencia y autonomía de la paciente), Selvini y Prata decidieron usar esa prescripción como una especie de método experimental, dándola invariablemente a todas las familias que presentaran hijas anoréxicas (Selvini et al. 1999).

El progresivo abandono de éste método puede ubicarse en 1982, y puede atribuirse varias razones: primero, a la eficacia del método, que fue máxima para las familias caracterizadas por una escalada de hipercontrol recíproco entre padres e hija, pero nula o contraproducente para las familias dominadas por una actitud expulsiva u hostil en relación con la paciente. El segundo motivo es que en algunos casos por las características de la familia no era posible aplicar la prescripción (por ejemplo cuando en la familia hay un sólo padre). En tercer lugar, había parejas que no seguían la prescripción al pie de la letra y por lo tanto no servía. La cuarta razón, es el deseo de experimentar la eficacia terapéutica del modelo diacrónico que recién el equipo había esbozado sobre la anorexia (Selvini et al. 1999).

Paralelamente a la serie invariable de prescripciones, el modelo de Milán propone el método de *la revelación del juego familiar* (1979-1987), el cual surge de la necesidad de sacar a la luz el juego que imposibilitaba a la familia para cumplir con la serie invariable de prescripciones, confiando en el efecto terapéutico de esta revelación, la cual consiste en conectar el sufrimiento de la paciente anoréxica con su indebida implicación en los problemas no resueltos de sus padres. En este método, los autores parten del supuesto de que la revelación del juego familiar, tanto de los procesos sincrónicos (el juego en el presente), como de los procesos diacrónicos (el juego en la familia a través de tres generaciones), tiene un efecto terapéutico (Selvini et al. 1999).

Actualmente, el interés del enfoque de Milán que han desarrollado Selvini Palazolli y sus colaboradores, se centra en correlacionar una cierta constelación de *síntomas* con una cierta *personalidad* de la paciente, por un lado, y con un cierto tipo de *familia*, por el otro. En este sentido, las conexiones básicas que se buscan son las existentes entre familias y personalidades individuales, por un lado; y por el otro, las existentes entre persona y síntoma (Selvini et al. 1999).

Pero por otro lado, está la vertiente de este enfoque desarrollada desde 1980 por Boscolo y Cecchin, que al separarse del equipo de trabajo de Selvini se han interesado más en desarrollar una terapia sistémica individual, es decir la aplicación individual del modelo sistémico de terapia familiar. Esta vertiente del modelo de Milán tiene sus orígenes principalmente en la cibernética de

segundo orden y el constructivismo, pero tras el advenimiento del posmodernismo y el construccionismo social, ha centrado su atención en el lenguaje y la narrativa.

Este modelo de terapia expuesta por Boscolo y Bertrando, y llamada por ellos mismos modelo “epigenético” es denominada “breve-larga” porque contempla no más de veinte sesiones que se realizan con intervalos de dos a cuatro semanas, por lo que su duración total no es superior al año y medio.

En este proceso de terapia sistémica individual, el pensamiento del terapeuta se basa en la complementariedad de los conceptos de causalidad lineal y circular, en la importancia de la pluralidad de los puntos de vista, y prefiere hacer preguntas que dar respuestas; con el tiempo llega a transmitir al cliente una forma de conectar las cosas y las personas, los sucesos y los significados, que lo liberan de la visión rígida de sí mismo y de la realidad que lo circunda. Esto le permite experimentar y ver los hechos y las historias que le conciernen desde una perspectiva más amplia. De este modo, con las contribuciones de la narrativa, puede decirse que el cliente se libera de una historia suya que es fuente de sufrimiento, para entrar en una nueva historia que le ofrece mayor libertad y autonomía (Boscolo y Bertrando, 1996).

### ***Alcances y limitaciones***

La primer ventaja de este modelo sobre muchos otros de terapia familiar, es su énfasis en realizar una investigación de tipo longitudinal con el mayor rigor metodológico posible, dadas las condiciones; y su transparencia y honestidad al reportar los resultados, ya que al tratarse de casos de pacientes psicóticos y anoréxicas, la vida de éstos puede estar en peligro.

Otra gran ventaja es que se interesa en el juego familiar y para investigarlo se apoya en hipótesis sistémicas, pero esto no los lleva a enfocarse solamente en la parte interaccional y perder de vista la parte individual, por el contrario, rescatan y ponen en práctica conceptos como el de “insihgt” y ven utilidad al llevar procesos de terapia familiar y terapia individual paralelamente.

Han dejado de ver a la paciente como víctima y han llegado a considerar que el síntoma es una “movida” más del juego familiar, asumen una postura bastante ética al ser empáticos, sin que esto implique justificar u omitir la responsabilidad que cada quién tiene del daño que le ha causado a otro. Las intervenciones que han diseñado no sólo apuntan a modificar el juego de la familia, sino que también funcionan como instrumentos de investigación que les permiten obtener más datos sobre la familia y su tipo de juego.

Este enfoque ha dado buenos resultados y a partir de él los autores han descrito ya los juegos que se dan en las familias con paciente psicóticos y anoréxicas, esta es una de las principales “limitaciones” que veo al modelo, ya que se especializa solo en cierto tipo de familias, dejando un tanto de lado a otras familias con quienes las técnicas desarrolladas por este modelo pueden ser muy útiles, como el cuestionamiento circular, por ejemplo. Sin embargo, al mismo tiempo considero que esta “especialización” en cierto tipo de familias no sólo es una limitación, sino también una ventaja, ya que nos permite conocer con mayor profundidad estas problemáticas específicas, al mismo tiempo que deja abierta la expectativa de investigar en relación a los juegos que se dan en otras problemáticas como: alcoholismo, drogadicción, maltrato infantil y abuso sexual.

También encuentro una ventaja al considerar el aspecto diacrónico en los juegos y no dejar de lado el pasado, sino retomar tres generaciones para dar cuenta del juego familiar, porque creo que cuando los pacientes pueden encontrar una explicación sobre lo que sucede en ellos y su familia, y pueden entender los motivos de sus padres, tienen una oportunidad de cambiar y modificar el juego familiar, de tal forma que no se repita en ellos mismos o en las siguientes generaciones.

### **1.3 Enfoques Terapéuticos Derivados del Posmodernismo**

#### **1.3.1. Equipo Reflexivo**

##### *Desarrollo histórico y principales exponentes*

El origen del equipo reflexivo puede situarse en la década de los setentas, al norte de Noruega, donde un grupo de profesionales de la salud, entre los que se encontraba Tom Andersen (médico rural), observaron que los problemas de salud mental que atendían incluían a mucha gente, tanto a los familiares como a los profesionales, por lo que decidieron tomar a ambos en consideración en el trabajo que realizaban. Fue precisamente en 1974 que este equipo de trabajo leía los libros de Haley, Minuchin y Watzlawick, con el objetivo de aplicar sus ideas en el trabajo clínico, pero los éxitos terapéuticos fueron pocos y pequeños (Andersen, 1991).

En 1978, con Andersen como profesor de psiquiatría social en la Universidad de Tromsø fue posible integrar un grupo formal de siete profesionales (Siri Blesvik, Birgit Eliassen, Anne Hertzberg, Aina Skorpen, Vidje Hansen, Odd Nilssen y Tom Andersen), cuyo objetivo era trabajar en estrecha cooperación con la “primera línea” de asistencia (cuidados primarios) para impedir la internación de pacientes psiquiátricos. La tasa de internación bajó un 40% en relación al periodo anterior, por lo que los profesionales de la “primera línea” se mostraron complacidos con el trabajo logrado en coordinación con los “especialistas”, pero el grupo de psiquiatras fue más reticente. De esta experiencia, el equipo de Andersen aprendió que su pensamiento sistémico tenía que incluirlos a ellos mismos y a las relaciones con los otros profesionales, ya que las ideas que mejor crecen son las que el sistema mismo (servicios psiquiátricos establecidos) origina. Este grupo de profesionales también participó en un programa educacional de terapia familiar sistémica, dirigido por Philippe Caillé, Charlotte Bühl y Hakon Hartveit; lo que los puso en contacto con personalidades como Lynn Hoffman, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Phillipa Seligman y Brian Cade. Sin embargo, el equipo se desintegró lentamente y algunos de ellos decidieron organizar seminarios en junio de cada año (Andersen, 1991).

En estos seminarios participaron docentes de Nueva York, Milán, Canadá, Bélgica, Roma, Texas y de todo el norte de Noruega. En enero de 1984, un grupo de personas del hospital mental de Tromsø expresaron sus deseos de comenzar un trabajo en equipo. Este nuevo equipo trató de trabajar a la “manera de Milán”, sin tener mucho éxito; ya que se dieron cuenta que el entrevistador casi nunca transmitía las ideas del equipo, ni en sus preguntas ni en sus intervenciones. Y además, era muy difícil que todo el equipo estuviera de acuerdo con una intervención (Andersen, 1991).

Sin embargo, en marzo de 1985 un joven médico habló con una familia que había pasado un largo periodo de sufrimiento, tanto y durante tanto tiempo que no sabían de otra cosa. El equipo conformado por Magnus Hald, Eivind Eckhoff, Trygve Nissen y Tom Andersen decidió hablarles mediante un micrófono que conectaba ambas salas, para preguntarles si querían escucharlos unos minutos. La familia se mostró sorprendentemente interesada y el equipo les recomendó que tanto la

familia como el médico se quedaran en la habitación. Después de que el equipo conversó a la vista de la familia y el entrevistador, descubrieron que éstos comenzaron a hablarse entre sí con sonrisas y optimismo. A partir de entonces, el equipo comenzó a cuestionarse sus conceptos básicos y la forma en que éstos se aplicarían en la práctica. El equipo dejó de ser el único responsable del proceso de la terapia para convertirse sólo en una de las dos partes. Esta nueva forma de trabajo se llamó grupo reflexivo (Andersen, 1991). Así, este enfoque de trabajo toma la palabra reflexivo desde dos posibles connotaciones del término, ya que refleja y reflexiona.

### ***Conceptos básicos***

El equipo reflexivo tiene una fuerte influencia del pensamiento Batesoniano. Sin embargo, puede decirse que descansa casi absolutamente en las ideas del constructivismo y el construccionismo social, y está enfocado sobre un examen de los contextos y los significados que las personas les dan a su situación. Por ello, para el enfoque del equipo reflexivo las *conversaciones* son una fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes. Tales intercambios podrían hacer ver bajo una nueva luz viejas descripciones y explicaciones e incluso podrían llevar a que emergieran otras nuevas. Sin embargo, desde esta propuesta, las conversaciones necesitan *pausas*, las suficientes para que tenga lugar el proceso de pensar acerca de la conversación. Una conversación debería ser un esfuerzo por incluir lo que las personas que participan en ella dicen, piensan y escuchan en términos de la velocidad y el ritmo de estas frases.

De acuerdo con Andersen, utilizando *la respiración como metáfora*, nos damos cuenta de que tenemos que seguir la velocidad y los cambios de la otra persona a través de lo que escucha, piensa y dice. De lo contrario, la conversación se sofocaría. Además, en el tipo de conversación de los equipos reflexivos es muy importante utilizar las *preguntas* más que los consejos o las interpretaciones, ya que las preguntas apropiadamente poco usuales, que dan la posibilidad de dos o más respuestas a menudo abren la posibilidad de hacer más preguntas; especialmente preguntas que aquellos con los que hablamos no se hacen a sí mismos, y que pueden responder de muchas maneras, lo que a su vez crea nuevas preguntas (Andersen, 1991).

Así, en las conversaciones es importante detectar qué es más importante para seguir hablando; estas partes más importantes son las *aperturas*. Cuando cada uno de los que se encuentran en la conversación tiene significados que son en parte diferentes de los de los demás, pueden emerger nuevos significados si estos son intercambiados en conversaciones. Por ende, si no existe la conversación, los significados tienden a no modificarse. En este sentido, un *sistema de significado* se refiere a un grupo de personas conectado alrededor de la idea de hacer algo en cierta situación (Andersen, 1991).

Además, en el enfoque del equipo reflexivo se habla de un multiverso más que de un universo, ya que *multiverso* quiere decir que un fenómeno, por ejemplo un problema, puede describirse y comprenderse de diferentes maneras. Es decir, hay siempre muchas *distinciones* que hacer además de las que ya hemos establecido. Las herramientas más útiles para establecer nuevas distinciones son las preguntas que todavía no se han formulado. Las *preguntas apropiadamente inusuales* son la mejor contribución al sistema estancado. Por ello la pregunta principal para el enfoque del equipo reflexivo es: ¿cómo podemos crear la posibilidad de que las personas comiencen a hacerse preguntas nuevas? Gracias a la estructura del equipo reflexivo es posible ofrecer a los

consultantes la posibilidad de que a medida que escuchan al equipo se hagan nuevas preguntas, estableciendo con ello distinciones nuevas (Andersen, 1991).

En este sentido, para Andersen (2005) existen tres diferencias, de las cuales sólo una hace una diferencia. Lo excesivamente habitual y lo excesivamente insólito no hacen diferencia alguna. *Lo adecuadamente insólito hace una diferencia*. Por ello, en psicoterapia es necesario esperar a ver cómo responde el otro a lo que uno dice o hace, antes de decir o hacer lo siguiente.

La idea de que las conversaciones terapéuticas eran algo adecuadamente insólito, fue el *primer prelude* de la formación del primer equipo de reflexión, e influyó en el segundo prelude, ya que con la tendencia de buscar las “intervenciones correctas” y ante una respuesta discrepante por parte de las familias, el equipo fácilmente caía en una disputa: o tenían la razón las familias o la tenía el equipo. El cambio de esta posición de o/o a la nueva posición de tanto/como es el *segundo prelude* que hizo que todo fuera más democrático. Por ello, y de acuerdo con Andersen (2005), es probable que la sensación de alivio experimentada en marzo de 1985 (con la puesta en marcha del equipo reflexivo) tenga que ver con el paso de una relación jerárquica en terapia a una *relación heterárquica* o igualitaria con colaboradores igualmente importantes.

Otra descripción del proceso del equipo de reflexión comprende desplazamientos entre hablar y escuchar. El hablar a otro u otros puede describirse como una “*conversación exterior*”, por otra parte mientras escuchamos hablar a otros, mantenemos con nosotros mismos una “*conversación interior*”. Si dejamos que un tema determinado pase una y otra vez de las conversaciones externas a las internas y de éstas a aquellas, podríamos decir que pasa a través de la perspectiva de varias conversaciones interiores y exteriores. En palabras de Bateson (como se cita en Andersen, 2005) una misma cuestión podría entenderse de manera diferente en las diversas perspectivas y, al agruparlas (en un proceso reflexivo), estas diferentes maneras de entender la cuestión podrían crear nuevas ideas a cerca de ella. Entonces, una vez captada la idea del *desplazamiento entre las conversaciones interiores y exteriores*, es posible establecer estos procesos de muy diversos modos y en muchos contextos distintos.

### ***Meta terapéutica***

Para Andersen, la sesión terapéutica es en sí misma un proceso cuyo objetivo es hacer que un proceso estancado se ponga nuevamente en movimiento. Por ello, se propuso permitir que el sistema “estancado” pudiera ver más acerca del proceso terapéutico. La idea que sustenta esto es simple: “el objetivo es importante, pero no tanto como el camino para alcanzarlo”. Cuando alguien se estanca es frecuentemente porque es difícil y/o problemático encontrar un camino para llegar donde uno quiere. Así, para el equipo reflexivo el objetivo es abrir la posibilidad de escuchar nuevas y diversas voces que abran la puerta a los diversos caminos o que incluso generen nuevas alternativas que llevarán al desestancamiento de la situación (Andersen, 1991).

### ***Intervenciones***

Durante las sesiones de terapia con equipo reflexivo, tal como lo describe Andersen (1991), el sistema estancado (una persona o una familia) más el sistema de ayuda, es entrevistado por uno de nosotros. Este es el sistema de entrevistas. El equipo reflexivo se encuentra detrás del espejo unidireccional y está compuesto por un grupo de tres personas, aunque el espejo no es necesario y la cantidad de personas puede variar.

Se considera al sistema de entrevistas como a un sistema autónomo. El equipo reflexivo, que escucha, nunca da instrucciones sobre lo que el equipo de entrevista va a decir o cómo sus miembros deben hablar. Cada miembro del equipo reflexivo escucha en silencio la conversación y se habla a sí mismo haciéndose preguntas. Después de un rato, los miembros del equipo presentan sus ideas si es que el sistema de entrevistas se las pide. Los miembros del equipo hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre el o los temas presentados, mientras que los miembros del sistema de entrevistas los escuchan. Los miembros del equipo reflexivo deben mirarse a la cara mientras hablan y no mirar a los miembros del sistema de entrevista. Si alguien del equipo reflexivo los mirara, sería para incitarlos a formar parte de la discusión reflexiva, sacándolos así de su ventajosa *posición de escucha o posición reflexiva*.

Andersen (2005) se ha fijado (sólo para sí mismo) tres pautas que le indican cómo debe conducirse mientras participa en una conversación del equipo de reflexión:

1. Hablar (especular) de algo que haya visto u oído durante la conversación entre la familia y el terapeuta, siempre en un tono indagador, evitando las declaraciones, las opiniones y los significados.
2. Tener la libertad de comentar todo cuanto escucha, pero no todo cuanto ve. Ya que las personas que acuden a terapia no están obligadas a revelar todo lo que piensan y sienten.
3. La tercera pauta se aplica sólo cuando la conversación de la familia y la del equipo tienen lugar en la misma habitación. Entonces Andersen suele decir al equipo: “les recomendaría que cuando hablen, lo hagan entre ustedes. Sin incluir a la familia en su conversación. Si la incluyen ya sea hablando con sus integrantes o mirándolos, los obligan a escucharlos a ustedes, y entonces no pueden dejar volar su pensamiento hacia otros lugares”.

Después de que el equipo termina sus reflexiones, los miembros del sistema de entrevistas hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones. De esta manera, tienen una conversación sobre lo que habló el equipo reflexivo acerca de la primera conversación del sistema de entrevista. No existe ninguna versión objetiva o final y sólo se puede ayudar si la conversación genera curiosidad, ya que la curiosidad es el motor de la evolución (Andersen, 1991). Cabe señalar que no existe una sola manera de organizar un equipo reflexivo; más bien la forma de organizarlo depende de las circunstancias prácticas, y de los deseos y preferencias de los participantes. A diferencia de esto, la curiosidad generada por la conversación sólo puede expresarse de una forma, esta es a través de preguntas.

Las *preguntas poco usuales* son muy importantes, ya que las que se hagan determinarán el rumbo de la conversación. Sin embargo, todas las preguntas se sustentan en la idea de que la gente no se relaciona con el tema problemático que está “afuera” sino con lo que interpreta como tema problemático (Andersen, 1991). En el equipo reflexivo existen tres tipos de preguntas centrales:

1. Preguntas sobre descripciones. Es esencial hacer preguntas que faciliten descripciones dobles, ya que éstas son las que le dan perspectiva a un fenómeno. Tales preguntas incluyen todo tipo de variaciones, y contienen palabras como: “en comparación con”, “en relación con”, “diferente de”.
2. Preguntas para sonsacar explicaciones. Una vez evocadas las diferencias, es posible preguntar *¿cómo puede explicar eso?*, *¿Cómo pudo haber ocurrido en ese momento?* Las

preguntas para obtener explicaciones que no pueden contestarse, son muy buenas preguntas en el sentido de que crean curiosidad y fomentan la búsqueda de respuestas.

3. Preguntas sobre las distintas conversaciones. Las preguntas sobre conversaciones pasadas, presentes y posiblemente futuras son en sí mismas significativas. Por ejemplo: ¿quién habló con quién sobre qué tema y de qué manera?, ¿quiénes pueden hablar ahora sobre estos temas? También es posible hacer preguntas orientadas al futuro, por ejemplo; ¿cuándo sería más probable que eso cambiara?

Andersen (2005) plantea cuatro interrogantes básicas al momento de entrevistar a la familia:

1. ¿Lo que está sucediendo ahora es adecuadamente insólito?
2. Indagar sobre la historia de la presencia de la familia en el consultorio, lo cual es útil para saber quiénes entre los presentes desean hablar y quiénes no.
3. ¿Cómo les gustaría utilizar la reunión? A todos los presentes se les invita a dar una respuesta.
4. Esta pregunta, puede formularse abiertamente o sólo para sí mismo: ¿quién podría, puede o debería hablar con quién, sobre qué tema, de qué manera y en qué momento?

Lax (1991) explica cómo *el equipo reflexivo* ha sido utilizado *en las consultas iniciales* en el Instituto de la Familia de Brattleboro, en donde se atienden familias y parejas junto con quienes al final de la primera entrevista se decide si el equipo seguirá formando parte de la consulta o no. En esta forma de trabajo, el contacto con los pacientes comienza con la primera llamada telefónica, en la que se pregunta ¿quién es parte de esta situación? en lugar de ¿quién es de su familia?, con lo cual es posible discutir la posibilidad de que todos los participantes en la situación difícil vengan a la reunión. Posteriormente se describe el diseño del equipo, más o menos así: “Generalmente nos encontramos con los pacientes nuevos para hacer una consulta de la cual obtener un cuadro de su situación. Esta consulta a menudo lleva de una a tres sesiones. Si usted lo aceptara nos gustaría trabajar con un equipo para esta consulta. El propósito de este método es generar tantas ideas como sea posible, incluyendo cómo enfocar los temas y qué hacer respecto de las futuras conversaciones y encuentros. ¿Le parece aceptable? Si la persona que llama no quiere tener un grupo que observe, se le ofrece una sesión con dos terapeutas en la habitación, pero si tampoco acepta, se puede tener una reunión con un solo terapeuta; ya que nunca se les impone la presencia del equipo.

Antes de la entrevista el equipo se encuentra sin la familia para informarles a todos los miembros del equipo lo que se sabe a partir de la llamada telefónica inicial y para decidir qué terapeuta entrevistará a los pacientes. Ya en la sesión, se comienza con una discusión sobre un examen de los contextos y los significados que los pacientes le dan a su situación, se realiza entonces una discusión de sus ideas de por qué vinieron a terapia. Este proceso permite iniciar la conversación con los pacientes sin imponerles ninguna idea o hipótesis predeterminada. A medida que la entrevista avanza alrededor de la idea de venir a terapia, la conversación se mueve naturalmente hacia la discusión de los problemas tal como los definen las personas. Sin embargo el centro de la atención está puesto en los significados que la gente le da a las conductas “problemáticas” y en el lenguaje que utilizan en esta descripción. Así, el énfasis está en facilitar los nuevos significados de los pacientes; y a medida que estos surgen, la posibilidad de nuevas conductas también aumenta (Lax, 1991).

Cuando la conversación alcanza una pauta natural o conclusión, los miembros del equipo pueden comentar sobre la entrevista, introduciendo sus ideas. Después de estas reflexiones, el entrevistador hace las siguientes preguntas: “¿se le ocurrió algo mientras estaba escuchando?”,

“¿hubo algo más que usted hubiera incluido?” La última pregunta es especialmente importante porque los pacientes pueden haber comenzado a desarrollar una nueva historia de su situación y estar generando nuevas soluciones que no se pensaron antes de la entrevista. Al final de la entrevista se vuelve a las ideas originales del sistema al hacer preguntas sobre el futuro. Si hubiera más conversaciones en el futuro, los terapeutas y los pacientes tienen que pensar quién podría hablar con quién, sobre qué y de qué manera para facilitar la conversación terapéutica (Lax, 1991).

### *Alcances y limitaciones*

El equipo reflexivo representa una joven y valiosa herramienta para la terapia posmoderna y para otro tipo de contextos clínicos y no clínicos. Andersen (2005) proporciona algunos ejemplos de sus diversas aplicaciones:

- En supervisión, el entrevistador supervisado podría hablar con el supervisor, mientras otros supervisados escuchan la conversación.
- Podrían organizarse reuniones con el cuerpo médico en las que una mitad de sus miembros conversen sobre un tema determinado, mientras la otra mitad escucha y viceversa.
- Funcionarios administrativos podrían reunirse para discutir determinados temas.
- En la investigación cualitativa, el investigador podría hablar con un colega sobre sus datos y sus intentos de buscar algo en ellos. Luego los oyentes podrían expresar qué les hizo pensar la conversación, antes de que el investigador formule su propio comentario sobre lo que él escuchó.

En el contexto de la terapia familiar breve orientada a la solución, Selekman (2005) reporta una de las diversas aplicaciones del equipo reflexivo. Ya que en su trabajo ha impulsado la formación de equipos de reflexión integrados por pares, para el tratamiento de adolescentes pendeñeros. Con lo cual ha logrado cambios impresionantes tanto en las sesiones como fuera del contexto terapéutico, ya que capitaliza las fuerzas y los recursos del adolescente, sus familiares, los pares que se interesan por él y los profesionales involucrados pertenecientes a sistemas más amplios, buscando la rápida solución del problema presentado.

Así, el equipo reflexivo muestra ser un enfoque muy útil que se adapta y sirve para diferentes contextos y circunstancias, además de que la forma de organizarlo puede variar y adaptarse perfectamente a las necesidades de cada situación particular; por lo que es una herramienta muy flexible. Sin embargo, un aspecto que lo hace costoso; es que requiere de un grupo de personas dispuestas a involucrarse en procesos de reflexión. Este despliegue e inversión de recursos humanos es lo que hace que el equipo reflexivo sea un enfoque rico en perspectivas y voces, pero implica costos económicos y de tiempo. No obstante, el enfoque es tan noble que el número de personas que se requiere para implementarlo puede ser muy pequeño o muy extenso.

Una posible desventaja del equipo reflexivo es el poco conocimiento que las personas que asisten a terapia tienen de él. Por lo que al principio puede parecerles extraño y amenazante; sin embargo, la práctica muestra como la mayoría de las familias al saber de los beneficios que representa, y al haber vivido la experiencia de la escucha y la reflexión acceden a incluirlo en su terapia y aprenden a escuchar nuevas voces ajenas, pero sobre todo propias.

El equipo reflexivo es una herramienta que puede y debe nutrirse con la experiencia de quienes lo hemos utilizado en la práctica terapéutica, sus alcances y limitaciones a largo plazo aún están por descubrirse con los seguimientos y la sistematización de la experiencia de quienes hemos participado en experiencias de equipo reflexivo.

### **1.3.2. Enfoque Narrativo**

#### ***Antecedentes históricos y principales representantes***

La terapia narrativa surge principalmente en el contexto de un pensamiento postestructuralista, el cual critica la descripción de las personas en términos fundamentalistas o de mecanismos físicos y biológicos. Pero también retoma aspectos del construccionismo social, según el cual las narraciones que las personas hacen de sí mismas y de las situaciones que las rodean son el resultado de una co-construcción social, la cual es el resultado de las prácticas discursivas que las personas tienen en su localidad y gracias a las cuales se construyen y comparten los significados que a su vez dan sentido a la narrativa.

En esta terapia, la palabra narrativa se refiere tanto a los relatos que las personas se cuentan a sí mismas y a los demás acerca de sus vidas como al conocimiento experiencial y de primera mano de personas y comunidades al que los pensadores posmodernos asignan la misma legitimidad que al conocimiento científico. Así, desde la perspectiva posmoderna se asume que no son las descripciones de las teorías de la terapia lo que puede conocerse, sino la experiencia concreta, cotidiana y personal de nuestras vidas, que se expresa en las narrativas que nos contamos unos a otros. Según el posmodernismo, estas narrativas forman la matriz de conceptos y creencias a través de los cuales comprendemos nuestras vidas y el mundo donde éstas ocurren (Payne, 2002).

Los creadores del enfoque narrativo de terapia familiar, de pareja e individual; son Michael White y David Epston. Sin embargo, se puede decir que White, en quien se reconoce una fuerte influencia de los pensamientos de Foucault y de Bruner, es el terapeuta más representativo de este enfoque.

#### ***Principios básicos***

En el marco del pensamiento posmoderno, la psicoterapia es un proceso que consiste en desplazar el “discurso problemático” de la persona hacia otro discurso, más fluido, y en hacer posible una gama más amplia de interacciones (Lax, 1996). En este marco de referencia se entiende por qué para White su trabajo es un conjunto de prácticas en constante desarrollo colaborativo y no “un método para ser aprendido” (Payne, 2002).

Los trabajos sobre posmodernismo y el enfoque narrativo suelen centrarse en ideas vinculadas al texto y la narración, poniendo énfasis en la importancia de las perspectivas dialogales y múltiples, el autodescubrimiento, las configuraciones laterales versus las jerárquicas y especial atención en el proceso y no en los objetivos. En este enfoque, se conceptualiza a las familias como sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significado y organizadores del problema, y se estima que los problemas existen en un lenguaje y son mediatizados por él (Lax, 1996).

Así, el eje principal en el que White desarrolla su trabajo es la narrativa de las personas, es decir, su “*conocimiento local*”. En este sentido, el pensamiento posmoderno toma muy en serio la

forma en que las personas explican sus vidas y los significados que les atribuyen, por ello, la narrativa es la principal vía por la cual la vida de las personas cobra sentido, además, es precisamente por medio de los relatos locales que formamos nuestro sentido de identidad (Payne, 2002).

White distingue entre relatos o *narraciones “ralas o pobres”* y *narraciones “ricas”*. La terapia narrativa se centra en lo atípico, ya que por medio de lo poco común las personas pueden escapar de las historias que determinan sus vidas. En terapia, cuando las descripciones estereotipadas de la experiencia son reexaminadas en busca de nuevos detalles, se hacen menos influyentes, seguras y estables. De esta forma, la terapia narrativa fomenta la emergencia de narrativas ricas a partir de descripciones aisladas o incompatibles que no son consideradas erróneas sino muy pobres. En este aspecto, cobra especial relevancia la existencia de eventos extraordinarios en la narrativa de la persona, ya que es a través de ellos que los discursos dominantes abren paso a discursos alternativos más posibilitadores (Payne, 2002).

White y Epston prestan particular atención a la precisión lingüística porque el lenguaje puede distorsionar una experiencia que se está contando, o por el contrario, formularse conscientemente como herramienta terapéutica. Para ellos, una de las principales responsabilidades del terapeuta es ser consciente del lenguaje que usa, ya que como menciona White (como se cita en Payne, 2002) “la palabra es muy importante, en muchos sentidos la palabra es el mundo”.

En el enfoque narrativo se concibe la existencia de muchas voces en el interior de la persona, las cuales pueden coexistir al mismo tiempo y son representativas de la persona, convirtiéndose en sus muchos selfs. La existencia de múltiples selfs permite la creación de diálogos internos, la pregunta deja de ser ¿quién soy?, para convertirse en ¿quién quiero ser? y ¿cómo quiero que sean conmigo? Es la naturaleza dialógica de estas preguntas lo que cambia nuestro discurso con los otros (Penn y Frankfurt, 1994).

Sin embargo, las posibilidades y restricciones políticas, económicas, sociales y culturales fijan los límites de nuestras narraciones, y nuestra posibilidad de elección se da dentro de determinados contextos. El desarrollo de una narración es algo que hacemos conjuntamente con otras personas, es el proceso de definir quiénes somos, en interacción con los significados que otros perciben acerca de nosotros. Por lo tanto, se trata de un proceso recursivo (Lax, 1996).

Las ideas de discurso y reflexión son de fundamental importancia dentro de esta visión de las narraciones como procesos de co-construcción y cambio. El discurso nos remite a la conversación con otros y al mismo tiempo a un proceso social. La conversación se puede definir como toda interacción entre personas en las que hay cierto “espacio compartido” y cierta interacción mutua dentro de ese espacio. Por otro lado, la reflexión es “la capacidad de todo sistema de significación de volverse sobre sí mismo, de convertirse en su propio objeto refiriéndose a sí mismo”. Se trata del acto de convertirse en objeto de la propia observación. Por medio de conversaciones reflexivas en las que una persona hace de su conversación anterior un objeto de observación, uno cambia de discurso y, por lo tanto, de perspectiva (Lax, 1996).

Como otro elemento central del enfoque narrativo se encuentra el tema del poder. White (como se cita en Payne, 2002) evita utilizar un lenguaje que enmarque relaciones de poder o que sea patologizante, habla de personas en lugar de pacientes y evita hablar de “caso clínico” o “historia de

caso”, ya que “una palabra tan patologizadora y distante como “caso” no honra la confianza que muestra la gente que decide ir a terapia en un momento difícil de su vida. Sin embargo, cliente y terapeuta tienen una responsabilidad semejante dentro del proceso terapéutico (Lax, 1996).

### ***Meta terapéutica***

El punto de vista narrativo sostiene que el proceso de desarrollo de una historia acerca de la propia vida es lo que se convierte en base de toda identidad y cuestiona, por lo tanto, todo concepto del yo como unificado o estable (Lax, 1996). Por ello, cambiar la narrativa limitante o saturada del problema hacia una narrativa alternativa que permita reconstruir la identidad de la persona (pareja o familia) es la meta que se busca lograr en el modelo narrativo.

### ***Intervenciones***

Las sesiones en terapia narrativa no tienen una duración determinada, ya que White y su equipo pueden extenderse de 50 minutos hasta dos horas, ya sea en terapia individual, de pareja o familiar. El intervalo entre sesiones es variable y algunas herramientas como los “testimonios externos” o los documentos terapéuticos” pueden reducir la duración de la terapia.

Como muchas otras terapias, la terapia narrativa comienza escuchando el relato de una persona (pareja o familia), el cual con frecuencia se encuentra lleno de frustración, desesperación y dolor. Para White, estas narraciones son “*descripciones saturadas del problema*”. Las descripciones saturadas del problema o ralas, encarnan el relato dominante de la vida de una persona. A través de las preguntas que hace el terapeuta y las respuestas que emite la persona, ambos hacen acopio de los recuerdos y experiencias que serán la base de la terapia (Payne, 2002).

En el transcurso de la terapia el terapeuta invitará a la persona a expandir su narrativa inicial y a poner un nombre específico a su problema o dificultad, este nombre puede ser una frase corta o una palabra. El “*bautizar el problema*” añade énfasis y concreción, permite a la persona sentir que controla su problema y posibilita la “*externalización*”, con la cual es posible transmitirle a la persona que el problema tiene efectos sobre su vida en lugar de ser parte de ella. Así, el objetivo de la externalización es ayudar a la persona a distanciarse de sus problemas y a concebirlas como producto de las circunstancias y los procesos interpersonales y no de su “personalidad”. Sin embargo, White no emplea la externalización para referirse a situaciones perjudiciales o abusivas: abuso sexual, violencia, alcoholismo y drogadicción (Payne, 2002).

La externalización puede ser considerada como un contradiscurso que lucha contra la internalización del problema, la cual a su vez se cobija bajo discursos dominantes patologizadores que caracterizan la época de la modernidad. La externalización es una oportunidad para que las personas separen el problema de su identidad, y puedan actuar contra algo que no forma parte de ellos, sino que por el contrario, es externo. En este proceso, la construcción e internalización de “discursos alternativos” puede ser considerada como una herramienta externalizante de los discursos dominantes que patologizan a las personas y sociedades (Epston, 1998).

Otro de los aspectos que forman parte de la terapia narrativa trata de examinar las paradojas del poder social, ya que esto puede ayudar a las personas a librarse de la culpa y la autocensura, y se reconoce que la terapia misma puede ser nociva si se basa en relaciones de poder tácitas.

La herramienta principal del enfoque narrativo es la conversación, el tipo de conversaciones desarrolladas son:

1. Conversaciones externalizantes: con las cuales se busca dejar claro que la persona no es el problema y que las historias no son de una vez y para siempre. Aquí, las preguntas apuntan a dos tipos de descripción:

- La influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona
- La influencia que la persona ha tenido y tiene en “la vida del problema”

Al hacer estas *preguntas de influencia relativa*, la persona comenzará a describir escenas olvidadas y descripciones más ricas, las cuales serán focalizadas y estudiadas a detalle.

2. Conversaciones de reautoría: buscan la descripción de *eventos extraordinarios* que amplíen el panorama de acción y que lleven a la persona a pensar qué implicaciones tiene el problema en su vida, con lo que se busca ampliar el panorama de su identidad. El terapeuta, por medio de preguntas, invita a la persona a explayarse sobre las circunstancias y naturaleza de estos eventos extraordinarios, con lo que se hace posible que la descripción alternativa se fortalezca en lugar de disolverse, así la persona escribe una historia más rica y sienta las bases para el cambio.
3. Conversaciones de remembranza: buscan asistir a la persona en la construcción y enriquecimiento del relato que ha empezado a “escribir” con su vida. Para ello, White ha enfatizado la importancia de que la persona que narra y vuelve a narrar tenga un “*público*”: amigos, compañero, familiares, terapeutas, etc. Estos “*testigos externos*” pueden compartir sus propios recuerdos con la persona para reforzar su relato. Con estos testigos externos, White organiza “ceremonias de remembranza” en las que el paciente puede integrarse o reintegrarse a un grupo y decidir quiénes formarán parte de su “*club de vida*”.
4. Ceremonias de definición: requieren de la presencia física o simbólica de testigos, como en los equipos reflexivos, donde un grupo de personas reconocen y autentifican afirmaciones de las personas acerca de sus historias e identidades. De acuerdo con Myerhoff (como se cita en White, 2002a) estas ceremonias de definición, abordan los problemas de la invisibilidad y la marginalidad, son estrategias que le brindan a cada individuo oportunidades para ser visto en sus propios términos, reuniendo a testigos de su existencia, su mérito y su vitalidad.

Para el enfoque narrativo, añadir la escritura (diarios, cartas, etc.) a la conversación acelera el descubrimiento de nuevas voces y de nuevas narrativas, la utilización de este “*texto participante*” promueve una integración a través de la localización de nuevas voces, que generan nuevas conversaciones tanto dentro como fuera de la sesión (Penn y Frankfurt, 1994). Además, de acuerdo con Bruner (como se cita en Penn y Frankfurt, 1994) las narrativas dependen de un desarrollo secuencial a lo largo del tiempo. Los eventos que ocurrieron en un primer momento, son narrados en un segundo momento y escritos en un tercero. En cada momento el escritor reconstruye y reexperimenta estos eventos.

Además del texto participante, el terapeuta puede utilizar otros documentos escritos de su propia autoría o creados por la persona que consulta, estos “*contradocumentos*”, situados en el campo de los conocimientos populares alternativos, tienen la capacidad de redescubrir y especificar a la persona de una forma tal que destaca sus conocimientos especiales y su competencia, así como su

lugar en la comunidad (rituales de inclusión). Estos documentos tienen como finalidad la inclusión de pacientes y la certificación de sus capacidades, recursos y logros. Para ello se proponen certificados, declaraciones, memorandos, cartas, declaraciones, listas, ensayos, contratos y autocertificados, como recursos narrativos (White y Epston, 1993).

En problemas específicos como el abuso, White se opone a la idea de revivir el trauma y propone a la terapia como el espacio en el que las personas se descubren situadas en territorios alternativos de sus vidas, lo que les permite tomar contacto con relatos más positivos acerca de su identidad, lo que a su vez los lleva a significados diferentes del abuso. El nombrar y hablar del abuso en forma específica y contextualizarlo brinda nuevas oportunidades para su reinterpretación y para la desconstrucción de los relatos de identidad negativos. White utiliza la “migración de identidad”, gracias a la cual todas las sensaciones de desesperación, temor e incertidumbre que se dan al abandonar una relación violenta son entendidas como parte de una migración en la que hay cierta distancia entre el punto de separación del contexto abusivo y el punto de arribo a alguna ubicación preferida en la vida y a algún relato alternativo y más favorable para la identidad. White utiliza el trazado de un mapa que indique el camino hacia la migración de identidad, e inclusive pide a la persona que se ubique en un punto en esa travesía, con lo que sentirse peor es invariablemente interpretado como progreso y no como retroceso. Es importante planear una celebración para el momento de arribo y armar un equipo de apoyo (White, 2002a).

A personas que tienen experiencias psicóticas, White les ayuda a revisar su relación con sus voces, lo que busca es des-autorizar esas voces que se presentan en la esquizofrenia, al poner en evidencia los propósitos de las voces, es posible que las personas revisen su relación con éstas; ya que el objetivo no es liberarse de las voces hostiles, sino ayudar a la gente a revisar su relación con ellas, para que su grado de influencia en la vida de la persona disminuya. White ayuda a las personas a diferenciar las voces amigables de las voces hostiles, y a desarrollar una alianza con las voces alentadoras hasta el punto en que éstas llegan a convertirse en una especie de amigo invisible. White utiliza una metáfora “de transición”, ésta es la metáfora del “rito de pasaje” en la cual hay tres fases: la de “separación”, la de “ni lo uno ni lo otro” y la de “reincorporación”. Con esta metáfora logra que las personas entiendan de manera diferente su hospitalización, ya que la asocian con la fase de “ni lo uno ni lo otro”, por lo que entienden como natural sus sentimientos de confusión y desorientación; y por lo tanto la hospitalización es comprendida como una oportunidad de revisar la propia vida, ya no es un retroceso sino algo inevitable en el proceso de trasladarse a un nuevo lugar.

En la terapia narrativa con niños se utiliza un lenguaje externalizador, que permite un enfoque desenfocado de lo que normalmente se considera un asunto grave. Lo lúdico entra en la terapia familiar cuando se narra la relación entre un niño y un problema; y cuando adultos y niños colaboran activamente, el juego es un amigo mutuo que incita a los niños a aportar sus recursos para influir en los problemas y a hacer su propia y exclusiva aportación a la terapia familiar. Los planteamientos lúdicos de la terapia narrativa alejan el centro de atención del niño como problema, para fijarlo en la relación entre niño y problema de una forma que resulte significativa para los adultos y divertida para los niños (Freeman, Epston y Lobovits, 2001).

Finalmente, para el enfoque narrativo es importante que la persona asuma una postura, ya sea que decida dejarse dominar por el relato saturado del problema o bien, que tome en cuenta el relato de mayor riqueza que el terapeuta le ha animado a contar. A medida que el paciente comienza a ver más claramente estas dos posibilidades y a considerarlas opciones genuinas, invariablemente elige la

segunda (Tomm, 2004). La terapia termina cuando la persona decide que su relato de sí misma es suficientemente rico para abarcar su futuro, lo que demuestra que pudo reconstruir su identidad. La última sesión es una celebración. La persona puede invitar a otras personas significativas a compartir su experiencia y es posible que se le haga entrega de un certificado terapéutico (Payne, 2002).

En relación a la práctica del terapeuta narrativo, White considera la “*ética de la colaboración*”, ya que es la práctica que ayuda a los terapeutas a salir del desaliento y fortalecer su trabajo y sus vidas. Además, la centralidad del terapeuta establece las condiciones que favorecen la vulnerabilidad al burnout, por lo que las “*prácticas descentradas*” son muy fortalecedoras y ofrecen al terapeuta la oportunidad de pensar de una manera diferente a la habitual (White, 2002b).

### ***Alcances y limitaciones***

La terapia narrativa es un enfoque sumamente útil en diversas problemáticas individuales, de pareja y familiares. Hace importantes aportes al tratamiento de pacientes psiquiátricos, personas que han sufrido abuso y niños; en cuyos casos trata de separar la etiqueta patologizante con la que carga la persona y que muchas veces se percibe por los demás como inherente a ella; para reconstruir su identidad de forma tal que sea posible recordarlo en su familia, comunidad y grupo social. En este sentido, este enfoque tiene fuertes implicaciones en cuanto a la sociedad y cultura, ya que al cuestionar los discursos dominantes que permiten la exclusión de las personas, atenta contra una serie de normas implícitas (y algunas explícitas) acerca de quienes son normales o sanos y quienes son anormales o enfermos.

Debido a que este enfoque surge de un pensamiento post estructuralista, rompe con una serie de ideas y tradiciones positivistas, y ha sido enmarcado en una tendencia posmoderna de la terapia familiar. Es un enfoque que respeta a los seres humanos y deja de considerarlos como “sujetos” para tratarlos como personas, en un contexto donde se dejan de lado las jerarquías y se empieza a compartir la responsabilidad de un proceso terapéutico, que a su vez puede considerarse no sólo como el producto de la co-construcción entre terapeuta y consultante, sino como una construcción social.

Una posible desventaja de este enfoque es que no se trata de un enfoque breve, por lo que requiere mayor inversión de tiempo, al desarrollar procesos más largos para lograr sus objetivos. Sin embargo, los resultados suelen ser altamente significativos y satisfactorios para las personas, quienes verdaderamente transforman su identidad, sus significados y su mundo; y quienes además tienen una fuerte influencia en la vida personal y profesional de los terapeutas. Se trata de un enfoque en el que tanto los terapeutas como los consultantes construyen nuevas realidades para sí mismos y para quienes los rodean.

### **1.3.3. Enfoque Colaborativo**

#### ***Antecedentes históricos y principales representantes***

El enfoque colaborativo es un enfoque interpretativo y hermenéutico para entender la terapia. Al igual que el enfoque narrativo, concibe a las personas como seres generadores de significado y destaca que los significados los crean y experimentan los individuos que conversan. La terapia colaborativa se inserta en un pensamiento posmoderno y constructorista, pone especial énfasis en

el lenguaje y la narrativa; y se apoya fuertemente en la idea de que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo (Anderson y Goolishian, 1996).

Son precisamente Harlene Anderson y Harold Goolishian los creadores del enfoque colaborativo, aunque tras la muerte de Goolishian, en 1991; es Anderson quien ha desarrollado y escrito más en relación al enfoque. En el planteamiento del enfoque colaborativo se refleja la influencia de los psicólogos sociales Gergen y Shotter en el pensamiento de Anderson. Esto queda claro en una de las ideas principales de este enfoque, la cual plantea que el significado y la comprensión los construyen socialmente las personas en la conversación. Así, la acción humana tiene lugar dentro de una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo. Estas realidades narrativas construidas socialmente dan sentido y organización a la propia experiencia (Anderson y Goolishian, 1996).

Como menciona Anderson (1999) su enfoque se ha desarrollado en el fluir de innumerables conversaciones terapéuticas y conversaciones acerca de la terapia mantenidas durante años con clientes, colegas, estudiantes y consigo misma en un intento de describir y explicar nuestras experiencias a otros y a nosotros mismos. Los aspectos centrales de su terapia son: lenguaje, conversación y relación. El pensamiento posmoderno ha sido el punto de partida del trabajo de Anderson, y su enfoque también ha sido conocido como el enfoque colaborativo de los sistemas de lenguaje.

Anderson hace mención a dos senderos posmodernos, uno de los cuales lleva al paisaje de “lo ya dicho”, es decir, la existencia y el efecto de los discursos, narrativas y convenciones culturales; mientras que el otro lleva al paisaje de “lo todavía no dicho” o la novedad que ocurre en el diálogo. Es precisamente este último paisaje el que sirve como punto central en la base conceptual del “*enfoque de los sistemas de lenguaje colaborativos*”.

### ***Principios básicos***

Según esta perspectiva, la gente vive, y entiende su vida a través de realidades narrativas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan. Anderson y Goolishian (1996) mencionan las siguientes premisas de este enfoque basado en la ignorancia, entendida ésta como una genuina curiosidad:

1. Los sistemas humanos son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores de significado. Todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y quienes mejor pueden describirlos son los individuos que participan en ellos, y no los observadores externos y “objetivos”. *El sistema terapéutico es uno de esos sistemas lingüísticos.*
2. El significado y la comprensión se construyen socialmente. No accedemos al significado ni a la comprensión si no tenemos acción comunicativa. Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal.
3. En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto “problema”. El sistema terapéutico es un sistema de organización y disolución del problema.
4. La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de lo que llamamos conversación terapéutica. La conversación terapéutica es una búsqueda y una exploración mutuas en donde los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la “*di-solución*” de los

problemas, es decir, hacia la disolución del sistema terapéutico y, por ende, del sistema de organización y disolución del problema.

5. El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación, cuya pericia se manifiesta en el campo de la creación de un espacio que facilite la conversación dialogal. El terapeuta es un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica.
6. El terapeuta ejercita ese arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales o terapéuticas. Es decir, el terapeuta ejercita una pericia en la formulación de preguntas desde una posición de “*ignorancia*”, en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas.
7. Los problemas son acciones que expresan nuestras narraciones de tal forma que disminuyen nuestro sentido de mediación y de liberación personal. En este sentido, los problemas existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.
8. El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración, y por lo tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. Vivimos en y a través de las identidades narrativas que desarrollamos en la conversación.

Estas premisas ponen énfasis en el papel del lenguaje, la conversación, el yo y el relato; en la medida en que influyen sobre la teoría y el trabajo clínico. Por su parte, la ignorancia requiere que nuestra comprensión y nuestras interpretaciones no estén limitadas por el conocimiento, las experiencias previas o ciertas “*verdades teóricas*”. Además, el enfoque colaborativo se caracteriza por una postura filosófica que matiza la posición, la pericia, y la responsabilidad del terapeuta. Anderson (1999) menciona las características de esta postura filosófica:

- Cliente y terapeuta son compañeros en un diálogo y ambos son expertos, el cliente lo es en el área del contenido (las experiencias vitales que lo han traído a la relación terapéutica). El terapeuta es experto en el área del proceso, es decir, en participar con el cliente en un proceso dialógico de narrativa en primera persona.
- El terapeuta no es más que uno de muchos autores de narrativas todavía no contadas. Participa como un consultor que facilita e indaga, y promueve un proceso que mantiene a todas las voces en movimiento y contribuyendo.
- Hay que dejar claro lo que los terapeutas colaborativos no son:
  1. Los terapeutas no son editores de narrativas, su tarea consiste en hacer que el cliente cuente su propia historia, con el objetivo de resolver el dilema planteado por la narrativa del cliente y, de esa manera, cambiar la narrativa.
  2. Los terapeutas no son tablas rasas ni pantallas en blanco y al igual que los clientes, traen a la terapia su saber y experiencias previas.
  3. Los terapeutas no son negociadores o árbitros de diferencias.
  4. Los terapeutas no son detectives que descubren la verdad.
  5. Los terapeutas no son interventores, ni tampoco son pasivos, más bien forman parte de un sistema de influencia mutua.
- La terapia permite el desarrollo y la utilización del estilo personal del terapeuta.
- El terapeuta puede considerarse como un invitado que visita a los clientes por un breve momento, que participa en una pequeña porción de su vida y que flota dentro y fuera de las conversaciones continuas y cambiantes que ellos tienen con otros.
- En un proceso de influencia mutua donde el cambio es la consecuencia natural del diálogo, el terapeuta está tan sujeto a cambiar como el cliente.

- Conciencia, cuestionamiento y reflexión se combinan en un proceso de investigación y aprendizaje en la práctica cotidiana, que transforma al terapeuta como profesional y como persona. Lo que aprende y cómo lo aprende es un proceso fluido, interactivo y construido socialmente.
- El terapeuta colaborativo está dispuesto a revelar, a compartir sus diálogos y monólogos internos, sus pensamientos, prejuicios, especulaciones, interrogantes, opiniones, temores; y a aceptar realimentación, evaluación y crítica.
- Cuando un terapeuta invita a un cliente a colaborar, la responsabilidad se hace compartida. Cuando el terapeuta asume la postura filosófica reflexiva, el dualismo y la jerarquía entre terapeuta y cliente colapsan, y la responsabilidad se comparte.
- A los clientes no les resulta difícil relacionarse en forma colaborativa, e incluso la solicitan.
- El escenario para la colaboración tiene que establecerse en el contrato inicial y ser mantenido a lo largo de la relación. La postura no es una técnica, una estrategia o una teoría, pero sí es intencional.

Ahora bien, un proceso dialógico incluye seis componentes interrelacionados, simultáneos, superpuestos y secuenciales. Todos ellos subordinados a la postura filosófica:

- El terapeuta participa en y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo.
- El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente.
- El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo. El proceso dialógico externo incrementa la capacidad del cliente para involucrarse en un diálogo interno más que en un monólogo.
- Los clientes participan en diálogos externos entre sí.
- El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio, una conversación lleva a otra.

El enfoque colaborativo cuenta además con los siguientes postulados principales:

- Las familias y yo (terapeuta) compartimos más similitudes que diferencias como seres humanos.
- Los clientes son gente común y corriente, peor que se encuentra en situaciones difíciles, son personas que han buscado, pero que no han encontrado una solución a lo que están viviendo.
- Los clientes están en un dilema que no solucionan porque la conversación necesaria para su solución no ha ocurrido.
- Las personas tienen más experiencia y recursos de lo que sus actuales narrativas muestran.
- Las personas y sus familias no quieren hacerse daño.
- No se puede entender el significado del lenguaje hasta que se hable con el otro sobre ello.
- El cambio siempre es posible.

### ***Meta terapéutica***

Para el enfoque colaborativo los problemas se construyen en el lenguaje y en el diálogo, y es en la conversación terapéutica que se disuelven. Por ello, el cambio en el relato y en la autonarración es una consecuencia inherente del diálogo terapéutico. (Anderson y Goolishian, 1996). De esta forma, el enfoque colaborativo no busca dar dirección a la terapia, más bien confía en el proceso de la

conversación, ya que el cambio se da como consecuencia de ésta, de los sistemas de lenguaje colaborativo y del diálogo.

La tarea del terapeuta es convertirse en un experto en formular preguntas acerca de las historias que se cuentan en terapia, de tal modo que las preguntas se vinculen con las razones de la consulta. Para lograr este objetivo es preciso que el terapeuta se mantenga atento al desarrollo del lenguaje del cliente y entienda dentro de él la narración y las metáforas específicas del problema.

### ***Intervenciones***

Existe una discusión sobre la “intervención” y la “no intervención”, que respalda diferentes modelos y etapas en el desarrollo de la terapia familiar. Los modelos posmodernos, basados en postulados que buscan ser más respetuosos con los consultantes, no pretenden “intervenir” en una forma directiva, sino colaborar y conversar con el paciente para que éste encuentre nuevos significados y vea otras alternativas que le permitan sentirse mejor (Anderson y Goolishian, 1992).

La principal forma en la que se interviene desde el enfoque colaborativo es la conversación terapéutica, la cual se refiere a una empresa en la que está en juego una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del diálogo acerca de los “problemas”. Entonces, la terapia y por ende la conversación terapéutica, implican un proceso de participación conjunta. Cada persona habla con el otro y a medida que el diálogo se desenvuelve, se crea la nueva narración, la narración de las historias “aún no contadas” (Anderson y Goolishian, 1996).

Para lograr una conversación terapéutica el terapeuta debe adoptar una posición de ignorancia (curiosidad genuina), en donde las acciones y las actitudes del terapeuta expresen la necesidad de saber más acerca de lo que se ha dicho, y no transmiten opiniones y expectativas preconcebidas acerca del cliente, el problema o lo que deba cambiarse. Por ello, la *pregunta terapéutica o conversacional* es la herramienta más importante y el medio por el cual se mantiene en camino hacia la comprensión. Las preguntas terapéuticas surgen siempre de una necesidad de saber más acerca de lo que acaba de decirse. El objetivo es permitir al cliente cuestionar la gama de comprensión del terapeuta (Anderson y Goolishian, 1996).

El proceso de la formulación de preguntas nacidas de la posición de “ignorancia” da como resultado el desarrollo de una comprensión construida localmente (dialogalmente) y de un vocabulario local (dialogal). El término “local” se refiere al lenguaje, el significado y la comprensión que se desarrollan entre las personas en el diálogo, y no a las sensibilidades culturales ampliamente compartidas. A través de la comprensión local es como uno explica íntimamente los recuerdos, las percepciones y los relatos. Por medio de este proceso se mantiene abierto el espacio para la continuidad de una narración nueva con nuevos relatos; y con ello, para el nuevo futuro.

La ignorancia o postura de no saber alude a la actitud y creencia del terapeuta de que él no tiene acceso a una información privilegiada, que nunca puede comprender plenamente a otra persona, que necesita mantenerse en un estado de ser informado por el otro y de aprender más sobre lo que se ha dicho o puede no haberse dicho (Anderson, 1999). El no saber incluye varios aspectos:

- Incertidumbre: voluntad de dudar y voluntad de arriesgar.
- Humildad: interés en aprender lo que un cliente tiene que decir en lugar de buscar validar el propio conocimiento.

- Los requisitos del no saber: el terapeuta debe ser un experto en no basar sus comprensiones e interpretaciones en conocimientos previos.

Anderson (1999) identifica seis rasgos entrelazados del no saber que sirven como guía para las conversaciones dialógicas y las relaciones colaborativas:

1. Confiar y creer: se refiere a la necesidad que tienen los clientes de que se confíe en ellos y se les crea.
2. Hacer preguntas conversacionales: preguntas elaboradas desde la posición de no saber, lo que permite expresar interés y curiosidad por el cliente, preguntas que se formulan desde dentro y no desde fuera de la conversación local.
3. Escuchar y responder: para los clientes es muy importante y desean ser escuchados (atender, interactuar con, responder a, y tratar de aprender acerca de la historia del cliente y su importancia percibida) y oídos (lo que implica una elaboración de comprensiones, un esfuerzo interactivo por alcanzar un significado compartido, que ocurre cuando dos o más personas intentan llegar a una comprensión mutua de algo). Escuchar y oír van de la mano y no pueden ser separados.
4. Mantener coherencia: se refiere a dar la oportunidad a los clientes para que sean ellos quienes cuenten sus historias, por esto es importante que el terapeuta mantenga la curiosidad en relación a lo que el cliente quiere contar. Esto implica trabajar con la realidad del cliente, es decir con su lenguaje, su vocabulario y sus metáforas.
5. Mantener la sincronía: significa tener paciencia e interés, así como ser capaces de sincronizarnos con el ritmo del paciente.
6. Honrar la historia del cliente: esto es tomar en serio al cliente y su historia, así como convalidarlos.

Finalmente, describo algunas de las cosas que Anderson hace como parte de su enfoque:

- Utiliza un lenguaje colectivo y cooperativo, lo que a su vez ayuda a que los clientes vean quienes más están involucrados en la situación difícil o quiénes forman parte de una posible red de apoyo.
- Corroborar si ha entendido correctamente cuál es la agenda de los clientes y se deja guiar por ella.
- Invierte mucho tiempo en la escucha y obtiene mucha información, pero hace poca o nula interpretación de ésta; más bien da opciones, abre posibilidades sin que haga “preguntas de opción múltiple”.
- Busca lo que para los clientes es más importante de conversar en esta sesión y lo corrobora a lo largo de la entrevista.
- Corroborar que ha entendido de forma correcta lo que los clientes quieren decir.
- Las preguntas que emplea no orientan la conversación ni determinan su curso, sino que aclaran los contenidos y facilitan el proceso.
- Repasa y regresa a aspectos que los clientes han comentado en la entrevista.
- Explora el contexto de la situación difícil y sus implicaciones en el ámbito familiar, comunitario y social; así como las posturas de las personas relacionadas.
- Conserva una postura de curiosidad que le permite explorar los temas importantes para los clientes, así como sus herramientas y temores a la hora de enfrentarlos.

- Distingue la postura de los clientes de la de los otros implicados en la situación, y ayuda a aclarar el pensamiento y creencias de los clientes.
- No busca ni enfatiza, pero tampoco omite o impide la expresión de sentimientos y emociones.

### ***Alcances y limitaciones***

El enfoque colaborativo se caracteriza por respetar (en el sentido más amplio de la palabra) a la persona (cliente), por lo que en las sesiones abarca sólo los temas que son importantes para ésta (no hay temas irrelevantes), sin tratar de imponer la agenda del terapeuta o sus propios intereses y objetivos. Cada entrevista se vive como si fuera la última y por ello a cada sesión se le pone principio y fin. Así da la posibilidad de que el cliente concluya el proceso de la terapia en el momento en que así lo decida, sin quedarse con la sensación de dejar trabajo pendiente o inconcluso.

Gracias a que para este enfoque no hay temas irrelevantes, ha sido utilizado para atender diversas problemáticas y ha demostrado gran utilidad, aún con un número reducido de sesiones, o con sesiones muy espaciadas entre sí. Sin embargo, al igual que el enfoque narrativo puede requerir de mayor tiempo que los modelos breves y por ello sus costos tanto económicos como de tiempo se pueden incrementar. Sin embargo, la decisión en cuanto a la duración del proceso terapéutico está en manos del cliente.

Para el Dr. Pablo Fernández dos conceptos útiles desde el marco de la psicología social son la *elegancia* y la *estética*. Este autor define como elegante una postura que “deja ver sin estorbar, es limpia y transparente”, y como estética a aquella postura “paciente y silenciosa”, que se fija en los detalles más sutiles y encuentra hermoso algo que a primera vista no lo parece. En este sentido, el enfoque colaborativo es el colmo de la elegancia y la estética.

### ***Similitudes y diferencias entre el enfoque narrativo y el colaborativo***

Ambos enfoques, narrativo y colaborativo reconocen al lenguaje y sus significados como producto de una construcción social. En este contexto el yo es relacional y no cuenta con verdades esenciales, sino con la construcción local a partir de una multiplicidad de voces. Para ambos enfoques el problema y su solución o disolución están en el lenguaje y el terapeuta es entonces experto en conversar, mientras que el cliente es experto en su vida y en lo que pasa. Lo importante es lo que pasa aquí, es decir lo local. Finalmente, aunque en ambos enfoques se busca una relación no jerárquica, en el enfoque narrativo el terapeuta sigue su agenda y es posible que esto en sí denote una postura diferente de poder entre el consultante y el terapeuta.

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

#### **1. APORTACIONES TEÓRICAS**

##### **1.1. Las Diferentes Caras de la Violencia: El Rostro Femenino**

###### **El concepto de violencia y sus diversos actores**

De acuerdo con Trujano y Limón (2005), la violencia en el mundo representa un severo problema difícil de erradicar debido, entre otras razones, a sus múltiples manifestaciones como fenómeno; y es que en el mundo contemporáneo, la violencia está presente en casi todas las prácticas humanas debido a que se trata de un fenómeno de muy amplio espectro.

Por su parte, Corsi (1995) comenta que la raíz etimológica del término “violencia” remite al concepto de fuerza y se asocia con términos como violentar, violar o forzar, por lo que implica el uso de la fuerza para ocasionar un daño. Por ello la violencia se relaciona con una forma de ejercicio de poder y con la manera en que se configura dentro de los diferentes escenarios históricos y culturales que la contextualizan.

Para Loketer (1997) violencia se refiere a todo intercambio relacional en el que un miembro ubica al otro en una posición o lugar no deseado. Y para Trujano y Limón (2005), la conducta violenta se considera posible en un marco de desequilibrio de poder, sea éste permanente o momentáneo. En este sentido, el adulto masculino es quien con mayor frecuencia ejerce la violencia y entre los diversos tipos de violencia, podría decirse que el más estudiado es el basado en género, es decir, el dirigido hacia las mujeres, y hacia los niños y niñas. Sin embargo, también los hombres llegan a sufrir violencia y las mujeres llegan a ejercerla en contra de ellos, de otras mujeres y de sus propios hijos.

Queda claro entonces, que la violencia no se presenta solamente en las relaciones de pareja, en las que la violencia más común es la basada en el género, sino en todo tipo de relaciones humanas, es decir, es posible hablar de la violencia entre hermanos o hermanas, de padre o madre hacia sus hijos, de hijos o hijas hacia sus progenitores, entre otras.

Por ello, como proponen Trujano y Limón (2005) es importante contemplar el fenómeno de la violencia desde una perspectiva más amplia, en donde su ejercicio pueda ser entendido como un fenómeno capaz de trascender los estereotipos y las “verdades definitivas”, ya que se trata de una práctica generalmente oculta, que podría permitirnos identificar los contextos culturales acerca de su uso.

###### **Premisas sistémicas de la violencia**

En cuanto al inicio y desarrollo del acto violento, Szwarsstein (1997) explica que la violencia verbal o física emerge en momentos en que los que participan en las relaciones necesitan ser reconfirmados en su identidad y no lo están. Son momentos de escalada en los que la negociación a nivel verbal no es posible, la palabra del otro no es creíble, surge entonces el acto violento.

Perrone y Nannini (1997) proponen cuatro premisas básicas de la violencia, las cuales nos sitúan en una perspectiva sistémica donde se reconoce la participación de cada persona en el funcionamiento del sistema y se considera que cada uno tiene que hacerse y pensarse responsable de sus propios comportamientos. He aquí las premisas:

1. La violencia no es un fenómeno individual sino la manifestación de un fenómeno interaccional, puesto que es el resultado de un proceso de comunicación particular entre dos o más personas.
2. Todos cuantos participan en una interacción se hallan implicados y son, por lo tanto, responsables (interaccional y no legalmente hablando).
3. En principio debe darse por sentado que todo individuo adulto, con capacidad suficiente para vivir de modo autónomo, es el garante de su propia seguridad. Si no asume esta responsabilidad organiza y alimenta una interacción de carácter violento. La responsabilidad de cada uno consiste en no ser víctima ni verdugo.
4. Cualquier individuo puede llegar a ser violento, con diferentes modalidades o manifestaciones. La violencia y la no violencia, más que estados opuestos y excluyentes, corresponden a una situación de equilibrio inestable en un mismo individuo.

Por su parte, Navarro y Pereira (2000) mencionan los siguientes presupuestos de la violencia para el caso específico de las parejas:

- La violencia es algo que se construye entre los actores de la situación, sin que esto signifique que tengan igual responsabilidad.
- La violencia se construye siguiendo un patrón circular que se alimenta a sí mismo.
- Para finalizar la violencia es preciso que ambos integrantes de la pareja hagan algo diferente, ya que la finalización de la violencia se concibe como un cambio de patrón interaccional y no como el cambio de la conducta de una persona.

### **La interacción violenta: violencia-agresión y violencia-castigo**

De acuerdo con Perrone y Nannini (1997) la violencia como forma de interacción se manifiesta en dos modalidades:

1. La violencia agresión: se encuentra entre personas vinculadas por una relación de tipo simétrica o igualitaria. La violencia se manifiesta por un intercambio de golpes en el que tanto uno como otro reivindican su pertenencia a un mismo status de fuerza y de poder. La escalada simétrica desemboca en una agresión mutua tras la cual suele haber un paréntesis de complementariedad que se conoce como “pausa complementaria” y gracias a ella el juego puede reanudarse sin fin.
2. La violencia castigo: tiene lugar entre personas implicadas en una relación de tipo complementaria o desigualitaria. Cuando se trata de violencia castigo entre adultos, se observa que quien controla la relación le impone el castigo al otro mediante golpes, privaciones o humillaciones. En la violencia castigo no hay pausa, el actor emisor considera que debe comportarse así y el actor receptor está convencido de que tiene que conformarse con la vida que le imponen. Esta violencia permanece escondida, y toma un carácter íntimo y secreto.

Independientemente de si hablamos de violencia-agresión o violencia-castigo, la violencia tiene un carácter repetitivo y hasta estereotipado de las secuencias en las que emerge. Dicho de otro modo, los actores construyen un marco relacional que luego los atrapa, este “consenso implícito rígido” lleva en su interior determinados mensajes verbales o no-verbales que desencadenan el acto violento.

Con el consenso implícito rígido la noción de límite o frontera se modifica. Define todo lo que se puede hacer “con excepción de...”, como es evidente, esa manera de establecer límites tiene consecuencias paradójicas, porque equivale a admitir todo lo demás: “puedes pegarme en casa, pero no afuera”, simultáneamente prohíbe y otorga permiso para pegar. Así, en los casos de violencia los límites y las prohibiciones siempre están planteados de modo paradójico y establecen más posibilidades que imposibilidades, más consentimientos que negativas. Este acuerdo o contrato comprende tres aspectos:

1. Aspecto espacial: es el territorio donde se admite la violencia, el lugar donde se desarrolla la interacción violenta.
2. Aspecto temporal: se refiere al momento en el que se desencadena la interacción y la cronología de los hechos está determinada porque existe una especie de predefinición del tiempo en el que la violencia es posible.
3. Aspecto temático: se refiere a los acontecimientos, circunstancias o contenidos de comunicación que desencadenan que se produzca sistemáticamente una disputa e irrumpe la violencia.

Sin embargo, el consenso implícito rígido es frágil en su estructura y un simple cambio en los aspectos espacial, temporal o temático modifica la aceptación del consenso implícito rígido, que entonces pierde su rigidez. Cuando uno sobrepasa el límite, el otro se permite romper el consenso.

Algunos mensajes puntuales analógicos o digitales funcionan como activaciones simétricas en el seno de las relaciones complementarias, y como activaciones complementarias en el seno de las relaciones simétricas. Estos fenómenos pueden ser analizados desde un punto de vista comunicacional, ya que los mensajes, ya sean reales o alucinados desencadenan la respuesta violenta. Entonces, es importante detectar las activaciones puntuales, porque para los actores constituyen la justificación de sus comportamientos violentos. Por un lado, muestran el “hilo conductor” de quien ejerce la violencia y por otro brindan la ocasión de echar luz sobre el sistema de justificación que los constriñe y los condena a producir actos violentos.

### **Predictores de la violencia**

Algunos predictores de la violencia mencionados por Navarro y Pereira (2000) son:

- Observación de agresiones parentales o ser objeto de la agresión parental.
- Altos niveles de estrés cotidiano.
- Abuso de alcohol.
- Estilo de interacción negativa con la pareja.
- Actitud positiva hacia el maltrato físico.
- Pertenencia a una clase social baja.
- Aislamiento social significativo.

- Tensión reiterada y falta de un ambiente cálido en la familia.

En resumen, las personas que están bajo un fuerte estrés cotidiano, que tienen falta de confianza en sí mismos, que por lo general interactúan agresivamente, que no tienen habilidades para la asertividad y para solucionar problemas, están en alto riesgo de enrolarse en agresiones físicas. Cabe mencionar que en cuanto a la clase socioeconómica baja como predictor de violencia, éste debe tomarse con cautela, ya que como se ha mencionado, la violencia es un fenómeno de muy amplio espectro y sobrepasa éste tipo de variables.

### **El ciclo de la violencia**

El ciclo de la violencia, descrito por Walter (como se cita en Ruíz-Jarabo y Blanco, 2004) explica cómo se produce y se mantiene la violencia en la pareja, este ciclo que puede aplicarse a otro tipo de relaciones y no solo a las de pareja, consta de tres fases:

1. Fase de tensión: se caracteriza por una escalada gradual de tensión que se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja o personas involucradas.
2. Fase de agresión: en la que estalla la violencia psíquica, física y/o sexual.
3. Fase de conciliación o “luna de miel”: en la que el actor que ejerció la violencia se arrepiente, pide perdón, hace promesas de cambio y regalos.

Por su parte, Deschner (como se cita en Navarro y Pereira, 2000) describe el siguiente ciclo:

1. Dependencia mutua entre los integrantes de la pareja.
2. Acontecimiento disruptor en el que la paz se rompe.
3. Intercambios de coacciones en los que un miembro hace intentos por detener la situación de enfrentamiento mediante amenazas y el otro integrante participa en la escalada respondiendo a las amenazas.
4. Último recurso: el agresor juzga la situación como insostenible.
5. Furia primitiva: el ataque se produce como consecuencia del juicio anterior.
6. Refuerzo de la agresión: el miembro agredido cesa su comportamiento con lo que envía el mensaje de que la violencia funciona.
7. Arrepentimiento: el agresor promete no volver a hacerlo y desplaza a la víctima a la posición de dependencia mutua, con lo que el ciclo vuelve a repetirse.

### **Cuando la violencia toma otra cara: el rostro femenino**

Como mencionan Trujano y Limón (2005), tradicionalmente el patriarcado ha funcionado como una estructura económica y social jerárquica en la que los hombres dominan a las mujeres, permeando con esta ideología las relaciones de género, desde el matrimonio o la crianza de los hijos, hasta el trabajo doméstico y la sexualidad. Por ello, el movimiento feminista de los años sesenta y setenta, repercutió considerablemente en la tradicional configuración de los diferentes grupos sociales que estaban modificando los escenarios de la postguerra. Uno de ellos fue abrir espacios públicos para hablar de la violencia de género y considerarla un problema social. Gracias a ello, la violencia ejercida por los hombres dejó de considerarse como algo natural, innato o biológico, para convertirse en la expresión inaceptable del poder del hombre sobre la mujer. Aunado a esto, “lo femenino” deja de vincularse necesariamente a la ternura, la delicadeza, la belleza, la vulnerabilidad y la fragilidad, para también desprenderse de la idea de objeto de adorno, consumo y explotación; y

el machismo empieza a ser abandonado como categoría intrínseca al varón para cobrar una nueva dimensión como la expresión del poder y la opresión sobre la mujer.

Puede decirse que es gracias al movimiento feminista que fue posible abordar temas de relevancia social antes incuestionables, institucional y normativamente, facilitando la búsqueda de relaciones más igualitarias entre los géneros en la vida cotidiana. Todo esto, dio paso a la aparición de la “wonder woman”, es decir, la imagen de la mujer moderna, que debe ser ya no sólo madre y ama de casa perfecta y organizada, sino también la amante ideal, la profesionista brillante, la emancipada, independiente, “dura”, eficaz y atractiva, asumiendo cada vez más obligaciones y actividades en una lucha por demostrar que no es una mujer “tradicional y subordinada”, pero cayendo muchas veces en otro estereotipo no sólo severo y desgastante, ya que es frustrante si no se logra alcanzar el ideal de “mujer completa y realizada” (Trujano y Limón, 2005).

Por otro lado, con los discursos rígidos sobre lo masculino y lo femenino se deja fuera la posibilidad de aceptar la existencia de hombres vulnerables, maltratados o victimizados. Y la existencia de mujeres que ejercen violencia sobre hombres, niños, niñas y otras mujeres. Ya que como mencionan Trujano y Limón (2005), el quehacer terapéutico está siendo afectado por esta visión y se están obstaculizando nuevas formas de reflexión e intervención.

En este sentido, para generar intervenciones novedosas es importante aceptar que existe la violencia femenina; ya que la violencia como fenómeno, supera la categoría de género y muchas otras variables como la económica, social, cultural, política, entre otras.

### **Una propuesta para abordar la violencia desde el enfoque narrativo**

Para Adams-Westcott e Isenbart (como se cita en Trujano y Limón, 2005), es factible que se desarrollen muchos problemas cuando las personas asumen narrativas que las inmovilizan, impidiéndoles el acceso a una amplia gama de posibilidades para vivir sus propias experiencias de forma diferente, pues son historias que han sido experimentadas como opresivas, y que limitan su habilidad para percibir sus propias capacidades.

Según Gergen y Kaye (como se cita en Trujano y Limón, 2005) como alternativa terapéutica está la posibilidad de explorar nuevos espacios para el análisis y la crítica reflexiva y con ello, la potencialidad para escuchar nuevas voces (incluida la propia) y generar nuevas propuestas, pensando especialmente en que los pacientes no tendrían por qué estar adheridos a una historia invariante o definitiva. De acuerdo con Gergen, (como se cita en Trujano y Limón, 2005) más que establecer una nueva narrativa, lo importante es intentar trascender el “alojamiento narrativo” del discurso dominante que presumiblemente está obstaculizando otras opciones de vida.

Para White y Epston (como se cita en Trujano y Limón, 2005) en este contexto, el uso de las preguntas da la posibilidad de cuestionar los discursos dominantes y deconstruir el significado problemático, y en su lugar co-construir versiones de una narración más liberadora. Algunas estrategias para lograr esto incluyen la externalización y la potencialización de los repertorios y de las habilidades, lo que implica que las preguntas realizadas no sólo extraen información, sino que generan por sí mismas nuevas experiencias; experiencias que proveerán un sentido diferente, flexible y liberador a sus vidas.

## **Una propuesta para abordar la violencia a partir del modelo de soluciones**

O'Hanlon y Hudson (1996) consideran que para evitar las pautas destructivas en una relación, sus integrantes deben actuar de una forma íntegra, es decir, haciendo lo que dicen que harán y no haciendo lo que dicen que no harán. Se actúa con integridad cuando se reconoce la propia responsabilidad y se deja de hacer acciones que carecen de integridad, como en el caso de la violencia. Así, cuando entre dos personas ha habido un problema con la integridad, el primer paso es aclarar los límites y los acuerdos. Al reconocer que se ha faltado a la palabra o excedido los límites acordados, se debe hacer sin culpar al otro y sin excusarse, sino más bien responsabilizándose (reconociendo) de lo que cada quien ha hecho. Si se ha quebrantado la confianza en la relación, hay que buscar algún tipo de acción para restablecer o al menos mejorar la confianza quebrantada y ser sumamente responsable en esto.

La postura de O'Hanlon y Hudson (1996) es que incluso en los casos de violencia no hay que culpar a nadie y todos los implicados son responsables. Esto significa que en una relación cada persona puede hacer algo para poner fin a la violencia y que la persona que se comporta de forma violenta es responsable de sus acciones, sin importar lo que haya precedido a esas acciones. En los casos de violencia la propuesta es:

1. Centrarse en identificar los límites específicos (acciones aceptables e inaceptables) y ajustarse a ellos.
2. Cambiar nuestra parte de las pautas en relación con la violencia, esto es posible ya que todos tenemos determinada capacidad para hacer algunas elecciones a fin de realizar algunas cosas de forma diferente.
3. Al momento de los enfrentamientos es importante recalcar la importancia que tiene la pareja para uno. A esto los autores lo llaman "usar el poder personal".
4. Si lo anterior no funciona es el momento de utilizar las consecuencias, es decir, animar un cambio de comportamiento recalcando la responsabilidad personal y trasladando el disgusto y el sufrimiento de la mala conducta a la persona que la emite.
5. Las consecuencias de los actos son sumamente importantes cuando atañen a cuestiones de seguridad física. Cuando diferentes medidas o acciones no hayan logrado motivar el cambio, tal vez haya que poner fin a la relación.

Para Carpenter y Treacher (1993) en el tratamiento de parejas con conductas violentas, el primer paso es proteger a la víctima o potencial víctima de subsecuentes maltratos, sin que esto implique que el intento de solución intensifique el problema. Esto es posible si se logra que la pareja cumpla un acuerdo para manejar futuras confrontaciones, lo que a su vez representa un primer elemento del encuadre de la terapia y del contrato terapéutico.

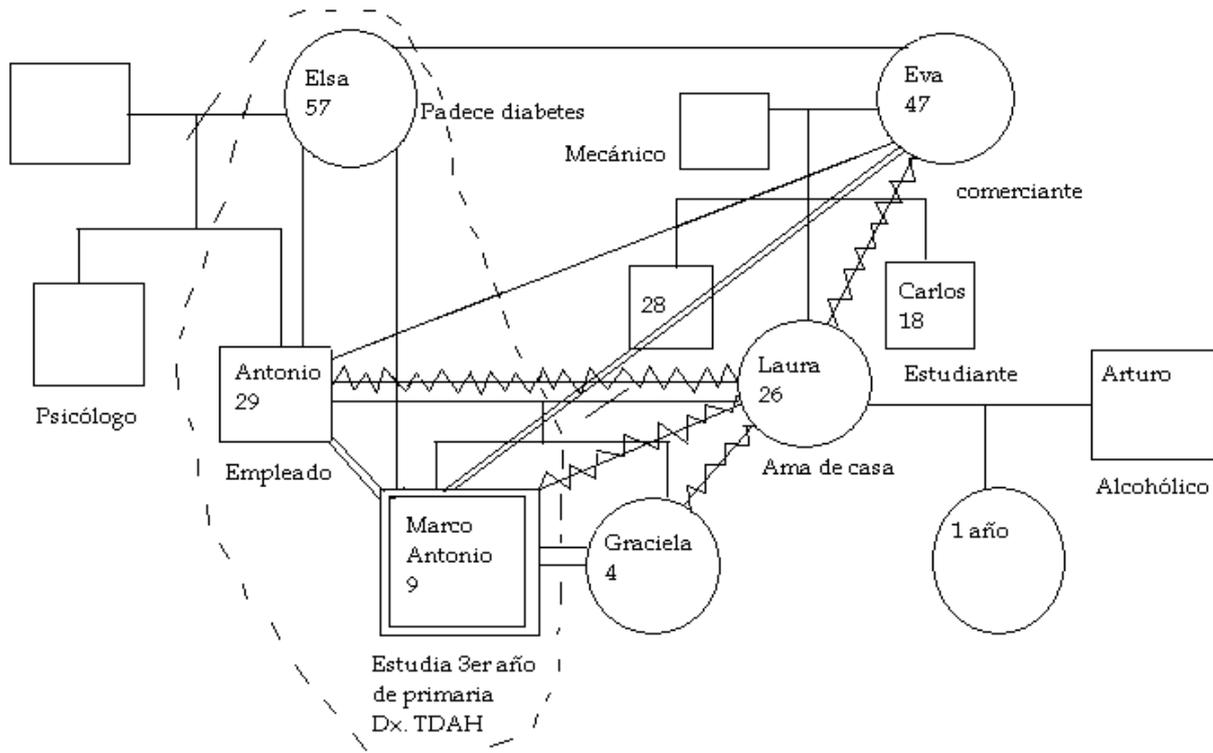
Además, como menciona Ravazzola (1998) los médicos, psicoterapeutas y otros profesionales que intervenimos en casos de parejas violentas formamos parte del contexto, por lo que es importante ser concientes de la importancia de nuestro papel y estar preparados para actuar ética, eficaz y oportunamente. Ya que en este sentido, tal vez la mayor dificultad consista en aprender a reconocer y a impedir los malos tratos que los clientes ejercen sobre nosotros, y a registrar y reparar los malos tratos que involuntariamente, nosotros mismos podemos reproducir.

## 2. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPEÚTICAS

### 2.1. Integración de Expedientes de Trabajo Clínico por Familia

#### CASO 1: “FAMILIA IÑIGUEZ HINOJOSA”

##### *Familiograma* (Septiembre, 2006)



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

Marco Antonio ha sido diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y recibe tratamiento farmacológico y terapia individual en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Acude al Departamento de Terapia Infantil debido a problemas de conducta, principalmente en la escuela, y su abuela Eva es canalizada al Departamento de Terapia Familiar para ingresar a un grupo para padres. Sin embargo, tras la primera entrevista se inicia un proceso de terapia familiar en la modalidad de coterapia. Iniciamos el proceso terapéutico con la participación de Eva (abuela materna), Elsa (abuela paterna) y Marco Antonio (paciente identificado); posteriormente también se integra Antonio (padre).

##### ***Desarrollo y situación actual del problema***

Los padres de Marco Antonio se separan a causa de una infidelidad por parte de la madre, quien se lleva a sus dos hijos a vivir con su nueva pareja (Arturo) a Cancún, donde los niños crecen en un

contexto de adicciones y maltrato infantil, caracterizado por negligencia, abuso físico y emocional tanto de parte de su madre como de la pareja de ésta. Este abuso físico y emocional es reportado por Marco Antonio, quien vía telefónica y con lujo de detalle describe a su abuela Eva la forma en que tanto él como su hermana reciben golpes y malos tratos de parte de Laura y Arturo. Tanto la abuela Eva como Antonio desean recuperar a los niños, y aunque lo logran en un primer momento y los traen de regreso al DF; de acuerdo con la abuela Eva, Laura los “secuestra” con la ayuda de la familia de Arturo, quienes distraen a la abuela Elsa y entran casi de madrugada a su casa para extraer a los niños. Nuevamente en Cancún, Marco Antonio convence a su madre de que le permita visitar a sus abuelos maternos y viaja solo desde Cancún hasta el DF. Al llegar a la Ciudad de México decide irse a vivir con su padre quien lo recibe y protege aún con las amenazas de Laura. Por lo que Antonio decide dar parte a las autoridades e iniciar una demanda en contra de Laura y Arturo para mantener a salvo a Marco Antonio y recuperar a Graciela. Este proceso legal coincide con el inicio de la terapia, en una etapa en la que las abuelas temen que Marco Antonio sea nuevamente raptado por su madre. Para ese momento Laura tiene una hija de un año con Arturo y Graciela cree que éste es su padre. Antonio, Marco Antonio y las abuelas mantienen una constante preocupación por Graciela; ya que Marco Antonio mejor que nadie sabe que su hermana está siendo víctima de maltrato físico y emocional; el cual de acuerdo con Marco Antonio no se limita a los golpes, gritos e insultos; sino que llega al grado de dejar sin comer a Graciela, no bañarla ni cambiarla de ropa en varios días, obligarla a pedir dinero en las calles o llamar por teléfono a su abuelo materno para que éste le envíe ropa y dinero, los cuales nunca llegan a manos de Graciela, ya que Laura hace uso de ellos para comprar alcohol y salir a discotecas y antros. Además, la abuela Eva sospecha de abuso sexual hacia Graciela por parte de Arturo, ya que en la etapa en que Graciela y Marco Antonio viven con Elsa y Antonio; Eva lleva al médico a Graciela y éste le dice que la niña tiene lesiones en sus genitales, lo cual indica un probable abuso sexual. La intención de Antonio es recuperar a su hija, pero en relación a la hija de Laura y Arturo, Antonio se mantiene al margen, aunque la abuela materna, desea que esta niña también sea alejada del ambiente en el que vive con sus padres. A pesar de que Marco Antonio vive con su abuela paterna, es la abuela materna la que se encarga de traerlo a la terapia y es con ella con quien tiene un vínculo afectivo más fuerte, por lo que Elsa, abuela paterna, constantemente pide ayuda a Eva, abuela materna, para educar al niño y hacer que éste la obedezca.

### ***Intervenciones***

El caso clínico aquí presentado se trabajó en coterapia, la supervisión se realizó de forma narrada y no se contó con equipo terapéutico y ni cámara de Gesell.

- Primera Sesión: Exploración del inicio, desarrollo y situación actual del problema. Se cita a las personas más preocupadas por la situación de Marco Antonio y que a la vez se encargan de su crianza: las abuelas y el padre. Esta forma de definir el contexto de la terapia permitió establecer un “equipo parental” que colaborara entre sí en lugar de estorbarse.
- Segunda Sesión: Se exploran los acuerdos y desacuerdos en este sistema parental acerca de la crianza y el uso de los medicamentos para Marco Antonio. Esta intervención permitió que utilizaran los medicamentos en forma consistente y que los miembros del “equipo parental” pudieran complementar sus funciones, quedando el padre como responsable y las abuelas como redes de apoyo.
- Tercera Sesión: Conversamos acerca de la preocupación de las abuelas cuando Marco Antonio se “aisla” o se comporta “agresivamente”, lo que permitió que se construyera un

significado que explicara que estas conductas se debían a la tristeza que sentía por la ausencia de su hermana y favoreció que las abuelas reflexionaran sobre cómo podrían apoyar a su nieto cuando se siente triste.

- Cuarta Sesión: Los terapeutas reconocemos los logros de Marco Antonio en la escuela, la forma en que ha cooperado el “equipo parental” y el vínculo que ha establecido el padre de Marco Antonio con él (como padre y amigo). Debido a que la familia paterna de Marco Antonio ha decidido realizar un cambio de residencia, a un lugar donde haya menos riesgo de un “secuestro por parte de Laura” y de hostigamiento por parte de los vecinos que constantemente preguntan a Marco Antonio por su hermana y por su mamá, se plantea que la terapia servirá para favorecer la adaptación ante este cambio de residencia, escuela y ambiente social.
- Quinta Sesión: Conversamos acerca del proceso legal para recuperar a Graciela, favoreciendo la anticipación de diversos cursos de acción, que permitan identificar las consecuencias negativas y positivas de diferentes acciones durante el proceso legal. Se habla sobre el impacto en Marco Antonio y en Graciela al cambiar sorpresivamente de domicilio y empezar a vivir exclusivamente con la familia paterna.
- Sexta Sesión: La familia paterna y Marco Antonio cambian de residencia, por lo que conversamos sobre el proceso de adaptación de Marco Antonio a su nueva escuela y a su nuevo ambiente social. La sensación de la abuela paterna acerca de que Marco Antonio ha tenido una recaída es reencuadrada como la respuesta lógica de un niño que se está adaptando a nuevas situaciones y rápidos cambios. Además, exploramos los desacuerdos que han surgido en el “equipo parental”, ahora que la abuela materna no está tan cercana para disciplinar a Marco Antonio y hacer que éste obedezca a su abuela paterna.
- Séptima Sesión: El “equipo parental” sufrió el estrés de que la abuela Eva dejó de ser tan central en la crianza de Marco Antonio, y que la abuela Elsa ha tenido dificultades debido a su diabetes y a que el padre de Marco Antonio ha descuidado sus funciones. En la sesión se hacen públicas estas inconformidades y se renueva el compromiso del padre en la crianza de Marco Antonio.
- Octava Sesión: Marco Antonio mejora su conducta tanto en la escuela como en la casa y el “equipo parental” vuelve a ser tan competente como lo ha sido a lo largo de toda la terapia. Se exploran las expectativas hacia el futuro de la familia tras la continuación de los cambios.
- Novena Sesión: Durante dos meses se han mantenido los logros de la familia, se ha desarrollado una adaptación favorable al cambio de residencia y Marco Antonio ha dejado el medicamento. En esta sesión se señalan a la familia los recursos que han mostrado durante el proceso terapéutico, se les da de alta y se deja la puerta abierta para que acudan al servicio de Terapia Familiar cuando lo vuelvan a considerar necesario.

### ***Transformaciones en el sistema***

Durante el proceso terapéutico, consultantes y terapeutas desarrollamos un contexto donde los miembros que se encargaban de la crianza de Marco Antonio pudieran establecer un diálogo, y se tomaran en cuenta los recursos parentales tanto de las abuelas como del padre, para complementar sus funciones y crear un equipo con principios claros y definidos sobre la forma de brindar cuidado, cariño y disciplina al niño. De esta manera, las abuelas y el padre hicieron públicos los desacuerdos acerca de la crianza de Marco Antonio y negociaron nuevos acuerdos, sobre el uso del medicamento, la forma de establecer límites, las expectativas sobre la conducta de Marco Antonio,

el modo de apoyarse como figuras parentales, así como la delimitación de los tiempos y las responsabilidades de cada miembro del equipo parental en la crianza.

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

Aunque en la terapia no se establecieron objetivos en función del comportamiento de Marco Antonio, fueron notables sus cambios, tanto para los terapeutas como para las familias materna y paterna; sobre todo considerando que fue dejando gradualmente la terapia farmacológica, ya que está era una de las principales preocupaciones por parte de la abuela paterna, Elsa y una de las situaciones en las que las abuelas manifestaban desacuerdos. Los cambios logrados en la conducta de Marco Antonio se manifestaron tanto en la escuela, gracias al apoyo de su maestra, quien se mantuvo en mayor comunicación y colaboración con la abuela paterna; como en el hogar, donde sus familiares, es decir tíos, padre y abuelas expresaron que había mejorado en cuestiones como la disciplina y los hábitos personales, como bañarse, comer, dormirse temprano, asear su cuarto, etc.

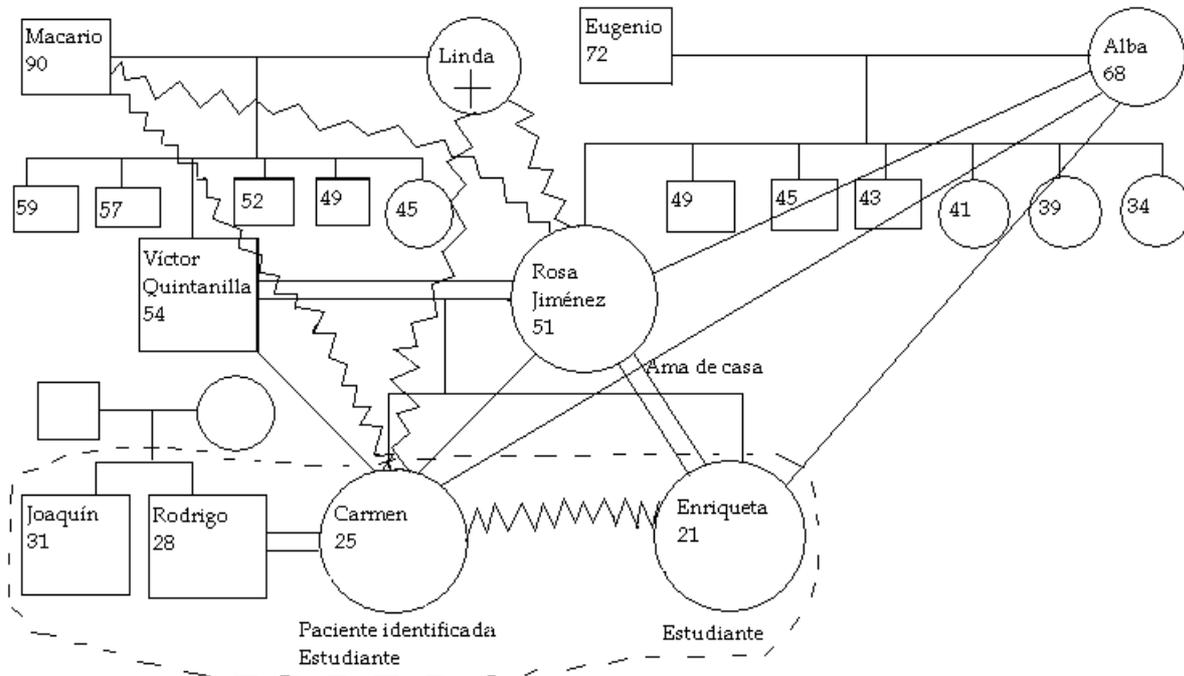
Cabe señalar que en forma simultánea a la terapia familiar se desarrollaron otros tratamientos, como la terapia farmacológica y la terapia individual del niño. Los cambios logrados por los consultantes indican que los distintos sistemas terapéuticos pudieron complementarse adecuadamente. En el caso de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

### ***Análisis de la experiencia como terapeuta y coterapeuta desde la cibernética de segundo orden***

Desde el inicio de la terapia me sentí muy empática y cómoda con todos los integrantes de la familia que participaron en la terapia. Poco a poco al escuchar las distintas voces me fui percatando de las fortalezas de la familia y me sorprendí de la resiliencia de Marco Antonio, quien a pesar de haber pasado por circunstancias muy adversas, es un niño muy fuerte e inteligente. Me sentí llena de curiosidad ante la historia de Laura, quien a pesar de no haber participado físicamente en la terapia, siempre estuvo ahí, a través de las voces y testimonios de su hijo, su madre, su ex-suegra y su ex-pareja. Esa fue la historia más interesante para mí, pues rompe radicalmente con los estereotipos de mujer y madre. Ya que lejos de ser una figura débil, emocional, afectiva...se mostró (a través de las voces que la describían en terapia) como una persona que ejerce la violencia no sólo hacia su familia de origen, sino hacia su familia de procreación. Para mí fue casi inconcebible cómo un hijo puede desear y hacer todo lo posible por romper el vínculo con su madre, a la vez que desea alejarla de su hermana, por considerarla perjudicial para ella. Me sentí satisfecha con el proceso de la terapia y con el resultado final; siempre cómoda y en constante comunicación con mi coterapeuta y con la supervisora del caso, quienes fueron figuras elementales para concluir con éxito este proceso.

## CASO 2: “FAMILIA QUINTANILLA JIMÉNEZ”

### *Familiograma (Marzo, 2006)*



### *Datos generales de la familia*

La familia Quintanilla se encuentra formada por el padre (Víctor), la madre (Rosa) y dos hijas (Carmen y Enriqueta). Víctor es ingeniero agrónomo y actualmente trabaja en un ingenio en Tabasco, por lo que visita a su familia en el Estado de México cada tres meses. Rosa es ama de casa y vive en Tlanepantla, con su suegro. La casa que comparten pertenece a la familia Quintanilla Jiménez (Víctor, Rosa y sus hijas); el suegro de Rosa llega a vivir con ella debido a que está enfermo y ninguno de sus hijos desea hacerse cargo de sus cuidados. Carmen (paciente identificada) está por concluir la licenciatura y Enriqueta cursa el 6° semestre de la carrera, ambas estudian en la UNAM, en el campus de Ciudad Universitaria; y desde hace 6 meses dejaron de vivir con su madre en Tlanepantla para vivir en el DF, en un departamento que comparten con Rodrigo (novio de Carmen) y Joaquín (hermano de Rodrigo). Carmen y Enriqueta visitan a su madre los fines de semana y al igual que ésta mantienen comunicación con Víctor por vía telefónica (dos o tres veces a la semana). Aparentemente a ningún miembro de la familia le causa disgusto la lejanía geográfica del padre ya que al parecer la familia se ha adaptado fácilmente a los cambios de residencia, tanto del padre como de las hijas. La familia materna representa una importante red de apoyo y el modelo de una familia con relaciones armónicas, a diferencia de la familia del padre, la cual es considerada por la madre y por las hijas como una familia conflictiva.

### *Motivo de consulta*

La paciente identificada, Carmen viene a preconsulta en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, de la UNAM, inicialmente solicitando terapia individual; debido al malestar

emocional que tiene, asociado con la mala relación que desde la adolescencia mantiene con su hermana menor, lo que ha ocasionado problemas en la interacción entre todos los integrantes de la familia. Además, Carmen manifiesta que desde hace tiempo que se siente triste o deprimida (por temporadas) y desea modificar este patrón. Debido a que la problemática que refiere la paciente identificada involucra a toda la familia y de forma más directa a su hermana, se le canaliza al servicio de terapia familiar.

### ***Desarrollo y situación actual del problema***

La paciente refiere tener problemas con su hermana menor, con quien tiene discusiones frecuentes y peleas por situaciones relacionadas con su convivencia cotidiana. El inicio de la problemática se remonta a la adolescencia de ambas ya que Carmen considera que su hermana tiene muchos privilegios. A los padres les preocupa la relación hostil que sus hijas mantienen y es generalmente la madre quien sirve de intermediaria y mediadora entre éstas. Todo esto le ha generado tristeza a Carmen, quien además menciona que su vida sentimental y específicamente su relación de noviazgo, no le es completamente satisfactoria. Los recurrentes episodios de tristeza que sufre Carmen surgen aproximadamente a sus 18 años, época en la cual su padre se quedó sin trabajo y ella tuvo la necesidad de empezar a trabajar para contribuir al gasto familiar. La tristeza de Carmen también está asociada con el rechazo que la familia de su padre ha tenido hacia con ella, su hermana y su madre; sin embargo, actualmente el abuelo paterno vive en el hogar familiar, donde Rosa le ha dado acogida a pesar del rechazo que de él recibió durante más de veinte años. Esta situación tiene muy molesta a Carmen, quien junto con su hermana y madre, consideran que la familia de origen de Víctor es muy conflictiva, ya que los hermanos (tíos de Carmen) se pelean constantemente y varios de los primos paternos de Carmen se pelean con sus propios hermanos. Entonces, queda claro que las peleas entre Carmen y Enriqueta no son las únicas peleas de hermanos que se presentan en la familia paterna.

### ***Hipótesis sistémicas***

Considerando la etapa de ciclo de vida (destete de los padres o nido vacío), en que los hijos se van del hogar, la familia se ve obligada a enfrentar el reto de aceptar estas salidas (y quizá algunas entradas de parientes políticos o novios de las hijas). Lo anterior ocasiona que la pareja renegocie su contrato conyugal en términos de una diada (lo cual se complica por la lejanía física del padre y por la probable existencia de un conflicto latente en la pareja que se ha evadido a través de la distancia entre los cónyuges). Además esta etapa implica que los padres aprendan a relacionarse con las hijas en una relación de adultos. Todas estas circunstancias hacen que el atravesar por esta etapa ocasione crisis y probables resistencias (de dejar en libertad a las hijas y reanudar la vida exclusiva de pareja) en el sistema familiar, las cuales son expresadas por el conflicto fraterno que se manifiesta con especial énfasis en esta etapa. Su función puede ser la de mantener unidos a los padres a pesar de la distancia física, que las hijas continúen necesitando de los padres (aunque sea para solucionar sus conflictos) y que la relación fraterna se mantenga aunque solo sea a través del conflicto (algo similar a lo que se da en la familia paterna). Además, el síntoma puede estar ayudando a que Carmen pelee con su hermana para no enfrentarse con su padre, quien ha humillado a su esposa y a sus hijas al permitir que el abuelo paterno viva en el hogar familiar. Es posible que el conflicto entre Carmen y Enriqueta haya logrado evitar que la violencia que se da en la familia de origen paterna, se reproduzca a nivel de pareja conyugal entre Víctor y Rosa, quienes al enfocar sus esfuerzos en lograr que sus hijas no peleen, deben mantenerse unidos y pacíficos en su relación de pareja. Así que la violencia física que se presenta en la familia nuclear Quintanilla Jiménez, sólo se da en el subsistema fraterno.

### ***Objetivo de la terapia***

Que Carmen y Enriqueta encuentren maneras de mejorar su relación, logrando que su madre deje de ser la intermediaria entre ambas.

### ***Intervenciones***

El caso clínico aquí presentado se trabajó en coterapia, y fue supervisado en una primera etapa bajo el modelo estratégico (primeras siete sesiones) y posteriormente bajo el modelo breve del MRI (seis sesiones), en la mayoría de las sesiones se contó con equipo terapéutico y cámara de Gesell.

- Primera sesión: se explora el desarrollo y situación actual del problema, se le propone a la paciente identificada que su madre y hermana participen en el proceso terapéutico.
- Segunda sesión: acude la madre de la paciente a la terapia y se explora la percepción que ésta tiene en relación al problema. Se obtienen datos en relación a las familias de origen del padre y la madre, así como la historia de la familia.
- Tercera sesión: se integra la hermana de la paciente identificada, se explora su percepción en relación al problema, se identifica la secuencia de hechos o pauta conflictiva y se define un objetivo claro y viable que resulta benéfico para todos los integrantes de la familia: detener la violencia verbal y física entre las hermanas.
- Cuarta sesión: se analiza la pauta para dejar en evidencia la participación y responsabilidad de cada una en las peleas, al sembrar la idea de un conflicto en el que todos participan (incluido el padre). Se trata de dar una visión sistémica del problema y quitar a Carmen la etiqueta de “neurótica”. Se hace referencia al ciclo de vida: mujeres adultas que pueden resolver sus conflictos sin violencia. Se utiliza la técnica de fijación de fronteras para llevar a la madre del otro lado del espejo y evitar que siga en medio de sus hijas.
- Quinta sesión: se confronta el discurso de Enriqueta y se señalan los puntos en los que es incoherente. Se hace siembra de ideas en relación a la distancia versus cercanía entre hermanas y cuestionamiento de la realidad al señalarle a Enriqueta y a su madre que todos los integrantes de la familia contribuyen a mantener el conflicto. Carmen no acudió a esta sesión.
- Sexta sesión: se hace cuestionamiento de la realidad en relación a los pensamientos que tienen una en relación a la otra. también en relación a la idea de que la otra tiene la culpa o de que la otra no sufre. Se incluye al padre en la terapia mediante una tarea escrita en la que expresará cómo le gustaría que fuera la dinámica familiar y qué fortalezas ve en cada integrante de la familia para lograrlo.
- Séptima sesión: sólo acude Carmen, quien comenta que ella y su hermana tuvieron otra pelea. Se normaliza esta recaída como parte del proceso y se hace una resignificación de la interpretación del comportamiento de Enriqueta ante los ojos de Carmen de “no le importa” a “se siente lastimada”. Se emplea una analogía: “morder el anzuelo”, para referirse al hecho de que Carmen responde agresivamente cuando siente que de alguna manera su hermana la provoca.
- Octava sesión: se cuestionó la puntuación de los hechos, primero al decir que en lugar de que teniendo la oportunidad para hacer la tarea, ellas estratégicamente buscaron la forma de no hacerla. Luego al cambiar el foco de las discusiones de las dos hermanas, a un patrón asociado a toda la familia extensa. También al desafiarlas, señalando que al parecer quieren

cambiar, pero que no se comprometen con las tareas que se les dejan. En relación a la carta que escribió el padre, tiene una percepción muy equitativa hacia las tres, a todas las respeta y las quiere, y lo que le gustaría que cambiara en su familia, es que tengan mayor armonía. Finalmente, la madre reconoció que para ser escuchada por su familia necesita ser más congruente entre lo que dice y lo que hace.

- Novena sesión: se cuestiona nuevamente a cada integrante de la familia sobre su deseo de continuar con la terapia y hacer cambios, las tres dicen estar dispuestas a continuar con el proceso y asumir sus propios cambios.
- Décima sesión: se fijan fronteras al señalar la necesidad de deslindar los problemas de los padres de los de las hijas y limitar la participación de cada persona de acuerdo al subsistema al que pertenece. Se buscan recursos y soluciones al preguntarles cómo pueden hacer para lograr que los conflictos que las hermanas observan en la familia paterna, no se repitan en ellas mismas.
- Onceava sesión: se normaliza el hecho de que las hermanas no sean “amigas íntimas” y que eso pasa en muchas relaciones de hermanos sin que signifique que no se quieren. Se identifica lo que sí funciona para hacer más de eso. Se advierte sobre la recaída al mencionarles que en un proceso de cambio siempre hay “baches y topes” que son parte de este proceso.
- Doceava sesión: se hace una evaluación de la terapia en relación al bienestar subjetivo de cada una y al cumplimiento del objetivo, la familia reporta un 90% de cumplimiento en éste. Se explora qué tan sólidos son los cambios logrados y cómo se proyectan para generalizarse en un futuro inmediato. Se programa con la familia una sesión de cierre.
- Treceava sesión: se hace una evaluación cualitativa de los cambios logrados y del cumplimiento del objetivo terapéutico. Se utilizó una metáfora para ejemplificar cómo el proceso de cambio inicia en un aspecto “pequeño” que poco a poco se va generalizando en todas las esferas de la vida de las personas. Se connotaron positivamente los cambios de cada integrante de la familia y se les dio de alta.

### ***Cambios realizados por el sistema familiar durante la terapia***

Al inicio de la terapia el motivo de consulta definido por la paciente identificada era la mala relación que mantenía desde la adolescencia con su hermana menor, y las frecuentes “depresiones” que también desde la adolescencia presentaba. Por ello se consideró importante invitar a Enriqueta (hermana) y a su madre (Rosa) a integrarse a la terapia, ya que el problema fue concebido en términos estructurales: las hijas triangulando a su madre con sus frecuentes peleas y un padre periférico en alianza con la paciente identificada, así como una coalición por parte de Enriqueta y Rosa en contra de Carmen.

La estrategia que conformó el plan de tratamiento estuvo enfocada a:

- Definir un objetivo claro y viable que resultara benéfico para todos los integrantes de la familia.
- Promover y facilitar la comunicación clara y directa entre Carmen y Enriqueta, liberando a la madre de la triangulación en la que participaba.
- Modelar y ensayar en las sesiones de terapia nuevas formas armoniosas de relación entre Carmen y su hermana.

- Redefinir el papel que jugará la madre en una nueva relación armoniosa entre sus hijas, a través de la cual pueda recobrar su jerarquía, salir de la triangulación con sus hijas, romper la coalición que ella y Enriqueta mantienen contra Carmen y renegociar con su esposo su relación de pareja.
- Identificar y enfatizar los pequeños cambios para que Carmen y su familia sean capaces de reproducirlos en diferentes momentos de su vida cotidiana.

Con el desarrollo de esta estrategia se lograron los siguientes cambios:

- Cada integrante de la familia pudo reconocer su participación en el inicio y mantenimiento de la problemática, la cual se reencuadró como un patrón familiar que la familia Quintanilla no quería perpetuar.
- Las hermanas dejaron de discutir y pelear, lograron ser mutuamente más tolerantes y encontraron espacios de convivencia fraternal y familiar.
- El padre facilitó y reforzó la participación de su esposa e hijas en la terapia, y aun cuando se encontraba a distancia, él también participó en la terapia a través de tareas.
- La madre salió de la triangulación y abandonó su papel de intermediaria, lo que le permitió recobrar su jerarquía, enfocarse más a su vida personal actual y tener planes a futuro para sí misma.
- Todos los integrantes de la familia desarrollaron habilidades de comunicación clara y directa, logrando la negociación y solución pacífica de sus conflictos.
- Durante todo el proceso se mantuvo una postura ecológica que permitió estar alertas en cuanto al impacto que generaron los cambios logrados mediante la terapia en el sistema familiar.

### ***Análisis de la experiencia como terapeuta y coterapeuta desde la cibernética de segundo orden***

Para mí fue muy agradable trabajar con esta familia. En ocasiones me sentí identificada con la hermana mayor y con la forma en que se relacionaba con su hermana. El interés de la paciente identificada por solucionar la problemática con su hermana menor me pareció muy genuino y valiente, lo que me hizo admirarla. La hermana menor me despertaba cierta ternura y con la madre sentí un deseo profundo de que muchas madres apoyaran tanto como ella a sus hijas. Siempre tuve curiosidad y deseos de conocer al padre y de que éste participará en la terapia, y aunque esto no fue posible, pude conocerlo un poco a través de una carta. Hubo un momento en el proceso de la terapia en el que me sentí perdida y casi creía que el cambio no se lograría. Sin embargo al revisar el contexto e historia de la familia, me di cuenta de los recursos y posibilidades con las que contaban. Gracias a esto, aprendí sobre la importancia de revisar el contexto, la historia y las redes familiares. La relación con mi coterapeuta se caracterizó por la cordialidad y respeto; además de ser una relación afectivamente muy cercana. Esto fue un elemento clave en la terapia, ya que dio la posibilidad de modelar ante las hermanas una relación pacífica entre dos mujeres adultas que se estiman. La supervisora del caso y el equipo terapéutico siempre se mantuvieron en una postura de respeto ante la familia y las terapeutas, comprometiéndose y proporcionando aportaciones muy valiosas. Por lo que al concluir el proceso, todas las personas participantes nos sentimos muy satisfechas.

## **2.2. Análisis y Discusión Teórico Metodológica de la Intervención Clínica con Familias.**

Los dos casos anteriormente descritos, a pesar de parecer muy distintos tienen una característica en común; en ambos se presentan situaciones de violencia poco comunes, es decir, en general se suele tener una imagen en donde típicamente es un hombre quien ejerce violencia hacia una mujer (generalmente su pareja) y hacia sus hijos. Pero en estos casos la violencia es ejercida entre hermanas y de una madre hacia su hijo. Es por ello que considero que el análisis de estos casos abre la posibilidad de entender y abordar la violencia no sólo desde las formas típicas en que generalmente se conceptualiza este problema, sino a partir de formas diferentes y creativas que fueron construidas a la par del proceso terapéutico.

El primer caso presenta la historia de un niño de 9 años y su hermana menor, quienes han sido víctimas de maltrato físico y emocional, así como de explotación y manipulación por parte de su propia madre y la pareja de ésta. Una reflexión importante es la resiliencia e inteligencia mostradas por el niño, quien logra escapar de su madre y viajar solo desde Cancún hasta el DF para refugiarse con su padre. Sin embargo, para Marco Antonio la lucha apenas comienza, ya que sintiéndose a salvo lo único que le preocupa es rescatar también a su hermanita, quien aún vive en medio de la violencia física y el abandono emocional de su madre. El trabajo que hace la familia extensa de Marco Antonio también es digno de mencionarse, ya que ambas abuelas se unen para proteger a su nieto, apoyar al padre en la crianza de Marco Antonio y tratar de recuperar por medios legales y definitivos a la nieta. Se trata de un sistema familiar de tres generaciones que se organiza para sanar las heridas físicas y emocionales que ha dejado la violencia ejercida por la madre en Marco Antonio, y prevenir posibles repercusiones en el niño; pero además de esto, logran proporcionar un ambiente favorable para el desarrollo del niño. Otra singularidad de esta familia es que es un hombre; el padre, quien se hace responsable de la crianza de su hijo. Así, este caso también sobrepasa los límites de los tradicionales y rígidos roles de género establecidos en la sociedad actual.

En el segundo caso, son dos hermanas adultas las que suelen afrontar sus discrepancias mediante los golpes, insultos y constantes descalificaciones mutuas. Aquí, el plan de tratamiento contempló como primer paso la evaluación estructural de la familia, y la definición de objetivos claros y concretos. Posteriormente se desarrolló una estrategia en la que fueron utilizadas las técnicas típicas de los modelos estratégico y estructural. Así, son dos momentos clave los que permitieron que las hermanas detuvieran sus peleas y empezaran a construir una relación más pacífica. En primer lugar está el reencadre del problema, ya que las peleas dejan de ser connotadas como producto de una relación entre dos hermanas “peleonas e inmaduras” para empezar a ser entendidas como parte de un patrón familiar que ha estado presente por lo menos en las últimas tres generaciones de esta familia. En segundo lugar, está el momento en que la madre comprende que ha sido triangulada por sus hijas y que al estar en este papel ayuda a que el problema continúe, por lo que decide quitarse de en medio y dejar de ser la mediadora, para empezar a ser nuevamente una madre que pide a sus hijas que resuelvan por sí mismas sus dificultades como dos mujeres adultas.

En uno de los casos presentados la familia tiene más de 10 años con el problema y éste es prácticamente un estilo de relación que se ha establecido en las hermanas y que se mantiene con la ayuda de las interacciones de todos los miembros de la familia; mientras que en el otro caso la familia aún atraviesa por una situación de crisis, ya que una niña está siendo víctima de violencia física y maltrato emocional por parte de su propia madre, y aunque la terapia se enfoca en facilitar la adaptación del paciente identificado a una nueva familia y contexto de vida, esta adaptación se hace

en este contexto de crisis y considerando el proceso legal de recuperación de la niña. Estos dos lapsos en cuanto al tiempo que la familia tiene con la dificultad que enfrenta, también muestra que es posible trabajar con el problema de la violencia desde diferentes modelos, y con diferentes objetivos, ya sea para frenarla o para minimizar sus efectos.

En ambos casos los miembros de la familia extensa del paciente identificado son invitados a participar en la terapia y acceden a hacerlo. En un caso se trabaja con miembros de dos generaciones y en el otro con miembros de tres generaciones; en el primer caso la paciente identificada es una mujer adulta de 25 años, mientras que en el segundo se trata de un niño de 9 años. Por lo que es muy enriquecedor para mi formación desarrollar procesos terapéuticos tanto con adultos como con niños.

Continuando con el tema de los modelos, en el segundo caso fue difícil la transición de un modelo a otro (del estratégico al breve del MRI), pero gracias a la alianza terapéutica, la motivación de la familia y el trabajo conjunto con la supervisora y el equipo terapéutico se logró el objetivo de la terapia. En el primer caso fue más fácil iniciar y concluir la terapia siguiendo una línea de pensamiento posmoderno y utilizando recursos basados en el cambio de las narrativas limitantes y los significados asociados a ellas. El desarrollar un proceso terapéutico desde un enfoque posmoderno en la terapia con niños, representó una experiencia novedosa en mi formación como terapeuta. Finalmente, cada caso resultó enriquecedor porque a pesar de que fueron casos con un problema en común: violencia; cada uno fue abordado desde diferentes modelos de terapia familiar, estableciéndose diferentes objetivos, desarrollándose diferentes procesos y obteniendo diferentes resultados. A manera de conclusión, considero que el tema de la violencia y su presencia en las familias que acuden a terapia es recurrente, por lo que es una responsabilidad de los terapeutas familiares pensar y abrir nuevas posibilidades de atención a esta problemática desde la terapia familiar sistémica y posmoderna.

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

Mi experiencia en las distintas sedes de entrenamiento ha sido diversa, ya que las características de cada espacio son únicas porque responden a necesidades particulares de las instituciones y las poblaciones que atienden. Así, mientras en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, las familias son atendidas en cámaras de Gesell, con supervisión en vivo y equipo terapéutico, en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, las familias son atendidas en el Jardín del hospital o en cubículos pequeños si es que hay disponibles, la supervisión se realiza posterior a las sesiones mediante la narración del caso y no se trabaja con equipo terapéutico.

Las formas de realizar terapia son distintas, así como son distintas las familias que acuden a una u otra institución; en este sentido, las familias que acuden al Centro Dr. Guillermo Dávila, en general pertenecen a las clases socioeconómicas baja, media e incluso media-alta. Mientras que al hospital Dr. Juan N. Navarro acuden únicamente familias de clase socioeconómica baja, las cuales tienen por lo menos un integrante (menor de edad) con diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. Mientras que en el Centro Dr. Guillermo Dávila los terapeutas podemos trabajar en coterapia o como terapeutas únicos, en el Hospital Dr. Juan N. Navarro es preferible hacer coterapia. Debido a que el Centro Dr. Guillermo Dávila pertenece a la UNAM y es un espacio pequeño, la cantidad de personas a las que se atiende es considerablemente menor al número de personas atendidas en el hospital Dr. Juan N. Navarro que forma parte de la Secretaría de Salud Pública.

A partir de lo anteriormente expuesto y de la experiencia en las diferentes sedes de entrenamiento, puedo decir que un importante elemento del sistema terapéutico total lo constituyen la supervisión y el equipo terapéutico, ya que su participación hace posible variadas lecturas y propuestas ante la familia en cuestión; sin embargo, cuando contar con supervisión en vivo y equipo terapéutico no es posible, la dificultad para atender el caso se incrementa y requiere quizá de un mayor esfuerzo tanto en la supervisión (post-sesión) como en el trabajo del o los terapeutas responsables, quienes constantemente nos esforzamos por hacer un trabajo de observación de la familia y auto observación. Ya que en el Hospital Dr. Juan N. Navarro tampoco es posible la videograbación de las sesiones, se requiere de una mayor atención en cuanto a los contenidos y un importante ejercicio de memoria en cada sesión. Por otro lado, como en el Centro Dr. Guillermo Dávila las sesiones son videograbadas, los terapeutas podemos centrarnos más en el proceso y observar las interacciones que ocurren en la sesión, ya que los contenidos pueden ser revisados en la cinta grabada posteriormente.

En cuanto al trabajo inter y multidisciplinario, es difícil que éste se realice en el Centro Dr. Guillermo Dávila, ya que en su mayoría las familias que solicitan el servicio de terapia familiar sólo acuden a éste y esta es la única modalidad bajo la cual se les atiende. A diferencia de esto, en el Hospital Dr. Juan N. Navarro, las familias y particularmente los pacientes identificados son atendidos por diversos profesionales a la vez. Es decir, usualmente una familia que acude a terapia familiar es canalizada por trabajo social y recibe tratamiento psiquiátrico, acuden a terapia individual, grupo de padres, terapia laboral o cualquier otro servicio o servicios que la familia y el paciente requieran.

Otra reflexión importante es la que resulta del apego al tratamiento por parte de las familias atendidas, ya que en general, las familias atendidas en el Hospital Juan N. Navarro son más puntuales y constantes en sus citas, mientras que en el Centro Dr. Guillermo Dávila es más usual que las familias cancelen las sesiones, falten sin previo aviso o simplemente abandonen el tratamiento. Un aspecto relacionado con esto es el encuadre que se maneja en las diferentes sedes, ya que mientras en el Hospital Psiquiátrico cuando una familia falta a su sesión debe pedir personalmente o vía telefónica una nueva cita, con las familias atendidas en el Centro Dr. Guillermo Dávila, en muchas ocasiones somos los terapeutas quienes nos comunicamos con los pacientes y familias para confirmar las sesiones y dar nuevas citas en caso de que el paciente o familia hayan faltado a la anterior. Con este ejemplo lo que deseo ilustrar es que en una institución los pacientes requieren hacerse más responsables de su tratamiento, mientras que en la otra, somos los terapeutas quienes constantemente recordamos citas y reponemos sesiones a las que los pacientes faltan.

Quizá otro aspecto que se relaciona con el apego al tratamiento es la cuota de recuperación que se cobra a las familias, ya que en el Centro Dr. Guillermo Dávila se trata de una cuota fija por el servicio otorgado (\$100.00 por cada sesión de terapia familiar), la cual en muchas ocasiones es apelada por los pacientes y familias, quienes desean negociar cuotas más bajas y en algunas ocasiones lo consiguen. Por otro lado, en el Hospital Juan N. Navarro se realiza un estudio socioeconómico para determinar la cuota que pagará cada familia, generalmente estas cuotas no superan los \$50.00, los cuales son pagados sin oposición (aunque a veces con un gran esfuerzo) por las familias. Otro aspecto que pudiera estar relacionado es el motivo de consulta y tipo de problemática atendida, ya que en el Centro Dr. Guillermo Dávila las problemáticas atendidas en la residencia de terapia familiar son generalmente problemas de pareja (infidelidad y violencia), problemas de comunicación y de la conducta de los hijos (adolescentes y adultos), “depresión” (auto diagnosticada) y deseos de superación o crecimiento personal, así como “superación de traumas de

la infancia” o de diversos sucesos que ocurrieron en diferentes etapas de la vida. Mientras que en el Hospital Dr. Juan N. Navarro las problemáticas atendidas se relacionan con violencia, depresión (con intentos de suicidio), Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, alcoholismo y abuso de otras sustancias, maltrato infantil, trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo; situaciones que comprometen más la vida y bienestar de los pacientes y sus familias. Finalmente, un aspecto que considero importante para reflexionar, es la representación que la población tiene de la psicoterapia y específicamente de la terapia familiar, ya que esta representación o conocimiento influye e interviene en la alianza y adherencia terapéutica.

### **3. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN**

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

##### **“REPRESENTACIÓN SOCIAL DE PROSTITUCIÓN INFANTIL EN MADRES DE MUJERES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE MEXICO”**

Anel H. Gómez San Luis, Marina Giangiacomo Bolzán y Arturo Sirgo Cruz  
Universidad Nacional Autónoma de México

#### **RESUMEN**

La prostitución infantil es una de las peores formas de explotación sexual comercial de la niñez, se trata de un acto delictivo considerado como “una forma contemporánea de esclavitud”, cuyas consecuencias para los niños, niñas y adolescentes víctimas van desde la violencia física y psicológica, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos prematuros, hasta la muerte. Son diversos los elementos que se conjugan para poner a un niño, niña o adolescente en riesgo de ser prostituido, sin embargo, uno de los principales factores asociados con esta problemática es la dinámica familiar; es decir, en el mejor de los casos la familia juega un papel preventivo ante la prostitución infantil. A la inversa, los niños, niñas y adolescentes cuyas familias se encuentran en condición de pobreza extrema, violencia, hacinamiento, desintegración, dificultades de comunicación -entre otras problemáticas- suelen estar en mayor riesgo de prostitución infantil. Una de las principales formas de prevenir la prostitución infantil es a través de la acción familiar y comunitaria, para lo cual es importante construir programas preventivos que impulsen la participación de estos dos sistemas (familiar y comunitario). Desde la teoría de las representaciones sociales, el cambio de los significados que comparte un grupo social en un contexto determinado determina el cambio en las conductas relacionadas con el fenómeno significativo (prostitución infantil). El propósito de esta investigación es conocer los significados que las madres de adolescentes en riesgo asocian con la prostitución infantil, cómo conciben este fenómeno y cómo se lo explican, es decir su representación social. Para llevar a cabo esta investigación, se realizaron entrevistas a profundidad a veinte madres de chicas adolescentes en riesgo de prostitución en zonas marginadas de la Ciudad de México, donde se presenta el fenómeno (prostitución infantil). Se realizó un análisis de contenido al material discursivo obtenido en las entrevistas, las categorías obtenidas posteriormente fueron correlacionadas. Los resultados muestran la representación social distribuida en cuatro dimensiones: información, actitud, percepción de riesgo y conductas de prevención. Finalmente, se discuten las implicaciones en relación a la población en riesgo, a la comunidad y otras instancias sociales, señalando los alcances y limitaciones metodológicas del presente estudio.

**Palabras clave:** Prostitución infantil, Representación social.

## MARCO TEÓRICO

### *Prostitución infantil*

De acuerdo con la Declaración y Agenda para la Acción del Primer Congreso Mundial Contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños (1996), la explotación sexual comercial infantil es una violación fundamental de los derechos de la niñez, constituye una forma de violencia contra ésta y es una forma contemporánea de esclavitud. Una forma específica de explotación sexual comercial de niños es la prostitución infantil, la cual se refiere a “la utilización de niños y niñas para relaciones sexuales a cambio de dinero, o bienes, normalmente organizada por intermediarios” (OIT, 2003).

La prostitución infantil, a diferencia de la prostitución adulta nunca es voluntaria y va acompañada de una multitud de circunstancias que pueden convertir la existencia de un niño, niña o adolescente en un auténtico infierno (ECPAT, 2001). Además, un niño, niña o adolescente víctima de prostitución infantil, se encuentra envuelto dentro de un círculo de intereses fundamentalmente económicos. Existen 3 actores que definen la dinámica de la prostitución infantil: a) un niño, niña o adolescente que en su calidad de víctima es transformado en un objeto de uso, trato o venta; b) un cliente explotador que motivado por distintos factores y en contextos específicos, da un pago ya sea en dinero o en especie con el propósito de utilizar sexualmente a un niño o niña; y c) un intermediario explotador o red de explotadores, es decir, personas, que con el objeto de obtener una ganancia económica promueve la trata o venta de un niño, niña o adolescente para que un cliente o varios, le utilicen con fines sexuales (OIT, 2004).

La OIT (2004) describe tres niveles en los que suele manifestarse el impacto de la prostitución infantil: físico, psicoafectivo y social. En la práctica estos niveles se encuentran íntimamente relacionados, aún cuando en un momento sea más perceptible uno que otro. De esta manera el impacto tiene que ver con alteraciones de la salud sexual y reproductiva, utilización de drogas o alcohol, que generalmente desemboca en adicción. Afectaciones psicológicas como miedo, ansiedad, angustia, depresión, tendencias al suicidio, aislamiento, problemas escolares, sentimientos de vergüenza, culpa, estigmatización y baja autoestima; rechazo familiar y comunitario, dificultad para relacionarse con su grupo de pares, riesgo de muerte por accidentes, por enfermedad o por asesinato y violencia física y psicológica en su contra por parte de clientes o explotadores.

### *Representación social*

La representación social de un fenómeno (prostitución infantil), está conformada por un contenido, el cual incluye imágenes, opiniones, informaciones, creencias, mitos, etc. Este contenido hace referencia a un objeto: un descubrimiento científico, un hecho político, un fenómeno social como la prostitución infantil, etc. La representación de este objeto es creada por un sujeto (grupo, clase social) con respecto a otro sujeto. Moscovici (1961) señala que la noción de representación social remite a una forma de conocimiento corriente y compartido, llamado de “sentido común”. Para Jodelet (1988) las representaciones sociales son:

Imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos” (p. 472).

De acuerdo con Flores (2001), en una representación social pueden coexistir significados diferentes o hasta opuestos con respecto al mismo objeto de representación elaborados por un grupo homogéneo, lo cual posibilita la diversidad en el marco del consenso de la representación, siempre y cuando la contradicción no ponga definitivamente en causa los elementos centrales, permitiendo así que una representación constituida resista a la diversidad y a cambios que se generan en el marco del discurso y de la práctica social.

Para Ibáñez (1988), las representaciones sociales, determinan la visión de la realidad social y contribuyen a su construcción efectiva. Pero además cumplen con otras funciones como la comunicación social (concordar y disentir compartiendo un mismo significado), integran las novedades, contribuyen a la conformación de las identidades personales y sociales, así como a la configuración de los grupos. Además, ayudan a legitimar el orden social, ya que al aceptar la realidad social establecida se legitima el orden social, tanto a nivel simbólico como conductual. Siguiendo a este autor, la estructura de las representaciones sociales está conformada por tres dimensiones: a) información: se refiere a la organización de conocimientos que posee el grupo con respecto a un objeto social; b) el campo de representación: donde las imágenes se ordenan y jerarquizan, con lo cual se obtiene una visión abstracta del objeto representado. Un elemento importante de esta dimensión es el núcleo figurativo, en torno al cual se organizan los demás elementos del campo de representación; c) actitud: se refiere al juicio positivo o negativo hacia el objeto de representación. Esta es, posiblemente, la primera dimensión que se forma en la representación social.

### ***Representación social y prostitución infantil: una forma de prevención.***

Se puede decir que una acción de prevención inicia cuando existe una representación social de algún fenómeno o acontecimiento que lo define como peligroso o que se debe evitar (Milanese, Merlo y Laffay, 2001). En el caso de la prostitución infantil, antes de que las acciones de prevención puedan tomar curso, se debe conocer la representación social del fenómeno y es este primer proceso el que determina las acciones del segundo. Estas acciones contribuyen posteriormente a modificar o reforzar las representaciones que las motivaron. De esta forma, se explica el que las acciones de prevención tengan que incidir en los procesos de construcción de las representaciones sociales de fenómenos y conductas, y no sobre fenómenos y conductas que todavía no se han realizado. Si se interviene o se trata de prevenir lo que aún no existe, esto crea una representación y muy probablemente precipite su propia existencia (EDIAC, 2005).

De acuerdo con Milanese, et al. (2001) hay conjuntos de acciones o comportamientos que pueden ser resueltos trabajando sobre las representaciones sociales con las cuales están relacionados, y que el trabajo de prevención se puede plantear como una intervención sobre las representaciones sociales (su estructura y su funcionamiento) más que sobre los comportamientos y las relaciones. Por su parte, Moscovici (1988) señala que pueden ser sustituidos por otros, y en ese sentido desaparecer.

Así, al conocer la representación social de prostitución infantil construida por una comunidad en riesgo, se pueden crear programas de prevención que contemplen los significados que las personas y familias de esta comunidad comparten.

## MÉTODO

### *Objetivo*

- Conocer la representación social de prostitución infantil que tienen un grupo de mujeres cuyas hijas adolescentes trabajan en lugares donde se ejerce esta actividad.

### *Participantes*

El muestreo que se realizó para este estudio fue no probabilístico de tipo intencional, ya que para ser participante se requirió de las siguientes características específicas:

- Ser mujer adulta.
- Trabajar en lugares donde se observa la prostitución infantil.
- Tener por lo menos una hija adolescente que trabaje en lugares donde se observa la prostitución infantil.
- Trabajar en la misma comunidad donde trabaja(n) su(s) hija(s) adolescente(s).

La muestra estuvo conformada por 20 mujeres con las características anteriormente descritas, pertenecientes a las comunidades de La Merced, Tepito y Tacubaya, en el Distrito Federal).

### *Instrumento*

Ibáñez (1988) menciona que el procedimiento clásico para acceder al contenido de una representación social, consiste en recopilar material discursivo cuya producción puede ser espontánea, o inducida mediante cuestionarios o entrevistas semiestructuradas. En la literatura existente no se cuenta con algún instrumento específico para acceder a la representación social de prostitución infantil. Para fines de esta investigación se construyó una guía de entrevista semiestructurada. Específicamente, se trata de un cuestionario que consta de 21 preguntas abiertas agrupadas en 4 factores:

1. Información (6 preguntas)
2. Actitud (7 preguntas)
3. Percepción de riesgo (5 preguntas)
4. Conductas preventivas (3 preguntas)

Este instrumento está diseñado para aplicarse en forma de entrevista semiestructurada, por lo que los investigadores pudieron variar el tipo y número de las preguntas en cada entrevista (ver anexo 1).

En cuanto a la confiabilidad del instrumento, se intentó la obtención de suficientes mediciones para conseguir una adecuada base de evaluación incrementando el número de individuos medidos en lugar de aumentar el número de medidas de cada individuo (Selltiz, Jahoda, Deutsch y Cook, 1976).

Para calificar el instrumento se realizó un análisis de contenido al material discursivo, la información fue agrupada en categorías específicas para obtener una serie de indicadores que permitieron reconstruir el contenido de la representación social.

### *Procedimiento*

Las entrevistas se realizaron de forma individual en locales comerciales de los distintos mercados de La Merced, Tacubaya y Tepito, en la Ciudad de México, donde trabajaban las participantes. Los encuentros se efectuaron en los meses comprendidos entre noviembre 2005 y abril 2006. En algunos casos fueron programados previamente junto con la muestra participante en horarios y días pertinentes para ésta; en otros -por el contrario- fue espontáneo y decidido en el mismo día de la visita. Los investigadores se presentaron, por motivos de seguridad, todas las veces en parejas, acudiendo cada entrevistador a un local comercial diferente para realizar una entrevista.

Antes de comenzar con la entrevista propiamente dicha, el entrevistador realizó una fase de report a través de preguntas como ¿qué tal está? y ¿cómo han estado las ventas hoy? Se le explicó a cada participante el objetivo de la entrevista y se le garantizó que la información que proporcionara sería anónima. La participante decidió si la entrevista sería audiograbada o si el entrevistador sólo tomaría notas de sus comentarios. En el primero de los casos, el entrevistador colocó el micrófono a la participante o le pidió que ella misma se lo colocara en la ropa, de tal forma que se dirigiera hacia la boca, se colocó un casete en la grabadora y se comenzó a grabar la entrevista desde su inicio. En los casos en que la participante no accedió a ser audiograbada, el entrevistador utilizó hojas y lápiz para tomar notas. Una a una fueron abordadas las preguntas de la guía, pudiendo variar de acuerdo a las respuestas de la participante y al criterio del entrevistador. Al finalizar la entrevista se agradeció verbalmente a la participante. No existió un límite de duración para cada entrevista; simplemente se tuvo en cuenta el tiempo de la entrevistada, considerando que todas ellas se encontraban en su ámbito laboral. Sin embargo, la duración de las entrevistas fluctuó entre 20 y 60 minutos.

## **RESULTADOS**

### *Análisis de contenido*

Con el material discursivo resultante de las entrevistas, las respuestas de las participantes se agruparon en distintas categorías (ver anexo 2), se obtuvieron frecuencias y porcentajes que se utilizaron en el análisis de contenido.

A partir de los resultados obtenidos, resulta viable conocer la representación social de prostitución infantil que comparte un grupo de mujeres pertenecientes a zonas marginales de la Ciudad de México. En base a nuestra propuesta inicial, el fenómeno ha sido investigado teniendo en cuenta cuatro dimensiones.

1. Información. Vemos que el fenómeno es percibido como un negocio y se le confunde con el abuso. Los métodos por los que las mujeres son prostituidas están relacionados principalmente con la manipulación y el engaño. Se reconocen diversos indicadores de que alguien está en la prostitución, principalmente relacionados con los cambios físicos y de actitud. Se advierte que la prostitución infantil está presente en todos lados, pero sobre todo en zonas de clase baja. Las entrevistadas relacionan las causas del fenómeno principalmente

a factores familiares y a la pobreza. Las consecuencias incluyen daños tanto a nivel individual (adicciones) como destrucción familiar.

2. Actitud. Está enfocada hacia cuatro categorías. Hacia el fenómeno de la prostitución infantil existe un rechazo; hacia la víctima se expresa aceptación, empatía e intención de ayuda. Del proxeneta se piensa que es un delincuente que se aprovecha de la situación; y del cliente se piensa generalmente que es un enfermo que no tiene control de sus impulsos sexuales.

3. Percepción de riesgo. Se cree que las personas que están en un peligro mayor son las adolescentes que provienen de entornos de pobreza y que se rodean de influencias negativas. La percepción de riesgo en la comunidad es muy alta, sin embargo, la auto percepción de riesgo es baja.

4. Conductas de prevención. Se observa el papel que juega por un lado la familia, a través del cuidado, la provisión de bienes necesarios y la comunicación; y por otro las acciones primordialmente personales para combatir el fenómeno.

### Correlación

Se correlacionaron todas las subcategorías para observar alguna vinculación entre las mismas que se hubiera omitido en el análisis de contenido; es decir, se realizó el procedimiento para obtener información nueva y para confirmar -o en su caso refutar- la información existente. Se elaboró una Matriz de Correlaciones de tipo diagonal superior, ya que la información inferior representa el “espejo” de la anterior, por lo que se repetirían datos. Se consideraron significativos los coeficientes de correlación mayores a 0.6 (+/-). Los resultados significativos se presentan en la tabla 4.

El análisis de las correlaciones confirma la información revelada a través del análisis de contenido. Por ejemplo, existe una correlación negativa entre la definición de la PI como *abuso* y como *retribución económica*. Esto quiere decir que mientras que las personas entrevistadas dicen uno de estos ítems, no contestan el otro. Otra categorías que – de acuerdo a lo esperado – correlacionaron negativamente tienen que ver con *presencia vs. ausencia* tanto en la percepción de riesgo de PI en la comunidad como la autopercepción. Finalmente, una correlación que refuerza la idea inicial acerca de la importancia de la familia en la *prevención* de la PI, es un coeficiente positivo entre dos categorías de formas de prevención: *comunicación familiar vs. cambio de contexto*. Esto probablemente se debe a que las personas entrevistadas que dieron importancia a la comunicación familiar (95%), no vislumbran como otra forma de prevención el cambio de escuela o de lugar donde vivir. La importancia que estas personas le dan a la familia es vital. Al parecer, estos problemas se previenen desde adentro, y no desde afuera.

Sin embargo, la correlación de las categorías trae a la luz información nueva que ilustra conexiones que no podían verse. Por ejemplo, la categoría de indicador de prostitución infantil (PI) como *cambio físico* se relaciona positivamente tanto con la definición de PI como *retribución económica* como con una actitud de *rechazo* hacia el fenómeno. Esto nos hace pensar que probablemente el cambio físico (el estar vestida diferente, usar maquillaje) le evoca a las entrevistadas una sensación de que *la prostitución se ve “mal”*.

Otro resultado que llamó nuestra atención tiene que ver con dos categorías que correlacionan positivamente: Actitud hacia el fenómeno de PI de *resignación* y actitud hacia el cliente de que tiene *necesidades afectivas*. Esto nos podría indicar que las entrevistadas que proporcionan este tipo de información hacen una *justificación* tanto del fenómeno como de aquéllos que lo sustentan. “Ni

modo, la prostitución existe”, “pobrecitos los clientes, necesitan cariño” podrían ser ejemplos de cómo se puede poner una persona “fuera” del problema, pero sin ningún tipo de compromiso emocional.

Tabla 4. Matriz de correlaciones de las subcategorías resultantes del análisis de contenido

<b>Categoría 1</b>	<b>Categoría 2</b>	<b>Coficiente</b>
Definición de Prostitución Infantil – <b>abuso</b>	Definición de Prostitución Infantil – <b>retribución económica.</b>	-0.7035
Definición de Prostitución Infantil – <b>retribución económica.</b>	Indicadores de PI – <b>cambio físico</b>	0.6124
Indicadores de PI – <b>adicciones</b>	Causas de la PI - <b>Dios</b>	1.000
Indicadores de PI – <b>cambio físico</b>	Actitud frente al fenómeno PI – <b>rechazo</b>	0.6124
Métodos de reclutamiento – <b>obligación</b>	Actitud hacia la víctima – <b>rechazo/indiferencia</b>	0.6847
Consecuencias de la PI – <b>destrucción del contexto</b>	Actitud hacia la víctima – <b>apoyo/consejo</b>	-0.6078
Lugares donde se da la PI – <b>zonas clase alta</b>	Actitud hacia el proxeneta – <b>aprovechador</b>	0.6005
Consecuencias de la PI – <b>destrucción familiar</b>	Actitud hacia el proxeneta – <b>aprovechador</b>	0.6162
Actitud frente al fenómeno PI – <b>resignación</b>	Actitud hacia el cliente – <b>necesidad afectiva</b>	0.6667
Percepción de riesgo en la comunidad – <b>presencia</b>	Percepción de riesgo en la comunidad – <b>ausencia</b>	-0.6882
Actitud hacia el cliente – <b>enfermo</b>	Auto percepción de riesgo – <b>presencia</b>	-0.6634
Auto percepción de riesgo – <b>presencia</b>	Auto percepción de riesgo – <b>ausencia</b>	-0.8921
Actitud hacia el cliente – <b>necesidad afectiva</b>	Formas de prevención adoptadas – <b>provisión de bienes necesarios</b>	0.6882
Formas de prevención adoptadas – <b>comunicación familiar</b>	Formas de prevención adoptadas – <b>cambio de contexto</b>	-0.6882
Consecuencias de la PI – <b>violencia</b>	Formas de prevención adoptadas – <b>armonía familiar/presencia</b>	-0.6637
Lugares donde se da la PI – <b>zonas clase alta</b>	Acciones para combatir la PI – <b>políticas</b>	0.6005
Consecuencias de la PI – <b>destrucción familiar</b>	Acciones para combatir la PI – <b>políticas</b>	0.6162

## DISCUSIÓN

La prostitución infantil es un fenómeno con múltiples causas y consecuencias, cuya representación social contiene una variedad de elementos que se gestan en la riqueza de las interacciones sociales y se reflejan en múltiples discursos. Sin embargo, dentro de los elementos que conforman su núcleo central, es destacable la importancia que la comunidad otorga a la familia, como fuente de protección. La satisfacción de las necesidades materiales es necesaria, pero no suficiente, para garantizar un ambiente familiar integral y saludable. Un entorno familiar con padres involucrados en la vida cotidiana de sus hijos, con papeles definidos, equilibrados y con patrones de comunicación clara y directa entre sus miembros, se configura como un contexto ideal para la prevención de problemas tales como la prostitución. Por el contrario, se vincula la prostitución infantil con la desintegración familiar. Es decir, familias con miembros aislados, con escasa comunicación afectiva

y con poco interés de los padres hacia la vida de sus hijos, establecen un ambiente riesgoso, en el que las jóvenes quedan expuestas a entrar al “negocio” de la prostitución infantil.

Otro de los elementos centrales de la representación social de prostitución infantil en esta comunidad, refiere a la actitud de rechazo hacia el fenómeno y hacia los adultos involucrados y a su contraparte: la actitud de aceptación hacia las jóvenes prostituidas. A través de su discurso, las mujeres entrevistadas manifiestan tener plena conciencia sobre la gravedad del problema, y acentúan la necesidad de iniciar acciones, tanto personales como sociales, que permitan generar propuestas dirigidas hacia el cambio.

La actitud hacia el proxeneta es de rechazo absoluto; se le percibe como una persona mercantilista que comete un delito en provecho propio y que forma parte de las mafias de la prostitución infantil. Al usuario o cliente de la prostitución se lo asocia principalmente con un enfermo, cuyas acciones remiten a un desorden de tipo mental o emocional. Congruentemente, se encuentran actitudes empáticas hacia la niña o adolescente prostituida; se mencionan sentimientos y pensamientos de compasión y aceptación, así como la intención de realizar acciones concretas para apoyarlas.

La presente investigación es un aporte al estudio de fenómenos sociales complejos que por su carácter ilícito son de difícil acceso y por la magnitud de sus consecuencias a nivel mundial (especialmente para la infancia) requieren una pronta atención. Si bien los resultados presentados no son generalizables a otras poblaciones, la información obtenida constituye un material sumamente rico para diseñar programas de prevención e incidir en la problemática desde un enfoque que retome las características específicas de la población estudiada.

Lo anterior significa que entre los principales alcances o aportaciones de este estudio es destacable que se trata de un acercamiento a profundidad con poblaciones marginales y oprimidas, cuyas voces han sido históricamente ignoradas. En este sentido, se retoma el papel de la infancia como elemento prioritario en la construcción del presente y futuro de nuestro mundo. De ahí la importancia de realizar este estudio, que además es una denuncia ante la existencia del gran número de niños, niñas y adolescentes que están siendo prostituidos o que se encuentran en riesgo.

Otro aspecto importante de esta investigación, es que nos permite acceder al complejo entramado social donde se gestan los significados que dan lugar a la problemática de la prostitución infantil, a partir del cual será posible diseñar metodologías de investigación y modelos que nos permitan intervenir en la comunidad sin que esta intervención represente una amenaza y sea rechazada por la comunidad, por el contrario, conocer el sistema de significados socialmente compartidos, nos da la posibilidad de intervenir exitosamente.

En este sentido, una sugerencia para futuras investigaciones es que el número de entrevistas, así como la variedad de actores sociales entrevistados se incremente, ya que hasta ahora hemos conocido la representación social de un grupo de mujeres, es importante conocer cuáles son los elementos de esa representación que son compartidos por otros actores sociales y cuáles son distintos.

Finalmente, quizá esta investigación es tan sólo el inicio de una serie de preguntas que sólo podrán ser resueltas con la participación de distintas personas, que van desde la comunidad misma, hasta diversos profesionales e instancias, en un trabajo de red articulado que promueva la conciencia

social, el cambio de políticas públicas, la aplicación de la ley, la restitución de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; así como la implementación de programas preventivos y de atención en un nivel médico, psicológico, familiar y social.

### 3.2. Reporte de Investigación Cualitativa

#### “MODELOS DE RIESGO Y PREVENCIÓN DE PROSTITUCIÓN INFANTIL: UN ESTUDIO DE CASO”

Anel H. Gómez San Luis y A. Manuel Almanza Avendaño

#### MARCO TEORICO

La prostitución infantil es la utilización de niños y niñas para relaciones sexuales a cambio de dinero, o bienes, normalmente organizada por intermediarios (OIT, 2003). De acuerdo con la OIT (2004), existen diversos tipos de *factores de riesgo* de prostitución infantil. Entre los factores culturales se encuentran:

- La concepción “minorista” de la infancia como objeto, como propiedad privada de los adultos, o como sinónimo de pureza.
- El carácter mercantil que adquieren todos los fenómenos en las sociedades modernas, esto conlleva a que la dimensión sexual sea reducida al aspecto sensorial que es explotado dentro de las estrategias de la mercadotecnia y la publicidad, lo que hace más aceptable el uso de niños y niñas como parte del mercado sexual dentro de una sociedad de consumo.
- La violencia como forma de relación social es un aspecto característico de las relaciones dentro de las sociedades modernas y la cual es padecida también por la infancia.
- La historia de la discriminación y autoritarismo, es decir, la historia de un grupo cultural que discrimina y es autoritario, determina un tipo de relación de subordinación de un grupo sobre otro, de un sexo hacia otro y de una edad hacia otra.

Existen factores relacionados con el contexto social y comunitario:

- Los niveles de pobreza y desigualdad que favorecen la necesidad de obtener ingresos.
- La carencia de instituciones y servicios apropiados dentro de una comunidad que pudieran servir como instancias para advertir y actuar ante situaciones de riesgo.
- La dependencia económica a actividades laborales ligadas al turismo, a la recreación o al comercio.
- La falta de capacitación a funcionario públicos que convienen con el fenómeno y que en ocasiones ni siquiera notan su existencia.
- Altos niveles de inseguridad y violencia, especialmente hacia la infancia.
- Existencia de delincuencia organizada, incluso operando en otros ámbitos (drogas, armas, etc.)
- Presencia de grupos armados, principalmente ajenos a la comunidad.
- Zonas fronterizas de alto tránsito de personas y mercancías entre países.

Se han determinado factores relacionados con la familia:

- Débiles capacidades para criar y educar.
- Presencia de maltrato y abuso sexual al interior de la familia, ya sea hacia la madre o hacia los hijos.
- Conflictos de roles y comunicación que generan parámetros de relación difusos.
- Carencia de redes de apoyo familiar.
- Inestabilidad económica y laboral.
- Desintegración o desmembramiento del grupo familiar.

A nivel individual, EDIAC (2005) establece una serie de factores de vulnerabilidad:

- Bajo rendimiento escolar.
- Problemas académicos y de aprendizaje.
- Poco motivado para continuar sus estudios.
- Cuenta con amistades que se prostituyen y tiene contacto con redes de prostitución.
- Carece de acceso a espacios de recreación y cultura.
- Carece de servicios de salud.

### *Planteamiento del Problema*

A partir de la década de los noventa, se ha generado a nivel internacional una mayor preocupación por detener el problema de la prostitución infantil, y se han desarrollado instrumentos jurídicos, redes de organizaciones y protocolos operativos para prevenir y reducir la incidencia del problema.

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

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

Debido a la dificultad de abordar esta problemática en un contexto donde se pone en riesgo la integridad personal, las organizaciones no gubernamentales que intentan disminuir esta problemática han desarrollado intervenciones de prevención primaria. Entre las actividades desarrolladas se encuentran la investigación cualitativa que ha buscado identificar las zonas de prostitución infantil, las representaciones sociales acerca del fenómeno, así como la dinámica que encierra a esta actividad (como los factores de riesgo y vulnerabilidad, los actores sociales que participan en ella, formas de reclutamiento, etc.). Sin embargo, pocas veces se ha escuchado la voz de quienes están en riesgo, poco se sabe de sus historias, sus significados, sus expectativas, sus formas de vida, sus creencias, sus mundos subjetivos.

Otras actividades de prevención primaria han sido: identificar a niños en riesgo de prostitución infantil y favorecer su acercamiento a programas integrales que fomenten su desarrollo individual y brinden recursos sociales a sus familias; además de implementar campañas de prevención en la comunidad.

Dentro de este marco de prevención primaria, esta investigación pretende aproximarse a una adolescente en riesgo de prostitución infantil que habite en la zona de La Merced, para conocer su historia de vida, los actos que realiza en la vida cotidiana y el significado que tienen para ella sus interacciones en este contexto.

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

## MÉTODO

### *Participantes*

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

Otro motivo por el que se eligió a Karla<sup>1</sup>, es que de acuerdo con el ciclo básico de la prostitución infantil, ella podría ser una víctima potencial debido a que vive en un contexto donde se ejerce la prostitución (a una cuadra de la Avenida San Pablo), situación que es considerada por OIT (2004) como una característica que la pone en vulnerabilidad y favorece la detección de víctimas por parte de los explotadores sexuales.

### *Escenario*

En los alrededores del predio se observan vendedores ambulantes, hoteles, prostitutas frente a los aparadores y en la calle, una hilera de hombres observando prostitutas frente a un hotel.

El predio está ubicado en una calle solitaria, no está legalizado, en él viven 10 familias aproximadamente y cada una cuenta con uno o dos cuartos. Los sanitarios y lavaderos son compartidos y en el patio se observa una constante presencia de niños y hombres, además de algunas amas de casa lavando.

La vivienda de Karla y su familia consiste en un cuarto ubicado en la periferia, es decir, al fondo del predio (lo cual implica mayor riesgo para las niñas). Viven 10 personas en un cuarto de 4

---

<sup>1</sup> Por cuestiones de confidencialidad, el nombre de la adolescente ha sido modificado.

x 4 metros (aprox.). Hay una litera, pero sólo un colchón individual, donde duermen 6 personas. Cuentan con estufa, refrigerador, mesa, lavadora, televisión y estéreo. Hay dos ollas y pocos trastes. Hay un foco y la puerta es de madera, se cierra con un candado y una cadena.

### *Instrumentos*

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

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

### *Procedimiento*

Después de contactar a la adolescente que participaría en este estudio y pedirle su consentimiento para participar, acudimos con su madre y le explicamos cómo realizaríamos las entrevistas y cuál era el objetivo de las mismas (construir la historia de vida de Karla). Ambas dieron su consentimiento. Posteriormente iniciamos las entrevistas en la casa de Karla, las cuales se distribuyeron de la siguiente forma:

Tabla 5. Distribución de las sesiones de entrevista y temáticas abordadas en ellas

Número de entrevista participante	Duración de la entrevista	Etapa de vida abordada
1. Karla	2 horas aprox.	Datos generales, familia e infancia (desde el nacimiento hasta el término de la escuela primaria).
2. Madre de Karla	1 hora y media	Desde el nacimiento hasta la época actual, expectativas de la madre sobre Karla.
3. Karla	2 horas aprox.	La época de la secundaria (lleva 3 años cursando primer grado)
4. Karla	2 horas aprox.	Significados en diferentes esferas (noviazgos, familia, escuela, trabajo, amistades, comunidad) y vida cotidiana

La historia de vida fue realizada durante 4 entrevistas (dos por semana), con una duración aproximada de dos horas cada una, por lo que el tiempo total que se invirtió para realizar la historia de vida fue de 8 horas aproximadamente. Para cada entrevista los investigadores acudieron a la casa de Karla, en una fecha y horario previamente acordado con ella. Todas las entrevistas se realizaron por la tarde, en un horario aproximado de 3 a 5. Mientras uno de los investigadores realizaba las entrevistas, el otro tomaba notas sobre lo que ocurría en la casa, ya que las hermanas menores de

Karla estaban en el lugar. Este investigador también se hacía cargo de colocar la grabadora de audio y cambiar el cassette cuando éste se terminara; además, podía intervenir en la entrevista y hacer preguntas para puntualizar la información o para aclarar algunas dudas.

Cada entrevista fue programada con Karla y revisada antes de realizarse la siguiente entrevista, con el fin de aclarar dudas e ir investigando cada vez nuevas áreas o temas. Como parte de la historia de vida y para explorar más a fondo los significados realizamos dos ejercicios escritos, uno con Karla y otro con Karla y sus hermanas. El primero consistió en pedirle a Karla que dibujara en una hoja un círculo con su nombre y posteriormente anotara a las diez personas más importantes para ella, siendo el tamaño del círculo el nivel de importancia y la distancia entre los círculos el grado de cercanía con ella. El segundo ejercicio consistió en elegir palabras a las que Karla y su familia recurrían para describir cualidades y defectos. Con estas palabras, las tres hermanas tendrían que ubicarse a ellas y a su madre según el grado en que poseían cierta característica.

Al término de las cuatro entrevistas (cuando la información comenzó a ser redundante) dimos por terminado el trabajo de campo. Agradecemos a Karla, su madre y hermanas por su participación y nos dedicamos a hacer el análisis de los datos obtenidos.

## RESULTADOS

Tras haber categorizado y analizado los datos provenientes de las entrevistas y la observación del contexto, se desarrollaron modelos de riesgo y de prevención a partir del estudio de caso.

El *Modelo de Riesgo de Prostitución Infantil* (ver anexo 4) propone una interacción entre distintos niveles a través del tiempo:

### I) Nivel Cultural

- a) Discursos dominantes de superioridad y sometimiento (tales como clases altas sobre clases bajas, hombre sobre mujer, adultos sobre niños) se relacionan con una cultura en la que el niño es reducido a un objeto de comercialización.

Estos aspectos afectarán al nivel social favoreciendo políticas públicas ineficaces ante los distintos tipos de desigualdades y que no protegen a los individuos, especialmente a mujeres y a niños.

### II) Nivel Social

- a) Políticas públicas ineficaces que no favorecen el desarrollo económico y social, ni brindan protección suficiente a la mujer y a la niñez. Esto se observa en la carencia de leyes eficaces, en una ineficaz aplicación de la ley y en la insuficiencia de programas gubernamentales de protección a la niñez.
- b) Medios de comunicación promueven la imagen de la mujer como objeto sexual comercial, lo cual dificulta la posibilidad de proteger a la mujer cuando a la vez se permite que se le exponga en una situación de riesgo.

Estos aspectos favorecerán en el nivel comunitario fenómenos como la marginación social y la organización de la comunidad para el desarrollo económico, lo cual puede incluir actividades

ilegales como la prostitución infantil, generando una situación de riesgo para los niños que pertenecen a la comunidad, debido a los procesos sociales que regulan este tipo de actividades ilegales. También se impide la aplicación de las leyes para la protección de la mujer y la niñez en este contexto, además de que hay una falta de programas gubernamentales que puedan suplir la falta de redes de protección para sectores específicos de la comunidad.

### III) Nivel Comunitario

a) La *Marginación Social* favorece el desarrollo de un contexto de ocio, adicciones y violencia que coloca en mayor riesgo de abuso para los niños, especialmente cuando no cuentan con redes suficientes de protección en la comunidad.

b) Las *Actividades Ilegales* son una forma en que la comunidad organiza actividades económicas, aunque también recurre a actividades legales, como el comercio formal. Entre las actividades ilegales de esta comunidad se cuentan: el comercio informal, la piratería, el narcotráfico, la delincuencia organizada y la prostitución (adulta e infantil).

c) Las *Reglas Comunitarias que organizan las actividades económicas* favorecen la inserción de los niños al contexto laboral, una cultura de no denunciar y de protegerse contra las represalias, lo cual dificulta la formación de redes de apoyo a la niñez y a la mujer.

d) Los *Procesos selectivos de captación de la prostitución infantil* establecen dos niveles distintos de riesgo:

- Existe menor riesgo para niños que son hijos de empleados, comerciantes y locatarios, ya que son conocidos por la comunidad y los centros de trabajo de los padres funcionan como espacios de contención y protección.
- Existe mayor riesgo para niños que no tienen redes o que provienen del exterior de la comunidad (otros pueblos, ciudades o delegaciones).

Estos aspectos afectarán al nivel institucional (educativo) tanto porque la expulsión de la escuela favorece la inserción de los niños a este contexto laboral y los expone al ocio dentro de una comunidad donde se realizan actividades ilícitas y que pueden dañar su integridad física y psicológica.

### IV) Nivel Institucional (Educativo)

a) Un contexto educativo desfavorable que implica una historia de rezago escolar que se relaciona tanto con problemas de conducta en el adolescente (en un nivel individual) como con una didáctica de los maestros que no se ajusta a las necesidades de los adolescentes. También se desarrolla en una comunidad donde existen actividades para obtener dinero que no requieren un gran desempeño escolar.

b) El ocio escolar aparece como una alternativa ante este contexto educativo desfavorable, donde se hace énfasis a las relaciones sociales con los pares. Sin embargo, esto provoca dificultades en las interacciones con la autoridad (especialmente los maestros).

c) El etiquetamiento escolar que se produce cuando maestros-alumnos no pueden resolver sus dificultades, se recurre a una autoridad superior (los servicios de orientación), quien otorga reportes de conducta y amenaza con la expulsión.

d) La expulsión escolar (que puede ser favorecida cuando se ha etiquetado a un alumno y se utilizan los reportes como forma de control), puede implicar la inserción del niño al contexto

laboral o aumentar el tiempo libre y el ocio. Ambos aspectos lo ponen en riesgo en el contexto de esta comunidad si no cuenta con las redes de protección adecuadas.

Estos aspectos se interrelacionan con el nivel de las redes sociales, ya que las relaciones con amigos (de la escuela, de la vecindad o de otro lugar) que establece el niño pueden favorecer o dificultar su desempeño escolar, colocarlo en una mayor situación de riesgo (de adicciones, violencia o prostitución), todo esto mediado por la presencia de redes de protección que regulen su tiempo libre y monitoreen el tipo de actividades que realiza.

#### V) Nivel de Redes Sociales (Amistades y vecinos)

- a) La Violencia en el predio puede observarse en los problemas entre adultos que son actuados por los niños, en los chismes y rumores que excluyen a individuos y familias, en la intrusión a las casas ajenas y una ausencia de mecanismos de protección entre los vecinos, la cual permite el hostigamiento a las mujeres, lo cual las pone en riesgo de abuso sexual y de otros tipos de violencia.
- b) Las Amistades relacionadas con la prostitución pone a las adolescentes en riesgo por el contacto con una red de prostitución y por la posibilidad de ser influidas por conductas y creencias que apoyan la prostitución infantil.
- c) Las Amistades etiquetadas, ya sea como “burros” o “latosos”, no brindan un apoyo útil para mantenerse en la escuela y favorecen la identificación con imágenes restrictivas (de incapacidad o de fatalidad).

Estos aspectos afectan al nivel Familiar, ya que ante la ausencia de figuras de autoridad que protejan a las adolescentes, se encuentran en mayor riesgo ante las condiciones de violencia y ocio del predio, como a la influencia desfavorable por parte de las amistades.

#### VI) Nivel Familiar

- a) La Familia monoparental encabezada por la madre, ante la ausencia de la figura masculina del padre que puede brindar protección y estatus, tiene que salir a trabajar sin obtener ingresos suficientes, además de que no recibe apoyo económico del padre.
- b) La Ausencia de una figura de protección ante los peligros de la comunidad expone a las adolescentes a un mayor riesgo, además de que esta figura puede regular el ocio (que implica que realicen actividades en el hogar y escolares e impida el contacto con amistades donde haya riesgo de adicciones o relaciones sexuales violentas) o monitorear el desempeño escolar de las adolescentes (ya que al no desarrollarse un plan para atender un problema escolar, las niñas tienen que solucionarlo por sí mismas, cuando podrían requerir ayuda de sus padres para superarlo y favorecer su permanencia en la escuela).
- c) Algunas características personales de la madre, como la dificultad de establecer límites, pueden poner a las adolescentes en mayor situación de riesgo. Por ejemplo, el temor a los abusos del patrón puede impedir que busque un empleo con mejor salario, que permita solventar las necesidades escolares y favorezca un mayor tiempo para estar con las hijas (a la vez como figura de protección). Otro aspecto es la dificultad para poner límites con la familia de origen, ya que aumenta las condiciones de hacinamiento, provoca una sobrecarga en las funciones de la familia, la pérdida de privacidad y genera conflictos entre familias que pueden favorecer las salidas de la casa por parte de las adolescentes en un momento dado.

Otras formas en que el Nivel Individual (adolescente) es afectado por el nivel familiar se derivan de la presencia de mensajes conflictivos, de la forma en que se percibe a la figura masculina y de etiquetas asimiladas a partir de miembros de la familia de origen.

## VII) Nivel Individual

- a) La Recepción de Mensajes Conflictivos como “no hay que rajar (no denunciar)”, “no te dejes” o “no te metas en problemas”, pueden generar confusión al momento de que la adolescente tome decisiones y responda a situaciones de tensión.
- b) La tendencia a solucionar los problemas por ella misma pueden convertir a la adolescente en una persona independiente, pero a la vez la pueden poner en diversos riesgos: si existen conflictos con vecinos, puede evitar que se entere su mamá y tratar de solucionarlos por sí misma; puede evitar que las autoridades se enteren cuando es provocada por compañeros; puede evitar que mamá se entere de reportes escolares; y se pone en riesgo de que no denuncie el acoso o el abuso de un proxeneta.
- c) La percepción de la figura masculina como peligrosa, tanto por la forma en que han participado diversos hombres en los niveles comunitario, familiar y de red social, favorece el riesgo de relacionarse con un proxeneta (porque si todos los hombres son malos, habrá que adaptarse al que le toque).
- d) El etiquetamiento como “latosa” o “niña repetidora” la predispone al ocio escolar y a no respetar las reglas, así como a creer que no es capaz de aprender y pasar las materias, lo cual la pone tanto en riesgo de recibir reportes y de tener un bajo aprovechamiento. Esto a la vez la pone en riesgo de expulsión como de deserción escolar, ante lo cual aparecen como alternativas el ocio y el trabajo infantil, en una comunidad donde no se requieren tantos estudios para conseguir dinero, sino participar en las diversas actividades, legales o ilegales, que se han organizado para el desarrollo económico de La Merced.

El *Modelo de Prevención de Prostitución Infantil* se basa en la interacción de los niveles anteriores a través del tiempo (ver anexo 5).

## I) Nivel Cultural

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

## II) Nivel Social

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

## III) Nivel Comunitario

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

#### IV) Nivel Institucional

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

#### V) Nivel Familiar

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

#### VI) Nivel Individual

Vinculado con el rechazo materno a la prostitución, se encuentran algunos aspectos individuales de la adolescente que son preventivos: una concepción no mercantil de su cuerpo y de su sexualidad, la percepción de la prostitución como una actividad dañina a nivel físico y moral, así como una baja auto percepción de riesgo de caer en la prostitución (incluso se expresa que se recurriría al suicidio si llegara a prostituirse). Tras haber percibido que los hombres de su comunidad son drogadictos, acosadores, proxenetas, delincuentes, violentos y que embarazan a las mujeres sin hacerse responsables, ha desarrollado una percepción de la figura masculina como peligrosa (que a la vez puede ser un factor de riesgo), que le permite conocer los riesgos de la comunidad y desarrollar estrategias para protegerse. A esto se aúna el hecho de que percibir que los patrones humillan a los empleados la motiva a buscar un trabajo fuera de la comunidad.

### **DISCUSIÓN**

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

Dentro de la comunidad existen redes de apoyo que protegen a los niños de ser captados. Sin embargo, no todas las familias e individuos cuentan con estos lazos, por lo que la presencia de instituciones que realicen programas de prevención permite la creación de una red de protección para los niños en riesgo. Estas instituciones pueden incluso realizar una significativa labor en la relación entre el niño y la escuela, para favorecer que los niños continúen estudiando, ya que el fracaso escolar promueve el ocio o la entrada prematura al contexto laboral, en una comunidad donde existen un gran número de riesgos en la cotidianidad.

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

Este caso deja algunas interrogantes para el campo de la terapia familiar. ¿Cómo apoyar a una familia resiliente que no manifiesta la necesidad de una terapia? ¿Cómo evaluar la situación de la familia para observar el efecto de otros niveles? ¿Cómo intervenir en otros niveles para apoyar a la familia?

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

### **4.1 Productos Tecnológicos**

#### **A. CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL: ABORDAJE DESDE EL MODELO DE SOLUCIONES DE TERAPIA FAMILIAR**

**Anel H. Gómez San Luis**

#### **Resumen**

La propuesta del modelo de soluciones para el tratamiento del consumo problemático de alcohol es una propuesta innovadora, ya que contrasta fuertemente con las ideas “tradicionales”, según las cuales es necesario un tratamiento prolongado para encarar el consumo problemático de alcohol. En este contexto Garfield (como se cita en Berg y Miller, 1996) menciona que para el modelo breve orientado a soluciones la duración del tratamiento tiene particular relevancia, ya que la investigación indica que el promedio de sesiones a las que asisten los pacientes está entre cinco y seis.

El modelo desarrollado en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee representa un método creativo y una estrategia que a su vez permite desarrollar tantas estrategias como sea necesario para los diversos tipos de bebedores problemáticos que existen. Además, al disminuir los costos económicos y de tiempo para el tratamiento del consumo problemático de alcohol, resulta una herramienta muy eficaz y accesible.

Berg y Miller (1996) señalan que el modelo breve orientado a soluciones se sustenta en los siguientes principios y supuestos aplicables al bebedor problemático:

- Es importante hacer énfasis en la salud mental y no en la enfermedad.

- Se promueve la utilización de los recursos, habilidades, motivaciones, red social y circunstancias del paciente, así como de los periodos en los que la bebida no es un problema.
- Visión atórica/ no normativa /determinada por el paciente: existe un tipo de alcoholismo diferente para cada uno de los pacientes tratados.
- Parquedad: emplear los medios más simples y directos para llegar a un fin.
- El cambio es inevitable, por lo que muchas veces la terapia sólo identifica los cambios que ya se están produciendo y los utiliza para llegar a una solución.
- Se orienta hacia el presente y el futuro para ayudar a los pacientes en su ajuste actual y el que vendrá.
- Es importante mantener una actitud de cooperación: trabajar junto con el otro.
- Las tres reglas de la terapia centrada en la solución son: si no está roto ¡no lo compongamos!, una vez que sepa usted qué es lo que funciona ¡haga más de lo mismo! y si eso no funciona no vuelva a intentarlo: ¡haga algo diferente!

El modelo de terapia familiar centrado en soluciones aplicado al tratamiento para el consumo problemático de alcohol propone el “método de los cinco pasos” (Berg y Miller, 1996), el cual consiste en:

1. Identificar el tipo de relación paciente – terapeuta: ya que el resultado del tratamiento depende tanto del paciente como del terapeuta, el conocer el tipo de relación que se establece entre ellos, hace posible determinar cuál será la mejor intervención.
2. Elaborar objetivos bien pensados: de esta manera es más fácil determinar si se está progresando, lo que hace a la terapia más eficiente y eficaz. Cuando esos objetivos se cumplen se considera que la terapia ha terminado, independientemente del número de sesiones que haya requerido.
3. Orientar hacia la solución: el método de entrevistar de un modo que conduzca a la solución, incluye cinco preguntas bastante útiles, como preguntas que destacan el cambio previo a la sesión, preguntas para encontrar la excepción, preguntas por el milagro, clasificar según una escala y preguntar al paciente cómo enfrentar su problema.
4. Componentes, tipos y administración de las intervenciones: todas las intervenciones centradas en la solución, tanto la entrevista como las tareas para el hogar, están destinadas a suscitar, desencadenar y repetir las excepciones que el paciente genera. La intervención se personaliza para cada paciente, de acuerdo al tipo de relación que se da entre terapeuta y paciente.
5. Mantenimiento del objetivo: a partir de la segunda sesión la tarea terapéutica consiste en ayudar al paciente a seguir adoptando una postura activa hacia su bebida problemática y hacia su vida.

Finalmente, cuando un paciente informa que ha sufrido un retroceso el papel del terapeuta es decisivo para ayudar al paciente a ver los éxitos que tuvo antes del retroceso, y para señalarle que la única tarea importante es volver a los objetivos originales lo más pronto posible.

### **Justificación**

¿Por qué trabajar con el problema del alcohol desde un modelo de terapia breve? La respuesta es sencilla:

- Un modelo breve es igual de eficaz y mucho más económico: los pacientes que abusan del alcohol muestran cambios positivos rápidamente con intervenciones breves (4 a 6 sesiones), cuando el tratamiento es dirigido a un objetivo, personalizado y centrado.
- El modelo desarrollado en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, es un método creativo y accesible de atención al problema del alcohol desde el modelo de soluciones.

### **Objetivo**

Proporcionar a psicólogos, terapeutas, terapeutas en formación y otros profesionales de salud, herramientas teórico-prácticas para que sean capaces de atender casos de consumo problemático de alcohol, utilizando el modelo breve de terapia familiar orientado a soluciones.

### **Población**

Se trata de un taller de capacitación dirigido a psicólogos, terapeutas, terapeutas en formación y otros profesionales de la salud interesados en adquirir conocimientos teóricos y prácticos para la atención al consumo problemático de alcohol.

### **Duración**

El taller está diseñado para impartirse en un total de 12 horas divididas en dos sesiones.

### **Resultados esperados**

Al término del taller se espera que los participantes:

- Conozcan los antecedentes y trabajos precursores desde la terapia familiar para el problema del consumo de alcohol.
- Sepan cuáles son las ventajas de abordar el consumo problemático de alcohol con un modelo breve de terapia familiar.
- Identifiquen los principios y supuestos del método centrado en soluciones para el bebedor problemático.
- Conozcan la propuesta del modelo de soluciones para el consumo problemático de alcohol (el método de los 5 pasos).
- Pongan en práctica el método de los 5 pasos con casos hipotéticos y familias simuladas.

## **B. PREGUNTAS EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA**

**Anel H. Gómez San Luis y A. Manuel Almanza Avendaño**

### **Resumen**

Las preguntas en terapia familiar sistémica y posmoderna pueden considerarse como uno de los principales recursos con los que cuenta el terapeuta para guiar el proceso terapéutico. Por ello es importante conocerlas a profundidad para darles el mejor uso posible, esto es conocer sus bases epistemológicas, objetivos, tipología, clasificaciones, en qué modelos se insertan y como pueden

complementarse. Por lo anteriormente expuesto, este producto tecnológico consiste en una presentación en Power Point acerca de las preguntas en terapia familiar sistémica y posmoderna.

Al principio de la presentación, se definen algunos objetivos de las preguntas en el contexto de la terapia familiar:

- Obtener información de diversa índole
- Hacer que los pacientes se perciban como agentes de cambio e identifiquen sus recursos
- Crear un vínculo con el cliente

Después se retoma a Karl Tomm (1988), quien clasifica las preguntas de la siguiente manera:

1. Lineales: sirven para que el terapeuta se oriente acerca del problema de la familia, ya que permiten conocer la definición y explicación que los miembros dan al síntoma. Promueven la unión con la familia al favorecer la expresión de sus puntos de vista, y a la vez favorecen los juicios de valor en el terapeuta respecto al problema.
2. Circulares: se caracterizan por interconectar a dos o más individuos con la conducta que se está analizando. Buscan las relaciones entre personas, acciones, percepciones, sentimientos y contextos. Su función es orientar al terapeuta acerca de las interacciones familiares e incorporar a la familia en una nueva visión de sus relaciones. En este apartado también se revisa la clasificación de preguntas circulares propuesta por Nelson, Fleuridas y Rosenthal en 1986.
3. Estratégicas: su objetivo es predominantemente correctivo, ya que el terapeuta trata de influir en forma directa para que el cliente tome partido por la solución que le sugiere (Ochoa, 1995).
4. Reflexivas: son un intento por parte del terapeuta de influir a la familia en forma indirecta y la capacitan para que genere por sí misma nuevas percepciones y conductas que faciliten la solución de sus problemas. Según Tomm (1987) se clasifican en diversos tipos y subtipos, los cuales son expuestos en esta parte de la presentación.

Posteriormente se expone la clasificación propuestas por Navarro (1992):

- Preguntas directas
- Preguntas sobre palabras míticas
- Preguntas por el problema
- Preguntas por coaliciones
- Preguntas por la secuencia
- Preguntas para comparar y clasificar
- Preguntas sobre acuerdos de unos con otros
- Preguntas sobre cómo un tercero ve la relación entre otros dos
- Preguntas de comparación entre subsistemas
- Preguntas condicionales
- Preguntas explicativas
- Preguntas inductivas

Por su parte, Andolfi (2003) distingue entre dos tipos de preguntas:

- Preguntas autorreflexivas: estimulan la relación entre el cliente y la imagen de sí mismo.
- Preguntas heterorreflexivas: son indirectas e implícitas, ya que si el objetivo es poner a A en relación con B y viceversa, resulta útil que A sienta como B, y B sienta como A antes de pedirles que expresen sus sentimientos personales sobre el problema de A o B.

Tras presentar las diversas clasificaciones, se explican y ejemplifican preguntas de los siguientes modelos:

- Modelo de terapia breve del MRI: las preguntas se realizan bajo la premisa de que cualquier cambio en el patrón que rodea el problema disminuirá la probabilidad de que se vuelva a producir.
- Modelo de soluciones: enfatiza el uso de preguntas presuposicionales, las cuales tratan de encaminar a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos, basándose en la premisa de que el cambio es inevitable. Este modelo enfatiza la búsqueda de excepciones a los problemas, ya que esto permite encontrar las diferencias entre las situaciones problemáticas y no problemáticas; pero cuando no se pueden recordar excepciones, se recurre a las preguntas orientadas al futuro o de avance rápido, como la pregunta del milagro; en la que se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es; una vez que describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución.
- Modelo de terapia narrativa: desarrolla una serie de preguntas para la deconstrucción, que implica explorar los conocimientos implícitos y las formas de pensar inyectadas por la cultura para valorar sus implicaciones y descartarlas si se considera beneficioso. Clasifica tres tipos de preguntas para deconstruir la narrativa: preguntas por el panorama de la acción, preguntas por el panorama de la conciencia y preguntas por la experiencia de la experiencia (lo que la persona cree que pueden pensar los demás). También existen preguntas para reconstruir prácticas de poder, que permiten al terapeuta externalizar los discursos dominantes.

Cabe mencionar que se abordaron estos tres modelos porque utilizan preguntas específicas o han clasificado las preguntas que realizan durante el proceso terapéutico, a diferencia de otros modelos que retoman diversos tipos de preguntas de la clasificación de Tomm, pero sin caracterizarse por el uso de preguntas de fórmula o diferenciar las preguntas que hacen en función de los objetivos o la etapa del proceso terapéutico.

A lo largo de toda la exposición se muestran bastos ejemplos del tipo de preguntas expuestas y del contexto en que pueden ser utilizadas. Además, se recomienda a los terapeutas en formación una lectura más profunda de los modelos de los que surgen los distintos tipos de preguntas. Se enfatiza la importancia de la práctica de los modelos para aprender a utilizar las preguntas en las conversaciones y a utilizar preguntas de diferentes modelos en un mismo proceso terapéutico cuando esto sea posible. Se hace hincapié en la necesidad de escuchar al cliente y de validarlo, puesto que la persona del terapeuta es un elemento esencial para el éxito terapéutico. Finalmente, cabe señalar que no se recomienda el uso de las preguntas en forma mecánica ni recurrir a cualquier tipo de pregunta sin atender al proceso de la conversación y a los tiempos de los pacientes. Sin embargo, el reto de cada terapeuta es aprender a manejar los tiempos de la terapia, reflexionar sobre su posición en el sistema terapéutico, desarrollar un estilo propio y aprender a abordar situaciones

complejas donde los casos no se ajustan a las formas en que suele tratar de solucionar o disolver un problema.

### **Justificación**

Se puede decir que una de las herramientas principales del terapeuta familiar son las preguntas que hace a los integrantes de la familia durante las sesiones de terapia familiar. Una dificultad para los terapeutas en formación es saber qué tipo de preguntas hacer en los diversos momentos del proceso terapéutico. La cuestión se torna más compleja porque no basta tener una lista de preguntas posibles, sino que es importante saber de dónde surgen las preguntas, cuál es su objetivo y cómo se pueden complementar. Como respuesta a esta necesidad de los terapeutas en formación, hemos elaborado una presentación de Power Point como un material de apoyo didáctico a los programas de formación de terapeutas familiares, para favorecer el conocimiento de distintos tipos de preguntas que puedan orientar sus prácticas supervisadas, tanto para organizar sus sesiones como para mantener una perspectiva sistémica o posmoderna.

### **Objetivo**

El objetivo de esta presentación es brindar una guía que permita identificar el tipo de preguntas que se pueden utilizar en cada modelo de terapia familiar y considerar la importancia que tiene para ciertos modelos el realizar preguntas específicas para dirigir el curso de la terapia y posteriormente cambiar a otro tipo de preguntas.

### **Población**

Esta presentación esta dirigida a terapeutas en formación y profesores de terapia familiar, como una herramienta didáctica para el uso de las preguntas en la terapia familiar.

### **Duración**

La duración aproximada de la lectura y explicación de la presentación es de 3 horas, sin embargo consideramos que el tiempo puede variar de acuerdo a la participación de los alumnos y al número de preguntas que el profesor deba contestar o reflexionar con el grupo.

### **Resultados esperados**

Esperamos que esta presentación sirva a los alumnos para conocer las preguntas en terapia familiar y para guiar los procesos terapéuticos a su cargo, pero también esperamos que sea una herramienta didáctica para los profesores de terapia familiar, la cual puede ser consultada no sólo una, sino varias veces en la vida de profesores y alumnos.

## **4.2 Programa de intervención comunitaria**

### **¿QUIERES SABER UN SECRETO? TALLER DE PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL**

**Anel Gómez San Luis y Manuel Almanza Avendaño**

#### **Justificación**

El abuso sexual infantil es un problema muy frecuente que es necesario prevenir y atender de forma integral, ya que cuando un niño o niña ha vivido una experiencia de abuso su salud física y emocional se ven lesionadas severamente.

El abuso sexual infantil consiste en cualquier acción de un adulto que involucre o permita involucrar a un menor de edad en actividades de tipo sexual. Estas acciones se pueden dar con o sin contacto físico e incluyen incesto (actividad sexual con familiares cercanos), estimulación sexual (tocamientos, masturbación, etc.), vejaciones, violación, exhibicionismo, explotación sexual, pornografía infantil, etc. (Farnós y Sanmartín, 2005).

Así, el abuso sexual infantil se trata de cualquier contacto de naturaleza sexual que un adolescente o adulto tiene con un niño o niña, con el fin de estimular el placer sexual del agresor o agresores. Desde el punto de vista legal, cuando el abuso se comete por vía vaginal, oral o anal tiene mayor penalidad. Sin embargo, desde el punto de vista emocional, cualquier tipo de ataque sexual genera alteraciones emocionales en quien lo vive, por lo que necesita ser atendido por un profesional especializado.

Una de las más serias implicaciones del abuso sexual infantil, radica en los daños causados a los niños y niñas porque les ocasiona sentimientos de culpabilidad, daña fuertemente su autoestima, sufren toda clase de amenazas e intimidación por parte de su agresor, puede haber desgarres en los órganos genitales, hay riesgo de enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH-SIDA, tienen miedo exagerado a quedarse solos, les causa desórdenes en la alimentación como falta o exceso de apetito, presentan rechazo a personas queridas y un apego excesivo a la madre, tienen trastornos del sueño, es frecuente que tengan síntomas de depresión (tristeza, pasividad, retraimiento, fatiga, malestar físico e incluso pueden presentar intentos de suicidio), tienen dificultad para relacionarse socialmente, su carácter se torna voluble u hostil y viven una vida sin tranquilidad ni alegría. Además, cuando un niño o niña ha sido abusado sexualmente no sabe lo que le pasa, no es capaz de anticipar ni es responsable de la conducta de las personas adultas, se siente confundido(a), indefenso(a) y tiene miedo; siente vergüenza, culpa, desconfianza y no sabe qué hacer.

Ante esta problemática frecuentemente vivida en las familias mexicanas y como parte de la maestría en terapia familiar, desarrollamos un taller de prevención de abuso sexual infantil con el cual logramos que niños, niñas y adultos desarrollaran estrategias para prevenirlo, o bien, buscaran orientación y atención especializada en caso de que ya hubiera ocurrido. Además, con este programa de intervención comunitaria fomentamos que los niños y niñas participantes compartieran sus conocimientos sobre abuso sexual con otros niños y niñas que no participaron en el taller.

## Objetivo

Proporcionar a los niños, niñas y adultos participantes en el taller, información y estrategias para prevenir y actuar oportunamente en casos de abuso sexual infantil.

## Población

El taller de prevención de abuso sexual fue impartido a un grupo de segundo grado de una de las escuelas primarias de la Colonia Pedregal de Santo Domingo, ubicada en la Delegación Coyoacán. El grupo estuvo compuesto por 10 niños y 14 niñas de entre 7 y 11 años de edad.

## Duración

El taller fue impartido en un total de 4 sesiones de 2.30 hrs. cada una.

## Descripción

Como ya se ha mencionado, el abuso sexual infantil es una problemática que aunque suele permanecer oculta es muy común en nuestro país, por ello consideramos importante incluir en el taller las siguientes temáticas básicas para su prevención:

### 1. ¿Qué es el abuso sexual infantil?

En esta sesión dirigida a niños, niñas y adultos se realizaron las siguientes actividades:

- Presentación de los participantes e instructores
- Entrega de gafetes (los cuales fueron guardados por los instructores y entregados a los participantes al comienzo de cada sesión)
- Encuadre de trabajo (construcción conjunta de un reglamento para los participantes e instructores)
- Proyección de la película “El árbol de Chicoca”<sup>2</sup>, para prevención de abuso sexual infantil
- Preguntas de comprensión de la película “El árbol de Chicoca”, para una definición del abuso sexual infantil
- Sopa de letras con palabras clave para la prevención del abuso sexual infantil
- Cierre del día con el juego “los cascabeles mágicos”<sup>3</sup>

### 2. ¿Cómo prevenir el abuso sexual infantil?

En esta sesión dirigida a niños, niñas y adultos se realizaron las siguientes actividades:

- Bienvenida y entrega de gafetes
- Actividad de desfogue “carrera de pelotas”<sup>4</sup>
- “Niñografía”<sup>5</sup> para el conocimiento y cuidado de su cuerpo
- Lectura de un cuento para determinar cómo actuar en situaciones de riesgo<sup>6</sup>

---

<sup>2</sup> DVD educativo sobre prevención de abuso sexual, para niños y niñas a partir de 5 años y adultos a su cargo.

© 2006 Lillian Liberman.

<sup>3</sup> Juego de distensión en el que los participantes hacen movimientos al ritmo de unos cascabeles que hacen sonar los instructores del taller.

<sup>4</sup> Juego de distensión en el que los participantes se dividen en equipos y se pasan de uno en uno una pequeña pelota hasta completar una vuelta, el equipo que lo haga en menor tiempo es el ganador.

<sup>5</sup> Dibujo del cuerpo humano (femenino y masculino) elaborado por los participantes.

- Cierre del día con el juego “los globos”<sup>7</sup>
3. ¿Cómo saber y qué hacer cuando un niño o niña está siendo abusado sexualmente?  
En esta sesión dirigida a niños, niñas y adultos se realizaron las siguientes actividades:
- Bienvenida y entrega de gafetes
  - Actividad de desfogue “pájaros y parvadas”<sup>8</sup>
  - Frases de verdad, mentira y no sé para identificar cuando un niño o niña ha sido abusado sexualmente
  - Lluvia de ideas para prevenir o actuar en caso de abuso sexual
  - Evaluación del taller por parte de los niños, a través del juego “las entrevistas”<sup>9</sup>
  - Entrega y lectura conjunta del manual del participante o “libro para colorear”<sup>10</sup>
  - Cierre del día y despedida con ceremonia de entrega de diplomas de participación para niños y niñas
4. ¿Cuáles son las implicaciones del abuso sexual infantil y cómo saber cuando un niño o niña ha sido abusado sexualmente?  
En esta sesión dirigida sólo a adultos se realizaron las siguientes actividades:
- Bienvenida, presentación del programa de actividades y entrega de gafetes
  - Actividad de relajación “coro de trabalenguas”<sup>11</sup>
  - Exposición del tema “daños, consecuencias e implicaciones del abuso sexual infantil”
  - Análisis y debate sobre las implicaciones del abuso sexual infantil
  - Exposición del tema “signos y síntomas físicos de los niños y niñas que han sido abusados sexualmente
  - Exposición del tema “cambios conductuales y características de un niño o niña que ha sufrido abuso sexual”
  - Lluvia de ideas sobre las sensaciones y sentimientos que experimenta un niño o niña que está siendo abusado sexualmente
  - Evaluación del taller mediante un cuestionario
  - Cierre del día con la actividad “no me quiero ir sin decir que...”

## Resultados

Debido a las características del taller, sus resultados más significativos son de naturaleza cualitativa y se describen a continuación:

---

<sup>6</sup> Cuento titulado “Azul: la caza vampiros” elaborado por los instructores.

<sup>7</sup> Juego en el que los participantes se dividen en equipos y avientan un globo al aire, gana el equipo que evite por mayor tiempo que su globo caiga al suelo.

<sup>8</sup> Juego de distensión en el que los participantes se unen en tríos para formar “nidos con pájaros”, los cuales se separarán de acuerdo a las instrucciones para formar nuevos nidos.

<sup>9</sup> En una simulación de entrevistas por televisión, se les pregunta a los niños y niñas qué aprendieron, qué les gustó, qué no les gustó, y qué proponen para mejorar el taller.

<sup>10</sup> Cuadernillo para colorear basado en la caricatura “Bob Esponja”, en el que los personajes dan consejos para prevenir y actuar oportunamente en casos de abuso sexual.

<sup>11</sup> Juego en el que los participantes se dividen por equipos y en coro dicen un trabalenguas, gana el equipo que tiene menos errores.

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

Fue útil construir conjuntamente un reglamento que regulara la conducta de los niños y que se obligara a cumplir por parte de los instructores y el mismo grupo, además de que se utilizaron reforzadores en algunas actividades que requerían mayor esfuerzo cognitivo. También aprendimos a manejar el lenguaje de los niños y a diseñar actividades grupales donde se favoreciera la reflexión y los niños mostraran lo que habían aprendido en el taller y en sus casas acerca del abuso sexual. Cabe señalar que para futuros talleres, puede ser muy útil agregar al manual del participante más actividades individuales para los niños, como completar las frases en una historieta, circular al personaje que está diciendo la verdad, ordenar la secuencia de una historia, o incluso recurrir a técnicas como el psicodrama para que los niños puedan representar diferentes roles en una obra.

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

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

En el trabajo con niños y niñas así como en el de adultos, aprendimos que es importante tener conocimientos teóricos sólidos acerca del tema que manejaremos, pero que se requiere traducir dichos conocimientos a un lenguaje que pueda ser comprendido por los participantes, y que también es útil permitir que los participantes expresen el conocimiento previo que tienen acerca del tema; ya que desde la postura del construccionismo social, esto permite que instructores y participantes intercambien conocimiento, y que se hagan públicos los valores que sustentan los valores de quien participan en el diálogo. Otro aspecto importante al presentar información estadística o que es

producto de la investigación, es mostrar que un problema social como el abuso sexual no siempre tiene los mismos efectos y que existen variables en el individuo y en el ambiente que pueden favorecer su resiliencia.

Es importante que antes de iniciar el taller se dialogue con los participantes, para conocer sus expectativas, negociar los tiempos y la viabilidad de las actividades. También resulta significativo obtener retroalimentación constante acerca del taller por parte de la institución donde se realice, para hacer las modificaciones necesarias durante el proceso. Una última reflexión es que el abuso sexual es uno de los secretos mejor guardados por nuestra sociedad, que se refleja en la falta de campañas publicitarias masivas para su prevención, o en los obstáculos para la educación sexual en las escuelas. Este problema social se halla vinculado estrechamente con los significados de las comunidades relacionados con el sistema de género y el sistema de dominación de los niños por parte de los adultos.

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

#### **A. “VIOLENCIA EN EL SUBSISTEMA FRATERO: EL ETERNO JUEGO DE LAS ALIANZAS Y COALICIONES”**

Anel H. Gómez San Luis y Edna Barrios Serrano

Trabajo presentado en el X Congreso Nacional y I Iberoamericano de Terapia Familiar: “Ciencia, Arte y Espiritualidad”; que se llevó a cabo del 23 al 26 de noviembre del 2006 en Acapulco, Guerrero.

El trabajo presenta un caso clínico que describe la relación que desde hace varios años mantienen un par de hermanas jóvenes, quienes han hecho de la violencia física, verbal y emocional su forma de relacionarse cotidianamente. Un año antes de terminar sus estudios profesionales, se ven alejadas de sus padres, se enfrentan a una nueva vida independiente, en donde el compartir un departamento hace que las peleas y discusiones que han tenido desde niñas, ahora se centren en la lucha por el espacio en la vivienda, y en cuestiones relacionadas con el día a día, como la preparación de alimentos o el aseo de la casa. Una madre triangulada por sus hijas y un padre periférico son los testigos silenciosos e impotentes de este círculo de violencia fraterna. El interminable juego de alianzas y coaliciones, así como las creencias familiares, gestan la constante dialéctica entre orgullo y humillación, la cual ha obstaculizado la tolerancia y aceptación entre hermanas. Los modelos estratégico y estructural de terapia familiar sustentaron el proceso terapéutico en este caso, donde el objetivo fue lograr que estas hermanas rompieran la pauta que determinaba el ciclo de violencia y que los padres logaran redefinir su función parental, a partir de una nueva forma de relacionarse con sus hijas.

En la primera parte de la ponencia se presenta el familiograma trigeracional elaborado en abril del 2006 (inicio de la terapia), un diagnóstico inicial que incluye: motivo de consulta, planteamiento del problema e hipótesis sistémicas. Posteriormente se presenta un breve marco teórico sobre la distimia desde el punto de vista sistémico, ya que la paciente identificada decía sentirse deprimida. En la parte intermedia de la ponencia se exponen las estrategias y técnicas de intervención empleadas y se explica cómo el caso ha sido atendido desde el modelo estratégico de terapia familiar; también se presentan los logros obtenidos y los objetivos para una segunda etapa de

la terapia, esta vez bajo el modelo breve del MRI. En la última parte se presentan las estrategias y técnicas empleadas, así como los logros obtenidos a partir de que la terapia se desarrolla desde el modelo breve del MRI. Para finalizar, se presenta el familiograma elaborado hasta esa etapa de la terapia (noviembre, 2006); con notables cambios en la relación entre hermanas, la cual se tornó menos agresiva, aunque aún distante; la madre con una mejor relación con ambas hijas y el padre menos periférico y más involucrado con la familia. Tres meses después de presentar el caso en este congreso, la familia fue dada de alta con un éxito total del caso.

La experiencia de presentar este caso clínico en un congreso fue grata y enriquecedora, aprendí más sobre cómo se deben integrar y reportar los casos que atendemos en la residencia de Terapia Familiar. Además, valoré la experiencia de la coterapia, la importancia de contar con un equipo terapéutico y con un espacio de supervisión, así como con el respaldo de una institución que siempre se ha caracterizado por su ética y compromiso social.

## **B. “PROSTITUCIÓN INFANTIL: UN RIESGO PARA FAMILIAS EN SITUACIÓN DE POBREZA Y MARGINACIÓN”**

Anel H. Gómez San Luis

Trabajo presentado en el X Congreso Nacional y I Iberoamericano de Terapia Familiar: “Ciencia, Arte y Espiritualidad”; que se llevó a cabo del 23 al 26 de noviembre del 2006 en Acapulco, Guerrero.

Se presentó una investigación cuyo tema central es la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, la cual es considerada una de las más lacerantes formas de violación a los derechos humanos y una expresión contemporánea de esclavitud. La investigación hace hincapié específicamente en la prostitución infantil, la cual es un fenómeno complejo y multicausal, que por su carácter ilícito ha sido escasamente atendido y estudiado, tanto por los gobiernos de los países donde existe, como por profesionales dedicados a procurar el bienestar de las familias y de la sociedad en general. Aunado a esto, el carácter ilícito de esta actividad hace que se desconozcan sus dimensiones y que se dificulte su estudio y atención. Sin embargo, las consecuencias de este delito son bien conocidas e incluyen desintegración familiar, deserción escolar, violencia física y psicológica, enfermedades venéreas como el SIDA, embarazos adolescentes, abortos, adicciones y en muchos casos, la muerte. Además, se sabe que entre las principales causas de la prostitución infantil se encuentran la pobreza y marginación, el desempleo, la violencia intrafamiliar, los movimientos migratorios, la discriminación de género y la desintegración familiar.

El primer momento de la ponencia es dedicado a la explicación del fenómeno de prostitución infantil, su definición, causas, consecuencias, actores que participan en ella y su impacto a nivel nacional e internacional. Posteriormente se exponen los aspectos centrales de la teoría de las representaciones sociales y su utilidad en el abordaje de problemáticas sociales complejas como la prostitución infantil. Posteriormente, se expone la justificación, objetivo y método de la investigación. Cabe destacar que para el desarrollo de este estudio, se realizaron entrevistas a profundidad a un grupo de madres de familia con hijas adolescentes en riesgo de prostitución. Entre los resultados más relevantes de esta investigación se encuentra el reconocimiento que las mujeres dan a la familia como elemento preventivo de prostitución infantil, atribuyéndole funciones de protección, cariño, provisión de bienes necesarios, educación, salud, orientación y principalmente comunicación familiar.

Finalmente, se señalan las implicaciones de esta investigación en el ámbito de la terapia familiar: “en el núcleo central de la representación social se encuentra la familia como fuente de protección y defensa contra la prostitución infantil. La satisfacción de necesidades materiales es necesaria, pero no suficiente, para garantizar un ambiente familiar integral y saludable. Un entorno familiar con padres involucrados en la vida cotidiana de sus hijos, con papeles claramente definidos y equilibrados y con una comunicación clara y directa entre sus miembros, se configura como el contexto ideal para la prevención de prostitución”. Por lo que el conocer la representación social de prostitución infantil, ayuda a detectar las necesidades específicas de atención que requieren las familias en riesgo de prostitución infantil, para ser atendidas ya sea en un proceso terapéutico, o bien a través de intervenciones sistémicas que sean aplicables en sistemas más amplios que la familia, es decir en comunidades sociales.

## **5. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL**

### **5.1. Discusión e Integración de las Consideraciones Éticas que Emergen de la Práctica profesional**

La posibilidad de vivir próximos puede expresarse con la frase de “darle su lugar a los demás”, lo cual es una ética. La ética consiste en ocupar el menor lugar posible en el espacio, moverse del modo más sutil. No estar de más, no figurar de más es una buena forma de la sutileza; pero, sobre todo, existe una manera de ocupar menos espacio: la que usa una bailarina de ballet, cuyo cuerpo parece que se mezcla con el aire. La manera de ocupar el menor lugar es ocupando bellamente ese lugar. Las cosas bonitas son aquellas cuya presencia no obstruye la percepción, por el contrario, producen la impresión de que la construyen: un olor limpio, una textura suave, una frase chistosa, una idea inteligente o un trabajo bien hecho no estorban, porque son modos de estar que no quitan espacio a los demás, sino que parece que se lo dan. Así, la estética no es un adorno, sino una forma de la convivencia, y así como se dice que los niños buenos son bonitos, o que las pinturas bonitas son buenas, así la ética es estética (Fernández, 2005, p. 61).

La Sociedad Mexicana de Psicología (2002), concede especial relevancia en el código ético del psicólogo, al siguiente precepto fundamental: “El psicólogo asume la responsabilidad de actuar, en el desempeño de sus habilidades profesionales, académicas y científicas bajo un criterio rector, que es garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la Psicología”. Y por tanto, se adhiere a los siguientes principios:

- Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas: este principio ético es el de mayor importancia en el proceso de toma de decisiones éticas, toda vez que hace hincapié en los derechos humanos e incluye el derecho a la libertad, la dignidad, el consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía, el trato justo, la igualdad y el derecho a establecer y dar por terminada la relación con el psicólogo.
- Cuidado responsable: este principio muestra la preocupación por el bienestar y evita el daño a cualquier individuo, familia, grupo o comunidad. Por ello, el psicólogo sólo debe realizar actividades para las que recibió la formación suficiente, es competente, y para las que posee conocimientos y destrezas actualizadas. Además debe actuar honestamente y con precisión

en sus declaraciones sobre su capacidad profesional, misma que debe acreditar en términos de títulos, grados universitarios y formación para actualizarse.

- Integridad en las relaciones: este principio apoya normas de comportamiento como evitar el engaño, el fraude, el empleo de títulos que no se poseen, la falsificación de resultados, y prejuicios al realizar investigación. Por ello, el psicólogo debe estar consciente de las circunstancias que rodean su actividad, de su propia historia y valores personales, y de la forma en que éstos afectan sus decisiones, interpretaciones, sugerencias y comportamiento, buscando siempre la máxima objetividad.
- Responsabilidad hacia la sociedad y hacia la humanidad: con este principio se busca que el psicólogo aumente el conocimiento y promueva el bienestar de la humanidad, por medio de métodos éticos. El psicólogo en sus acciones no debe dañar el medio ambiente, y sólo empleará su conocimiento con fines benéficos, además de que difundirá los conocimientos y aportaciones de la psicología que benefician a los seres humanos.

Cabe mencionar que estos principios son interdependientes y que en el caso específico de la terapia familiar es importante guiarse por el Código Ético de la Asociación Americana de Terapia Familiar y de Pareja. En este sentido, Goldenberg y Golderberg (2000) mencionan algunos principios éticos como: no discriminar o negar la terapia por cuestiones de raza, género, religión, nacionalidad u orientación sexual; evitar relaciones íntimas con los clientes o que busquen satisfacer los intereses personales del terapeuta, ya que esto afecta su juicio profesional y aumenta el riesgo de explotación o abuso de confianza; además, la relación terapéutica sólo se mantendrá mientras los clientes se beneficien con ella. El terapeuta debe respetar las decisiones que toman los clientes y ayudarlos a comprender las implicaciones de éstas, no abandonarlos ni ser negligente durante el tratamiento. Por el contrario, se debe canalizar a los clientes y familias hacia otros servicios terapéuticos cuando no sea posible brindar ayuda profesional. Un aspecto central de la terapia familiar es la confidencialidad, por ello el terapeuta tomará todas las medidas pertinentes para garantizarla, excepto cuando la revelación sea necesaria para evitar situaciones de peligro para una o más personas. En este sentido, se debe obtener consentimiento informado por escrito de los clientes, antes de grabarlos en audio o en video, o al permitir que terceros observen la sesión terapéutica. De la misma forma, sólo será posible utilizar el material clínico en espacios académicos si se cuenta con el permiso escrito del cliente. Por parte del terapeuta, es recomendable que éste asista a un espacio terapéutico para tratar los problemas personales y así evitar que éstos afecten su práctica terapéutica y juicio clínico. Además, debe evitar el diagnóstico, tratamiento o consejo en problemas que no estén al alcance de sus competencias profesionales; y mantenerse informado de los nuevos desarrollos en el conocimiento y la práctica de la terapia familiar, a través de actividades académicas y formativas.

Ahora bien, en el caso de la terapia familiar, como menciona Franca-Tarragó (2005) quizá el primer problema ético surja al tratar de definir qué es y cómo debe funcionar una familia para asegurar el adecuado estado de salud en cada uno de sus miembros; ya que lo que es y lo que debe ser una pareja humana o una familia está sujeto a una polaridad y diversidad de valores.

Así, considero que llegamos a un tema central en el ámbito de la ética profesional, y es que los valores, prácticas, costumbres y creencias no sólo guían, sino que en muchas ocasiones determinan nuestro ejercicio profesional. Por ello, creo importante practicar el juego de “cambio de lentes”, es decir, jugar a quitarnos (por un momento) los lentes de nuestros valores y creencias para dar prioridad a las necesidades del cliente o familia, entendiéndolas en el marco de su propio sistema cultural y de valores. Ahí entra una habilidad que considero importante para todos los terapeutas, me

refiero a la facilidad de entender y aceptar las prácticas y costumbres familiares existentes en determinada localidad. Esto significa, tener una visión más ecológica y social ante la diversidad cultural, y al mismo tiempo garantiza el respeto de los valores individuales y familiares. Por su puesto, si esas prácticas y valores resultan nocivos será recomendable abrir de manera conjunta un abanico de posibilidades para la familia, antes de causar una crisis en su sistema de valores.

Otro tema que considero muy importante es el de la confidencialidad, ya que al violarla se afecta moral y psicológicamente al cliente o familia. En este sentido, el manejo de los secretos individuales y familiares debe enfocarse a proteger la privacidad, pero también a la seguridad física y emocional del cliente y otras personas que pudieran estar involucradas. En este contexto, es importante considerar los postulados centrales de cada enfoque terapéutico con el que se trabaja, ya que cada uno aporta cierto sustento epistemológico, teórico y metodológico, que de alguna forma garantiza la práctica ética de la terapia. Así, por ejemplo, el uso de técnicas paradójales sólo debe realizarse si el terapeuta tiene una formación y entrenamiento sólidos que le permitan manejar adecuadamente los posibles efectos de éstas. Y es que mientras para algunos enfoques el empleo de estas técnicas ha sido criticado y rechazado, para otros enfoques es una de las herramientas principales con las que cuentan para ayudar a los clientes.

Por otro lado, habrá que considerar a poblaciones en condición de marginalidad y exclusión social que debido a variables como género, edad, clase socioeconómica, etnia, religión, nivel educativo, entre otros, son especialmente vulnerables. Además, es posible que posean ciertas representaciones y expectativas un tanto inusuales, en relación a la terapia; las cuales será necesario tomar en cuenta y utilizar para lograr el mayor beneficio para los clientes. En algunas ocasiones será importante que el terapeuta utilice una postura jerárquica mayor a la de los clientes (a fin de ser una clara figura de orientación y guía) y en otros, por el contrario tendrá que asumir una postura más igualitaria para lograr que los clientes saquen a flote sus recursos y habilidades. Por supuesto esto deberá lograrse siempre respetando el estilo personal de cada terapeuta.

Al hablar de jerarquía un tema que no puede evitarse es el del manejo del poder, y es que en los espacios terapéuticos el uso que la familia y el terapeuta hacen del poder puede determinar el curso y los resultados de la terapia. Por ello es necesario ser coherente con una postura y enfoque terapéutico, y no olvidar que el equipo terapéutico y la supervisión son elementos indispensables para equilibrar, neutralizar o hacer el mejor uso del poder, es decir el que resulte más benéfico para la familia o cliente.

En todo caso, el terapeuta además de considerar los valores y costumbres de la familia, de sí mismo y de la comunidad en la que se encuentra, deberá en todo momento apegarse a las políticas institucionales, así como a las leyes vigentes locales y federales que existan para todos los ciudadanos y para el óptimo ejercicio de las profesiones.

No hay que olvidar que el terapeuta cuenta con diversos recursos, los cuales van desde sus conocimientos y experiencia profesional, hasta su experiencia de vida y recursos personales. En este sentido, la persona del terapeuta es una valiosísima herramienta, y habrá que desarrollar o fortalecer aspectos como el trabajo en equipo (escuchar diferentes voces y puntos de vista), vinculación con otras profesiones y disciplinas, aplicación de aprendizajes realizados en otros contextos diferentes al académico, ser genuino y honesto consigo mismo y con los demás sin tener miedo a mostrar sus temores o dudas.

De esta forma, al ser genuino y honesto pienso que el terapeuta se convierte fácilmente en un artista, en un creador de obras dinámicas que nunca dejan de evolucionar, y que una vez culminadas siguen caminos diversos, siendo autoras de su propio cambio. El artista por su parte, les da su espacio, es sutil y no estorba ni entorpece el camino; más bien observa la armonía de sus obras, que ahora ya no son suyas y que en el fondo sabe que nunca lo fueron. Se convierte entonces en un admirador de esas obras, las observa con respeto y tranquilidad, porque ha entendido que la ética radica en dar su lugar y su espacio a los clientes y familias, sin estorbar, más bien se trata de estar presentes de una forma estética y elegante, que permita desarrollar habilidades y fortalecer a las personas.

## **IV. CONSIDERACIONES FINALES**

### **1. RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS**

De acuerdo con Santoyo y Martínez (como se cita en Santoyo, 2005) las habilidades son aquellas acciones, conductas, conjunto de recursos cognitivos, actitudes, patrones de comportamiento implicados en cualquier actividad, que son producto de la educación. Una habilidad nos capacita a realizar adecuadamente otras actividades jerárquica y/o lógicamente asociadas.

Al cursar la Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar, adquirí, desarrollé y fortalecí las siguientes habilidades:

1. Habilidades teórico conceptuales
  - Conceptualización de los modelos sistémicos y posmodernos de terapia familiar
  - Viabilidad de los modelos
  - Especificidad de los modelos
  
2. Habilidades clínicas, detección, evaluación y tratamiento
  - Capacidad de observación del proceso terapéutico
  - Establecimiento de contacto terapéutico
  - Entrevistar y generar una relación de colaboración
  - Técnicas de enganche y alianza terapéutica
  - Definición del motivo de consulta y demandas terapéuticas
  - Evaluar el tipo de problema y soluciones intentadas
  - Definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa
  - Identificación de necesidades y fuerzas entre los sistemas
  - Generar y/o aplicar la metodología y evaluar las demandas intra e interpersonales
  - Formular hipótesis que promuevan el cambio
  - Evaluar los resultados y terminar el tratamiento
  - Crear e instrumentar herramientas o procedimientos innovadores
  - Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica clínica
  - Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para la intervención
  - Diseñar, seleccionar y aplicar diferentes métodos y procedimientos eficazmente
  - Acordar con el usuario el curso de la acción terapéutica y co-establecer un plan de tratamiento
  - Elaborar reportes del tratamiento
  
1. Habilidades de investigación y enseñanza
  - Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación
  - Difundir conocimientos
  - Obtener datos acerca de las características de los problemas psicosociales
  - Diseñar un estudio siguiendo metodología cuali y cuantitativa
  - Realizar análisis contextuales de los problemas clínicos
  - Diseñar y conducir proyectos de investigación aplicada

- Establecer las condiciones relacionadas para el trabajo inter y multidisciplinario
2. Habilidades de prevención
    - Elaborar programas y proyectos de salud comunitaria
    - Identificar procesos que ayuden a resolver o prevenir problemas familiares y grupales
    - Diseñar programas de difusión, educación e intervención
    - Aplicar estos programas, en colaboración con los diferentes agentes que intervienen
  3. Ética y compromiso social
    - Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con compromiso
    - Una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios
    - Mostrar respeto y tolerancia hacia los diferentes enfoques, disciplinas y colegas
    - Ser sensible a las necesidades de la población y responder de forma profesional
    - Analizar con honestidad su trabajo terapéutico apegándose a la ética profesional
    - Actualizar e innovar sus capacidades profesionales de manera constante
    - Asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de ser necesario

Con las clases teóricas y las horas de entrenamiento clínico me fue posible adquirir, desarrollar y fortalecer, estas habilidades; ya sea en mayor o menor medida. Sin embargo, cabe señalar que durante la formación los alumnos no perseguimos conscientemente adquirir las habilidades, sino que éstas se dan de forma natural y espontánea, como consecuencia de nuestra participación en los seminarios teóricos, y al atender pacientes y familias. También mientras realizamos investigaciones, elaboramos productos tecnológicos, asistimos a congresos o llevamos a cabo programas de intervención comunitaria. Incluso al realizar trabajos en equipo, trabajos individuales por escrito o exposiciones durante los seminarios.

Además, cabe señalar que estas habilidades nunca dejan de nutrirse y que siempre es necesario regresar a su revisión y recordar que es nuestra responsabilidad ética y profesional capacitarnos constantemente para el mejor ejercicio de nuestra práctica profesional, ya sea en el ámbito clínico, como docentes, investigadores o cualquier otro en el que sea necesaria nuestra profesión.

Finalmente, mientras la psicología avance como ciencia, tendremos el motivo ideal para actualizarnos y capacitarnos, así como para contribuir con nuevos conocimientos al desarrollo de nuestra profesión.

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

Durante mi formación como terapeuta familiar, atendí un total de 14 familias: 4 en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y 10 en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, la tabla 6 muestra la distribución de las familias atendidas.

Tabla 6. Distribución de las familias atendidas por sede de entrenamiento

Situación de la familia Sede de entrenamiento	La coterapeuta se hace cargo de la familia	La familia decide dejar la terapia y reporta mejoría	La familia es dada de baja por inasistencia	La familia es dada de alta
Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	0	2	1	1
Hospital Juan N. Navarro	2	0	2	6
Total	2	2	3	7

Las principales problemáticas atendidas fueron:

- Violencia en el subsistema fraterno
- Problemas de conducta de los hijos e hijas adolescentes
- Mala comunicación familiar y dificultad para expresar afectos
- Problemas de pareja
- Problemas en la relación entre padres e hijos
- Dificultad de la madre para poner límites a sus hijos o hijas
- Problemas de conducta en hijos preadolescentes
- Maltrato infantil por parte de madres y padres
- Alcoholismo del padre
- Violencia intrafamiliar

A partir del trabajo clínico realizado, es posible concluir que es muy amplio el espectro de problemas y situaciones en los que la terapia familiar puede intervenir, ya que con la variedad de modelos sistémicos y posmodernos que emplea es capaz de proporcionar herramientas eficaces para el tratamiento de muy diversas problemáticas y dificultades familiares en diferentes contextos sociales.

Cabe mencionar que además de la atención de casos clínicos, en mi formación como terapeuta complementé esta práctica con el diseño y desarrollo de investigaciones cualitativas y cuantitativas, productos tecnológicos, asistencia a congresos en los que difundí las investigaciones realizadas, así como la implementación de programas de intervención comunitaria. Esto fue posible gracias a que la teoría sistémica representa un enfoque muy útil para entender situaciones complejas por las que atraviesan las familias y otros sistemas más amplios, como los grupos y las comunidades, por lo que desde esta perspectiva, al intervenir con sistemas familiares estamos incidiendo también en los grupos sociales, comunidades e instituciones en las que estas familias se desenvuelven.

En este sentido, un análisis desde la óptica de las redes es pertinente. Ya que como menciona Sluzki (1998), existe amplia evidencia de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable protege a la persona en contra de enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de servicios de salud, acelera los procesos de

curación y aumenta la sobrevivencia, es decir, es salutogénica. Así, es posible hablar de *círculos virtuosos* en los que la presencia de una red substancial protege la salud del individuo y la salud del individuo mantiene a la red social; así como de *círculos viciosos* en los que la presencia de una dificultad o enfermedad en una persona afecta negativamente a su red social, lo que a su vez impactará negativamente en la salud del individuo y de su grupo íntimo, lo a su vez aumentará la retracción de la red, y así, en espiral de deterioro recíproco.

Sin embargo, la presencia de una dificultad, enfermedad o discapacidad crónica no sólo erosiona la red social habitual, sino que a veces también puede *generar nuevas redes*, tales como las que corresponden a los servicios sociales y de salud. Estas redes de servicios adquieren un carácter a veces central no sólo por sus atributos instrumentales sino también por su capacidad de apoyo instrumental y emocional substantivo (Sluzki, 1998).

Además están las redes sociales que se pueden generar al conocer personas y familias que atraviesan por las mismas o similares dificultades o enfermedades. Y así como los pacientes se benefician de sus redes, también los terapeutas debemos contar con redes y equipos de trabajo que retroalimenten nuestra intervención. Así, es posible concluir que el terapeuta familiar realiza una intervención de amplio alcance, y que su trabajo se asemeja al de un facilitador de vínculos, tejedor de redes y constructor de relaciones más armoniosas, con las cuales es posible impulsar el cambio familiar, grupal, comunitario, cultural y social.

### **3. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

Durante mi estancia en la maestría mi vida profesional y personal recibieron fuertes impactos, primero recuerdo haber entrado a la maestría muy motivada por aprender el enfoque sistémico de terapia familiar y avanzar en mis metas académicas. Nunca imaginé el remolino de emociones que viviría tan solo durante la primera semana, y es que conocer a profundidad a nueve personas y darme cuenta que durante los siguientes dos años serían parte de mi vida cotidiana significó muchas cosas, me di cuenta de que conviviría más con este grupo que con mi familia o amigos, y aunque al principio esta idea no me agradó, algo inesperado sucedió. Los profesores hicieron de Cupido y facilitaron un proceso de enamoramiento grupal, ahora puedo describirlo como un enamoramiento colectivo en el que los compañeros, las figuras académicas y la maestría en sí, se fueron idealizando.

Más pronto de lo que hubiera imaginado nos convertimos en una gran familia, y para mí ese fue el elemento central que permitió mi aprendizaje. No recuerdo haberme sentido en tanta confianza y tan apoyada como por mi grupo de maestría (compañeros y maestros). Y a pesar de la fuerte carga de trabajo, el sistema se organizó para repartir tareas y funciones de acuerdo a los gustos y habilidades de cada uno.

Entonces no sólo se desencadenó para mí un proceso de aprendizaje teórico y el desarrollo de habilidades clínicas, sino que como por arte de magia y casi sin darme cuenta comencé a trabajar en aspectos de mi vida personal y familiar. Entonces descubrí que mientras mejor me sentía a nivel personal, era más fácil para mí ser una mejor terapeuta. Descubrí entonces el elemento que hasta entonces para mí había permanecido oculto: “para ser un buen terapeuta primero hay que ser una buena persona”, con esto quiero decir ser honesto y genuino, trabajador y responsable, capaz de aceptar y enmendar los errores, pero sobre todo aprender de ellos.

Así transcurría el tiempo, y el ambiente de enamoramiento que se respiraba tuvo su primera crisis. El sistema se dividió y surgieron los subsistemas. El amalgamamiento cobró sus primeras víctimas y hubo quien pidió su espacio, casi como pidiendo un respiro. Tuvimos que acordar nuevas reglas y una nueva organización. Lo curioso es que académicamente hablando yo atravesaba por un proceso similar, los modelos ya no me parecían perfectos como al principio, sino por el contrario veía sus limitaciones, protestaba y algunos me parecían poco aplicables para las demandas de las familias que atendíamos.

Ahora comprendo que sólo era cuestión de tiempo, que sólo tenía que experimentar con cada uno (como darle su oportunidad a cada uno) para descubrir por mi misma sus verdaderas fortalezas y limitaciones. Aprendí que es la familia la que “decide” el modelo y no el terapeuta, me di cuenta que yo sólo estaba ahí para acompañar y facilitar un proceso de cambio, pero que es la familia la que decide cuándo y cómo se da ese cambio, y que también debo respetar cuando decidan no cambiar.

Nuevamente surgió el amor a mi grupo, a los modelos de terapia, a nuestros maestros y a todo lo que representa la maestría, porque me di cuenta que había aprendido sin darme cuenta de que lo había hecho, y esa fue mi gran lección de vida. Supe que para aprender a ser terapeuta no hay que empeñarse en serlo, sino dejarse llevar; con la plena confianza de que suceda lo que suceda, siempre habrá alguien ahí para apoyarnos.

#### **4. IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO**

A partir de mi estancia en la residencia de terapia familiar, mi vida personal, profesional y laboral ha cambiado:

A nivel personal:

- Conocí personas significativas en mi vida y que hoy se encuentran entre mis mejores amigos.
- Trabajé en aspectos inconclusos de mi vida familiar y pude entablar una mejor relación con los miembros de mi familia.
- Aprendí de mis errores y de los tropiezos de los demás.
- Pude aceptar críticas sin pensar que eran mal intencionadas, y modificar cosas para mejorarlas.
- Incluí la práctica clínica como parte de mi proyecto de vida personal.

Como psicóloga y terapeuta familiar:

- Incluí los enfoques sistémico y posmoderno en el marco teórico que guía mi práctica profesional.
- Corroboré la importancia que tienen la investigación y la difusión de nuevos conocimientos para el avance de la psicología como profesión.
- Descubrí la importancia que adquiere la psicología clínica y en especial el enfoque sistémico en el trabajo con sistemas como grupos y comunidades.

- Aprendí sobre la importancia del trabajo en equipo y de la multiplicidad de voces en la práctica clínica.
- Entendí las dificultades y problemas de las familias desde un punto de vista más amplio, considerando el contexto social en el que se presentan.

En el campo laboral

- Puedo aplicar el enfoque sistémico para entender los problemas y necesidades de familias, grupos y sistemas más amplios como comunidades.
- Soy capaz de utilizar herramientas clínicas al atender personas y grupos, aunque esto no suceda en un contexto terapéutico.
- Veo la importancia de realizar investigación cualitativa y cuantitativa en los diferentes contextos donde se emplea la psicología, pero sobre todo en el ámbito clínico.
- Soy capaz de diseñar y difundir material informativo y didáctico dirigido tanto a profesionistas como a la población en general.
- Puedo diseñar e implementar programas de intervención comunitaria, ya sea a nivel de prevención primaria o de reducción del daño.

## Referencias

- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (2005). Procesos de reflexión: actos informativos y formativo. En Friedman, S. (2005). *Terapia familiar con equipo de reflexión una práctica de colaboración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). Strategy and intervention versus non-intervention: a matter of theory?. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, (1), 5-15.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En Mc. Namee y Gergen, (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M. (2003). *El coloquio relacional*. Barcelona: Paidós.
- Berg, I. y Miller, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familias*. Barcelona: Gedisa.
- Bertalanffy, V. (1991). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Carpenter, J., y Treacher, A. (1993). *Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (1995). *Violencia masculina en la pareja una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T. y Machaca, P. (1998). *Teorías de la personalidad*. México: Trillas.
- Declaración y agenda para la acción del primer congreso mundial contra la explotación sexual comercial de los niños*. Estocolmo, Suecia. 27 a 31 de Agosto de 1996.
- De Shazer, S. y Kim Berg, Insoo. (1992). Haciendo terapia: una revisión post-estructural. *Sistemas familiares*. 8 (2) pp. 21-32.
- Díaz-Guerrero, R. (1998). La teoría del ecosistema humano. En Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T. y Machaca, P. (1998). *Teorías de la personalidad*. México: Trillas.

- End Child Prostitution, Child Pornography and the Trafficking of Children for Sexual Purposes. (2001). *Algunas preguntas sobre la explotación sexual comercial de la niñez, y sus respuestas*. ECPAT International.
- Epston, D. (1998). *Catching up with David Epston*. Australia: Dulwich Centre Publication.
- Espacios de Desarrollo Integral A.C. (2005). *Prostitución no con nuestros niños. La acción comunitaria como estrategia de prevención de prostitución infantil*. México: Plaza y Valdés, EDIAC, ECPAT y ONLUS NOVA.
- Farnós, T. y Sanmartín, J. (2005). Menores víctimas de la violencia doméstica. En L. Ezpeleta (Ed.): *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.
- Fernández, P. (2005). *La velocidad de las bicicletas y otros ensayos de cultura cotidiana*. México: Vila Editores.
- Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fishman, H. y Rosman, B.L. (1990). *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Barcelona: Gedisa.
- Flores, F. (2001). *Psicología social y género. El sexo como objeto de representación social*. México: UNAM.
- Franca-Tarragó, O. (2005). *Ética para psicólogos introducción a la psicoética*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.
- Fruggeri, L. (1996). El proceso terapéutico como construcción social del cambio. En Mc. Namee y Gergen, (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Furman, B. y Ahola, T. (1996). Conversaciones para encontrar soluciones. *Sistemas Familiares*, 21-39.
- Gergen, K. y Warhus, L. (2000). *La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias*. Extraído el 13 de Febrero de 2006 desde <http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1>.
- Goldenberg, I., y Goldenberg, H. (2000). *Family Therapy: an overview*. Los Angeles: Brooks and Cole.
- González, C. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En L. Eguiluz (Comp.): *Terapia Familiar* (pp. 29-47). México: Pax.
- Gorell, G. (1998). *Family therapy in changing times*. Londres: McMillan.

- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En Mc. Namee y Gergen, (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales teoría y método. En T. Ibáñez (coomp.): *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.
- INEGI. (2003) *Estadísticas de Nupcialidad*. México: INEGI
- Jodelet, D. (1988). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. (1988). *Psicología social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona, Paidós.
- Johansen, O. (1993). *Introducción a la Teoría General de Sistemas*. México: Limusa.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Lax, W. (1991). El equipo reflexivo y la consulta inicial. En Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En McNamee, S. y Gergen, K. (coomp.) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Leñero, L. (1992). *Sociedad Civil Familia y Juventud*. México: Cejuv-Imes.
- Leñero, L. (1994). *Familias que cambian*. México: Cejuv-Imes.
- Lewin, K. (1978). *La teoría del campo en la ciencia social*. Buenos Aires: Paidós.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica el trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Loketer, A. (1997). La violencia en la pareja. En Droeven, J. (comp.) *Más allá de pactos y traiciones. Construyendo el diálogo terapéutico*. Buenos Aires: Paidós.
- Lyddon, W. (2000). Formas y facetas de la psicología constructivista. En M. Mahoney y R. Neimeyer (Eds.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 89-114). Barcelona: Paidós.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- McNamee, Sh. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Milanese, E., Merlo, R. y Laffay, B. (2001). *Prevención y cura de la farmacodependencia. Una propuesta comunitaria*. México: CAFAC, Plaza y Valdés.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1984). *Calidoscopio familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1994). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Morgan, L. (1970). *La sociedad primitiva*. Madrid: Ayuso.
- Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Argentina: Huemul.
- Moscovici, S. (1988). *Psicología social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Navarro, J. y Beyebach, M. (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Navarro, J., y Pereira, J. (2000). *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. (2000). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En M. Mahoney y R. Neimeyer (Eds.). (2000) *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Nichols, M. y Schwartz, R. (1995). *Family therapy: concepts and methods (3a. Ed.)*. Boston: Allyn and Bacon.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W., y Hudson, P. (1996). *Amor es amar cada día. Cómo mejorar tu relación de pareja tomando decisiones positivas*. Barcelona: Paidós.
- Organización Internacional del Trabajo. (2003). *Explotación sexual comercial infantil. Paquete básico*. México: OIT, PGR, SNDIF y STPS.
- Organización Internacional del Trabajo. (2004). *Protocolo operativo para la detección, protección y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial*. México: OIT, IPEC, PGR, SNDIF y STPS.

- Paho, who (2003). *Statistics on Homicides, Suicides, Accidentes, Injures, & Attitudes towards Violence*. PAHO, WHO. www.paho.org (5 de mayo 2003).
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Penn, P y Frankfurt, M. (1994). Creating a participant text: writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family Process*, 33. (217-231).
- Perrone, R., y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia un abordaje sistémico y comunicacional*. Barcelona: Paidós.
- Ravazzola, M. (1998). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Barcelona: Paidós.
- Ruiz-Jarabo, C., y Blanco, P. (2004). *La violencia contra la mujer: prevención y detección*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Santoyo, C. (2005). *Análisis y educación de habilidades metodológicas, conceptuales y profesionales en la formación del psicólogo*. México: UNAM.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.
- Selekman, M. (2005). Música rap con sabiduría. Los equipos de reflexión integrados por pares en el tratamiento de adolescentes pendencieros. En Friedman, S. (2005). *Terapia familiar con equipo de reflexión una práctica de colaboración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M. y Cook, S. (1976). *Métodos de investigación en las relaciones sociales*. Madrid: Rialp.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G y Prata, G. (1980). Hypothesizing – Circularity – Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*. 19, (1) pp. 3-12.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Sistema Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia. (2006). *Diagnóstico de la familia mexicana*. México: DIF.
- Sluzki, C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código ético del psicólogo*. México, Trillas.

- Szwarstein, J. (1997). Diagnóstico e indicación en una familia con un miembro sintomático. Acerca de un caso de violencia familiar. En Droeven, J. (comp): *Más allá de pactos y traiciones: construyendo el diálogo terapéutico*. Buenos Aires: Paidós.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a mean to enable self-healing. *Family Process*, 26 (2),167-184.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask circular, strategic or reflexive questions. *Family Process*, 27 (1), 1-15.
- Tomm, K. (2004). Externalización del problema e internalización de la posición como agente. En White, M.: *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Trujano, P. y Limón, G. (2005). Reflexiones sobre la violencia, el género y la posibilidad de escuchar nuevas voces en psicoterapia. En Limón, G. (Comp). (2005). *Terapias posmodernas aportaciones construccionistas*. México: Pax.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (2002a). *Reescribir la vida entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002b). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.

## ANEXO 1: Guía de entrevista para conocer la representación social de prostitución infantil

### Instrucciones:

A continuación le voy a hacer una serie de preguntas, trate de contestar sinceramente, no hay respuestas correctas o equivocadas, la información obtenida será utilizada para un estudio acerca de la prostitución infantil y sus respuestas serán anónimas.

Datos generales:      Edad \_\_\_\_\_      Ocupación \_\_\_\_\_

### Información

1. ¿Para usted qué es la prostitución infantil?
2. ¿Cómo se imagina que llegan las niñas o las adolescentes a ser prostitutas?
3. ¿Cómo podría darse cuenta cuando una niña o adolescente está siendo prostituida?
4. ¿Usted sabe en qué lugares existe la prostitución infantil?
5. ¿Cuáles son las causas de la Prostitución infantil?
6. ¿Cuáles cree que son las consecuencias de la prostitución infantil?

### Actitud

7. ¿Que piensa de la prostitución infantil?
8. ¿Desde su punto de vista, por qué hay adolescentes que están siendo prostitutas?
9. Si una adolescente que esta siendo prostituida le pidiera ayuda, ¿usted qué haría?
10. Si una adolescente que está siendo prostituida quisiera ser amiga de su hija, que también es adolescente, ¿Usted qué haría?
11. ¿Qué siente cuando ve o sabe que una adolescente esta siendo prostituida?
12. ¿Qué piensa acerca de las personas que están prostituyendo a las adolescentes?
13. ¿Qué piensa de los clientes de la prostitución infantil?

### Percepción de riesgo

14. ¿Qué tipo de adolescentes están en mayores posibilidades de caer en la prostitución?
15. ¿Para usted qué tan posible es que las adolescentes que andan por aquí sean prostitutas?
16. ¿Qué tan posible es que su hija pueda llegar a ser prostituida?
17. ¿Qué actividades realiza su hija en donde trabaja?
18. ¿Cree que alguna de estas actividades la pone en peligro de prostitución?

### Conductas de prevención

19. ¿Ha platicado con su hija sobre prostitución infantil?, ¿qué han comentado?
20. ¿Qué se puede hacer para proteger a las adolescentes de la prostitución?
21. ¿Qué hace con su hija para protegerla de la prostitución?

Al finalizar la entrevista se le preguntará a la participante: ¿Hay algo más que quiera decir?, su comentario se integrará a la entrevista dentro de alguna de las áreas existentes o en una nueva de ser necesario. Para despedirse de la persona entrevistada se le dirá: le agradezco mucho su participación.

## **ANEXO II: Definición de categorías y subcategorías**

### **1. Definición de prostitución infantil**

Se refiere al concepto que las mujeres entrevistadas tienen de la prostitución infantil, este concepto hace referencia a un conocimiento socialmente construido y compartido, de “sentido común”.

- a. abuso: se considera a la prostitución infantil como una forma de abuso (sexual) que un adulto comete en contra de un niño, niña o adolescente, enfatizando la relación de poder que se establece por la diferencia en edad, sexo u otras características.
- b. relación sexual adulto-niño: únicamente se hace referencia a un coito entre un adulto y un niño, niña o adolescente. La persona entrevistada no emite juicios de valor.
- c. retribución económica: se conceptualiza a la prostitución infantil como una actividad comercial, de préstamo de servicios o de intercambio, donde un niño, niña o adolescente ofrece un servicio que es retribuido económicamente.

### **2. Métodos de reclutamiento**

Se refiere a las diversas formas en que las redes de prostitución infantil u otros actores (familia, pareja, amigos) se organizan para iniciar a niños, niñas y adolescentes en la prostitución infantil.

- a. engaño/manipulación: es el engaño y/o manipulación (verbal y/o físico) ejercido por parte de un adulto hacia un niño, niña o adolescente, con la cual pretende insertar a éste(a) en prostitución infantil. Se incluyen aquí situaciones en donde el proxeneta crea o fomenta una adicción a sustancias psicoactivas por parte del niño, niña o adolescente, a través de la cual logra insertarlos en la prostitución, en una dinámica que podría entenderse como “prostitución infantil al servicio de las adicciones”.
- b. obligación: se refiere a situaciones en que las adolescentes aceptan estar en prostitución por que se sienten obligadas (moralmente) a ayudar a sus familias y/o mantener a sus hijos.

### **3. Indicadores de prostitución infantil**

Se refiere a las “señales” subjetivas que las mujeres entrevistadas detectan y que les permiten reconocer cuando un niño, niña o adolescente está siendo prostituido.

- a. económico: identificar que un niño, niña o adolescente tiene más dinero que lo usual, o bien, que esta adquiriendo objetos que dada su condición económica habitual, no podría adquirir.
- b. actitud (retraimiento emocional): son observados una serie de comportamientos identificados como timidez, miedo, nerviosismo, introversión, vergüenza, desconfianza, irritabilidad y aislamiento.
- c. actitud (libertinaje): comportamiento en el que se describe que el niño, niña o adolescente es seductor, es rebelde (no obedece a sus padres), dice mentiras, no acata reglas ni límites, se comporta como si fuera mayor (llega tarde, fuma, ingiere bebidas alcohólicas), convive con personas mayores que él (ella) y muestra curiosidad excesiva por temas relacionados con la sexualidad.
- d. adicciones: el niño, niña o adolescente tiene adicción hacia alguna sustancia psicoactiva, por lo que acepta ser prostituido(a), a cambio de droga y con la única intención de obtener esta ganancia.
- e. cambio físico: se observa un cambio en la apariencia física del niño, niña o adolescente: usa ropa atrevida, se viste a la moda y se maquilla.

#### **4. Lugares donde existe la prostitución infantil**

Se refiere a los espacios identificados por las mujeres entrevistadas, donde reconocen que está presente la prostitución infantil.

- a. zona clase baja: países, barrios, comunidades, calles, avenidas y colonias con nivel socioeconómico bajo, a las cuales se les puede considerar como subdesarrolladas o marginales.
- b. zona clase alta: países, barrios, comunidades, calles, avenidas y colonias con nivel socioeconómico alto.
- c. lugares públicos: espacios abiertos al público en general: bares, cantinas, antros, cocinas económicas, restaurantes, hoteles, salones de masajes, baños públicos, escuelas, entre otros.
- d. lugares privados: espacios restringidos a unas cuantas personas: bodegas comerciales y domicilios particulares entre otros.

#### **5. Causas de la prostitución infantil**

Se refiere a los factores (hechos o acontecimientos) que ocasionan la prostitución infantil.

- a. económicas: se atribuye la existencia de la prostitución infantil a la pobreza y necesidad económica de las familias, debido a la cual los niños, niñas y adolescentes se ven obligados a trabajar para aportar al gasto familiar.
- b. adicciones (vicios): se considera causa de la prostitución infantil a la drogadicción: “la prostitución al servicio de las adicciones”.
- c. familia: se considera que la familia ocasiona que sus niños, niñas y adolescentes sean prostituidos, al no proporcionar a éstos seguridad, vigilancia o monitoreo, cariño, educación, vivienda, y artículos de primera necesidad.
- d. contexto sociocultural: se entiende por contexto sociocultural, la situación económica y política, las tradiciones, costumbres y normas morales, del país y de la comunidad específica donde se desarrollan los niños, niñas y adolescentes. A la decadencia de “valores” y al deterioro de la sociedad se le considera la causa de la prostitución infantil.
- e. Dios: se atribuye la existencia de prostitución infantil a un ser supremo: dios, quien la “envía” a manera de castigo o prueba para la humanidad.
- f. despertar sexual: la prostitución infantil es considerada como una manifestación del despertar sexual acorde a las etapas preadolescente y adolescente.
- g. características personales: la prostitución infantil existe porque hay adolescentes que libremente deciden dedicarse a esta actividad, la cual es considerada como un trabajo fácil, ideal para mujeres flojas a quienes no les gusta trabajar.

#### **6. Consecuencias de la prostitución infantil**

Esta categoría hace referencia a los efectos negativos de la prostitución infantil en la adolescente prostituida, los cuales se desencadenan a partir de su inserción en prostitución y le ocasionan daños de índole físico, psicológico y moral.

- a. adicciones: la adolescente desarrolla adicción a alguna(s) sustancia(s) psicoactiva(s) como resultado de su inserción en la prostitución, y como parte del deterioro físico y psicológico que las entrevistadas perciben en las adolescentes prostituidas.
- b. enfermedades: se refiere a toda clase de enfermedades físicas: respiratorias, dermatológicas y gastrointestinales, entre otras; que son el resultado de las condiciones de vida insalubres en que se encuentran las adolescentes prostituidas: vivienda sucia, mala alimentación, exposición a cambios bruscos de temperatura y a temperaturas extremas con poca ropa o vestimenta ligera, nulo o escaso

chequeo médico, etc. Además de las frecuentes enfermedades de transmisión sexual que contraen las adolescentes como resultado de las prácticas sexuales de riesgo a las que constantemente son expuestas (sexo sin protección).

c. destrucción familiar: hace referencia a la dinámica familiar que se desencadena a partir de la inserción de la adolescente en la prostitución, a partir de la cual, la familia se siente ofendida, juzga negativamente a la adolescente y la rechaza, iniciándose así un proceso de desintegración familiar, en el cual, la adolescente es expulsada de su hogar, o bien rompe todo vínculo (físico, aunque no necesariamente afectivo) con los miembros de su familia: padres, hermanos, hijos, pareja, etc.

d. daño psicológico: incluye los sentimientos y pensamientos que denotan resentimiento por parte de la adolescente prostituida, no solo hacia el proxeneta y el cliente, sino hacia su propia familia, las autoridades y la sociedad en general, provocado por la explotación, sufrimiento, violencia y sometimiento de los cuales son víctimas las adolescentes prostituidas. Esta categoría incluye aspectos como baja autoestima, temor, aislamiento y depresión.

e. destrucción contexto: indica un desligamiento o separación de la adolescente en diversas actividades o esferas de su vida, como la escolar, social, laboral, etc. Lo cual indica un aislamiento por parte de la adolescente, quien al ser prostituida modifica radicalmente su estilo de vida y no puede estar inserta en otras actividades.

f. embarazos: indica embarazos adolescentes que no son planeados ni deseados y que son producto de la explotación sexual de la que son víctimas estas jóvenes.

g. violencia: incluye toda clase de agresiones y los diversos tipos de violencia: sexual, económica, psicológica, física y verbal, que reciben las adolescentes prostituidas. Estas vejaciones ocasionan a las adolescentes, desde lesiones o heridas leves, hasta las que requieren hospitalización, dejan secuelas transitorias o permanentes e incluso ocasionan la muerte.

## **7. Actitud hacia la prostitución infantil**

Incluye los pensamientos, sentimientos y actos hipotéticos que las entrevistadas reportan en relación al fenómeno de la prostitución infantil.

a. daño psicológico y moral: las entrevistadas señalan que la prostitución infantil es una actividad que acarrea consecuencias negativas para la víctima, entre estas consecuencias se enfatiza el daño psicológico, al reconocer la prostitución infantil como un evento que ocasiona traumas a las víctimas, además del perjuicio o atentado a la dignidad y moral de las adolescentes, en su calidad de mujeres.

b. resignación: se reconoce que la prostitución infantil es un fenómeno nocivo, no sólo para las víctimas sino para la sociedad en general. Sin embargo, se asume una postura de impotencia donde se señala que nadie puede hacer nada para solucionar el problema y que por lo tanto sólo queda aceptarlo y conformarse con su existencia.

c. mal necesario: el fenómeno de la prostitución infantil es juzgado negativamente y se reconoce su carácter dañino o perjudicial; sin embargo, su existencia es considerada como un factor que regula otros fenómenos como las violaciones, las infidelidades frecuentes, ayuda a los “locos” o depravados a descargar sus instintos, etc.

d. rechazo (juicio de valor negativo): el fenómeno de la prostitución infantil es considerado como un problema que va desde la esfera individual hasta la social. Este problema acarrea consecuencias negativas a diferentes niveles y es un acto reprochable.

## **8. Actitud hacia la víctima**

Incluye los pensamientos, sentimientos y actos hipotéticos que las entrevistadas reportan en relación a las adolescentes prostituidas.

a. aceptación/empatía: se mencionan sentimientos y pensamientos de condolencia y aceptación, así como la intención de realizar acciones concretas para ayudar a las víctimas de la prostitución infantil.

b. rechazo/indiferencia: incluye sentimientos, pensamientos y acciones hipotéticas que denotan un juicio de valor negativo hacia las adolescentes prostituidas, delegando en ellas la absoluta responsabilidad de su situación, o bien; atribuyéndoles características personales negativas: flojas, irresponsables, libertinas, etc. En algunos casos, las mujeres entrevistadas no mostraron rechazo, sino simple desinterés por las adolescentes prostituidas.

c. apoyo/consejo: las mujeres entrevistadas reportan actos reales o hipotéticos en los cuales, proporcionan ayuda a las adolescentes prostituidas, mediante recomendaciones y propuestas centradas en la forma de mejorar sus condiciones de vida e incluso salir de la prostitución.

## **9. Actitud hacia el proxeneta**

Incluye los pensamientos, sentimientos y acciones supuestas que las entrevistadas reportan en relación al proxeneta (regenteador, padrote, chulo).

a. mercantilismo: las entrevistadas perciben al proxeneta como un comerciante (de sexo), un vendedor de adolescentes prostituidas.

b. delincuencia: el proxeneta es una persona que comete un delito, que se mantiene al margen de la ley y que forma parte de las redes del crimen organizado y las mafias de prostitución infantil.

c. enfermo: se considera al proxeneta como una persona carente de salud mental, cuyas acciones son el producto de su desequilibrio mental.

d. aprovechador: el proxeneta es percibido como un sujeto que de forma consciente explota sexualmente a las adolescentes, sin tener consideraciones en relación al daño físico y psicológico que les ocasiona.

## **10. Actitud hacia el cliente**

Se refiere a los pensamientos, sentimientos y acciones supuestas que las entrevistadas reportan en relación al cliente-explotador.

a. necesidad sexual: se considera que los clientes de la prostitución infantil, hacen uso de ésta, debido a una necesidad fisiológica de índole sexual, la cual les impide tener control sobre sus “instintos”.

b. necesidad afectiva: se percibe a los clientes de la prostitución infantil como sujetos carentes de afecto, que acuden a los servicios de la prostitución infantil en busca de éste, es decir, que desean cubrir una insuficiencia emotiva.

c. aprovechador: el cliente es considerado como una persona frívola, que utiliza su poder y mayor nivel jerárquico (de adulto) para someter y violentar a las adolescentes prostituidas.

d. enfermo: se considera al cliente como una persona desequilibrada mentalmente, cuyos actos son el resultado de su patología mental.

## **11. Características de la infancia en riesgo**

Incluye las características contextuales, físicas y comportamentales de las adolescentes que están en peligro de iniciar un proceso de prostitución infantil.

- a. edad: incluye elementos asociados a la infancia y juventud, los cuales van desde percibirlos como indefensas, inocentes y puras, hasta evidenciar sus atributos físicos, como un cuerpo atractivo y presumiblemente sano.
- b. familia: se considera que las adolescentes en riesgo de prostitución, se desarrollan en familias en las cuales sufren abandono físico y emocional; así como carencias en relación a sus necesidades básicas (alimento, casa, vestido). Son víctimas de múltiples formas de maltrato y explotación, así como de negligencia generalizada por parte de sus padres o de algunos familiares cercanos (tíos, abuelos, hermanos mayores, etc.).
- c. contexto social: se considera que las adolescentes en riesgo se encuentran insertas en ambientes comunitarios y sociales que promueven o facilitan factores que las ponen en peligro de prostitución, los cuales se sustentan en situaciones adversas en cuanto a educación, empleo y desarrollo económico, presencia de delincuencia, violencia generalizada hacia las mujeres y los niños e incluso algunas prácticas culturales que les impiden un sano desarrollo psicofísico a las niñas y jóvenes.
- d. necesidad económica: indica la inclusión de las adolescentes en redes de prostitución a causa de una carencia económica y una necesidad moral por parte de éstas, que las obliga a insertarse en la prostitución como medio de supervivencia y de ayuda económica a sus familias (padres, hermanos e hijos).

## **12. Percepción de riesgo en su comunidad**

- a. presencia: reconoce el riesgo de la existencia de prostitución infantil en su comunidad.
- b. ausencia: negación de la posibilidad de que las adolescentes que viven en su comunidad sean prostituidas.

## **13. Autopercepción de riesgo**

- a. presencia: aceptación de la posibilidad de que su(s) hija(s) adolescente(s) sea(n) prostituida(s).
- b. ausencia: negación de la posibilidad de que su(s) hija(s) adolescente(s) sea(n) prostituida(s).

## **14. Formas de prevención adoptadas**

- a. comunicación familiar: se reporta la comunicación familiar, descrita como pláticas y consejos entre madre-hija, como factor preventivo de prostitución infantil.
- b. provisión de bienes necesarios: se señala un abastecimiento adecuado de las necesidades materiales básicas (casa, alimento, vestido), como elemento utilizado para prevenir la prostitución infantil.
- c. educación: se indica que facilitar y promover la educación (preparación académica), ha sido una estrategia empleada para evitar que las adolescentes sean prostituidas.
- d. cambio contexto: se menciona que el alejar a la adolescente de las zonas donde existe la prostitución, a través de un cambio de vivienda, es una forma en que se previene la prostitución infantil.
- e. armonía familiar: procurar un ambiente armónico en la familia, que permita la libre expresión de afecto entre todos los miembros, es un método para prevenir la prostitución infantil.

## **15. Acciones para combatir la prostitución infantil**

- a. Políticas: apelan a la participación de las autoridades locales y del gobierno, así como a la modificación y aplicación de las leyes en contra de la prostitución infantil.
- b. comunitarias: considera las acciones grupales emprendidas por personas que cohabitan en un mismo barrio y que se enfocan a combatir la prostitución infantil en una comunidad específica.
- c. personales: incluye los comportamientos personales que un individuo realiza para evitar o luchar en contra de la prostitución infantil.

## **ANEXO III: Guía de entrevista para modelos de riesgo y prevención a prostitución infantil**

### **1. Datos Generales.**

¿Cómo te llamas?

¿Dónde naciste?

¿En qué fecha?

Justificación: Iniciar la entrevista con preguntas neutras y fáciles de contestar para ella.

### **2. Familia.**

¿Quiénes viven en tu casa?

¿En qué lugares has vivido?

Justificación: Conocer la constitución familiar y saber cuánto tiempo ha vivido en este lugar.

### **3. Infancia.**

¿Cuáles son tus primeros recuerdos?

¿Qué te han platicado de ti cuando eras bebé?

¿Qué recuerdas de cuando estabas en el kinder?

Justificación: Conocer los recuerdos más relevantes de su infancia, la imagen que tienen tanto su familia como ella de sí misma en esta etapa, así como los sucesos más relevantes para ella en el kinder.

### **4. Primaria.**

¿Qué cosas recuerdas de la primaria?

¿Cómo te iba con las calificaciones?

¿Alguien te ayudaba con las tareas?

¿A qué te gustaba jugar?

¿Quiénes eran tus amigos?

¿Cómo te llevabas con los maestros?

Justificación: Conocer los recuerdos más relevantes que tiene de la primaria, su experiencia académica, la participación familiar en el apoyo escolar, sus actividades recreativas y relaciones sociales, tanto con pares como con maestros.

### **5. Vida familiar.**

¿Qué celebran en tu familia?

¿Qué han hecho en vacaciones?

Justificación: Conocer acerca de los rituales familiares y los momentos de convivencia familiar, así como la participación de cada integrante en éstos.

### **6. Experiencia Laboral.**

¿Qué trabajos has tenido?

¿Qué te gustaba de ellos?

¿Qué no te gustaba de ellos?

Justificación: Conocer su experiencia laboral y si ha estado en riesgo de prostitución infantil (u otros riesgos) a partir de esta experiencia.

### **7. Recreación y socialización.**

¿Qué actividades hacías para divertirte?

¿Cuáles haces ahora?

¿Quiénes han sido tus mejores amigos?

¿En qué lugares los has tenido?

Justificación: Conocer acerca del acceso que ha tenido a espacios recreativos y de su experiencia en dichos espacios.

### **8. Secundaria.**

¿Cómo fue para ti adaptarte a la secundaria?

¿Cómo ha sido tu experiencia en cada año y en cada escuela?

Justificación: Conocer acerca de sus cambios como adolescente y su experiencia en un contexto escolar nuevo (amistades, aprovechamiento, relación con maestros, reportes de conducta).

### **9. Significados.**

¿Qué significa para ti estudiar?

¿Qué significa para ti trabajar?

¿Qué significa para ti la familia?

¿Qué significa para ti la amistad?

Justificación: Explorar significados actuales acerca de temas que se relacionan con los factores de riesgo de prostitución infantil y que se han revisado en la entrevista.

### **10. Vida cotidiana.**

¿Qué haces en un día común?

¿Al levantarte?

¿Al ir a la escuela?

¿Al llegar a la escuela?

¿Qué haces en las clases?

¿Qué haces en los recesos?

¿Qué haces con tus compañeros?

¿Con tu hermana (que va a la misma escuela)?

¿Cómo es el regreso a casa?

¿Qué haces por las tardes?

¿Qué haces en las noches?

¿Qué es lo que más disfrutas hacer?

¿Qué cambiarías de tu vida?

Justificación: Conocer lo que hace Karla en un día común, sus relaciones y actividades más significativas, los problemas cotidianos, lo que le agrada de su vida diaria y lo que le gustaría cambiar.

## **11. Comunidad.**

¿Qué te gusta de La Merced?

¿Qué no te gusta de La Merced?

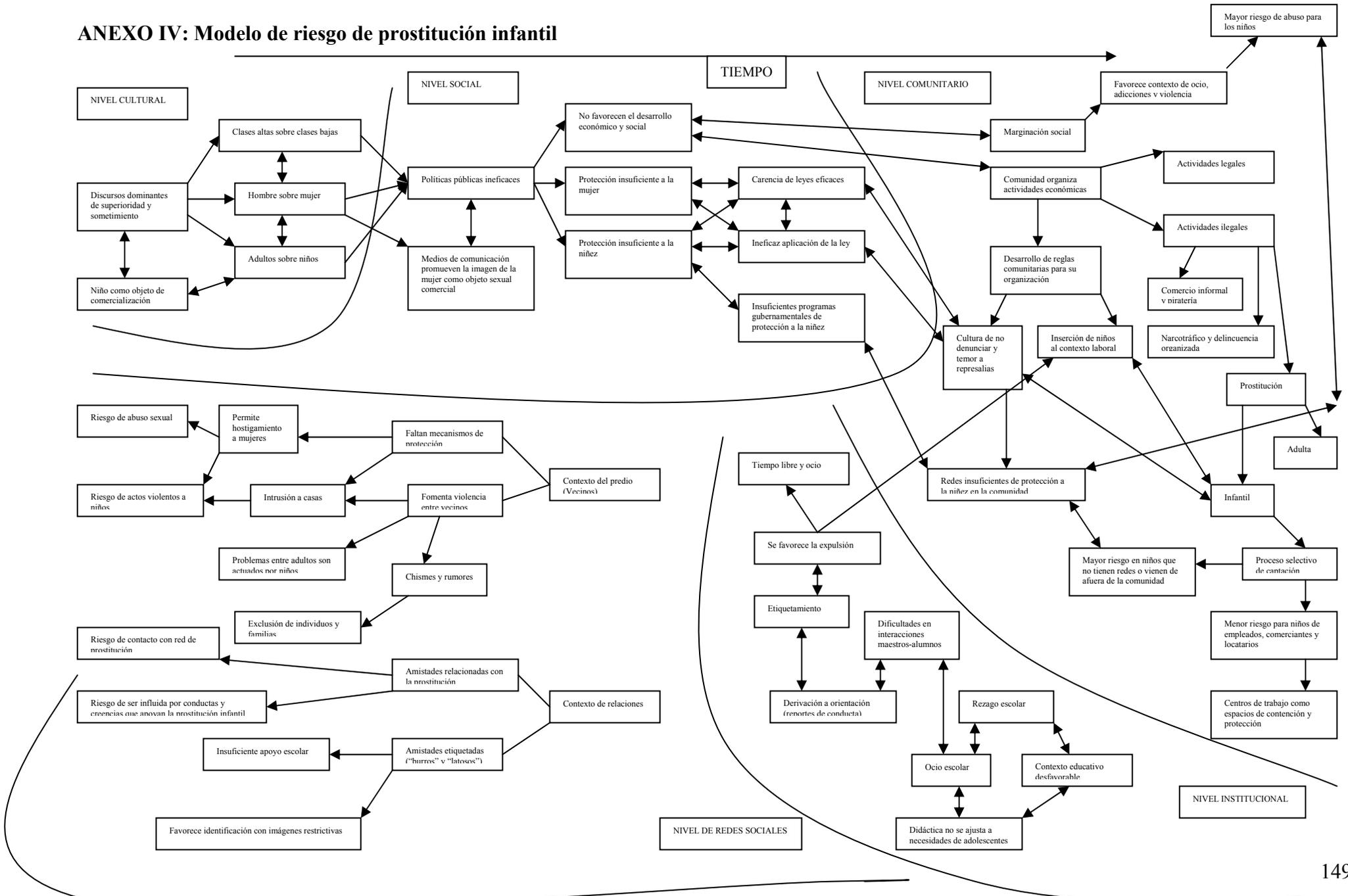
Justificación: Identificar recursos de la comunidad para la vida de Karla, así como los riesgos que ella percibe en la zona.

## **12. Noviazgos.**

¿Podrías platicarme de tus novios?

Justificación: Indagar acerca de su experiencia en noviazgos y la forma en que se relaciona con sus parejas.

# ANEXO IV: Modelo de riesgo de prostitución infantil



## ANEXO V: Modelo de prevención de prostitución infantil

