



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**PATRONES TRIGENERACIONALES DE VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

LIC. ANA LILIA TREJO ARTEAGA

TUTORA: MTRA. PIEDAD DORA ALADRO LUBEL
VOCAL: MTRA. CAROLINA MARINA DÍAZ-WALLS ROBLEDO
SECRETARIA: DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA.
SUPLENTE: MTRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
SUPLENTE: DRA. DOLORES MERCADO CORONA

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

*¡¡La distancia entre un sueño y su realización es el trabajo!!
-H. C. L.-*

***A la UNAM:** por haberme tatuado los colores azul y oro al brindarme conocimiento, hacerme luchar y entregarme para cumplir uno de mis más grandes sueños: ser terapeuta.*

***A la FES Zaragoza:** por haberme formado como psicóloga.*

***A la Facultad de Psicología:** por hacerme crecer no sólo como terapeuta, sino como persona.*

***A CONACYT:** por el apoyo otorgado.*

***A mis queridos pacientes:** que compartieron su experiencia y me permitieron acompañarlos en su proceso de cambio.*

***A todos los miembros de mi comité:** cuyas observaciones me hicieron reflexionar y enriquecieron el presente trabajo y mi formación como terapeuta familiar.*

***A todos mis profesores de la residencia en Terapia Familiar:** quienes con sus enseñanzas y supervisiones me hicieron observar, escuchar, sentir, analizar, integrar, detectar, evaluar, preguntar, intervenir, entender, aplicar, comparar, disfrutar...*

***A Mau:** por caminar conmigo, compartir mis sueños, desvelos, tristezas y alegrías. Por darme la mano, apoyarme en los momentos difíciles y felicitarme por mis logros. Porque cuando he estado cansada me has recordado lo maravilloso de mi sueño y lo importante de mis esfuerzos, porque cuando he estado triste he encontrado un hombro en quien llorar, porque me has hecho feliz. Por ser un minuto de paz en mis desvelos y un rayo de luz en las mañanas difíciles.*

A mamá y papá: A quienes me han heredado el tesoro más valioso que pudiera dársele a un hijo: Amor. A quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo. Por esto y más...

Sé que estos desvelos no se comparan con los suyos como padres, pero que son una forma de corresponder su amor y educación.

A Arturo, Guadalupe y Adela:
por ser mis hermanos y apoyarme...

A mis queridos sobrinos y sobrina: Arturo, Roberto, Alejandro, Brian, Alexis y Michelle.

A mi familia extensa: (que antes no solía llamar así) entre ellos mi abuelita Manuela†, mi abuelito Ismael, mi tío Daniel†, mi tía Blanca, Sonia y Karina que siempre han estado a mi lado.

A mis amigos: Esme, Jessica, Gilbert, Lety, Marisol y Vilcho.

A mi cardumen: por ser parte del aprendizaje y hacer que el camino fuera más agradable. Por ser esas voces que irán conmigo, como diría Milton Erickson.

ÍNDICE

PATRONES TRIGENERACIONALES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.....	1
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.....	1
1.1. Características del campo psicosocial.....	1
1.2. Principales problemas que presentan las familias.....	2
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....	3
2. Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico.....	4
2.1 Centro de Servicios Psicológicos Dr. “Guillermo Dávila” (CSPGD).....	4
2.1.1. Descripción del Centro de Servicios Psicológicos Dr. “Guillermo Dávila” (CSPGD).....	4
2.1.2 Análisis sistémico del Centro de Servicios Psicológicos Dr. “Guillermo Dávila” (CSPGD).....	6
2.1.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. “Guillermo Dávila” (CSPGD).....	7
2.2 Centro Comunitario “Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”... ..	8
2.2.1. Descripción del Centro Comunitario “Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”.....	8
2.2.2 Análisis sistémico del Centro Comunitario “Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”.....	8
2.2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en el Centro Comunitario “Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”.....	11
2.3 Hospital Psiquiátrico “Infantil Juan N. Navarro”.....	11
2.3.1. Descripción del Hospital Psiquiátrico “Infantil Juan N. Navarro”.....	11
2.3.2 Análisis sistémico del Hospital Psiquiátrico “Infantil Juan N. Navarro”.....	11
2.3.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en el Hospital Psiquiátrico “Infantil Juan N. Navarro”.....	15

II. MARCO TEÓRICO.....	17
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.....	17
1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	17
1.1.1 Teoría General de los Sistemas.....	17
1.1.2 Teoría de la Comunicación.....	19
1.1.3 Cibernética.....	23
1.1.4 Constructivismo y Construccinismo social.....	24
1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	26
1.2.1. Modelo Estructural.....	31
1.2.2. Modelo Estratégico.....	38
1.2.3. Modelo de Terapia Breve Orientado a Problemas.....	45
1.2.4. Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones....	50
1.2.5. Modelo de Milán	57
1.2.6. Modelos derivados del posmodernismo.....	63
1.2.6.1 Equipo Reflexivo.....	63
1.2.6.2 Enfoque Narrativo	67
1.2.6.3 Enfoque Colaborativo.....	73
 III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.....	 81
1. Habilidades Clínicas y Terapéuticas.....	81
1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia.....	81
1.1.1 Caso 1: Familia Santillán Rivera.....	86
1.1.2 Caso 2: Familia Mendoza Villa.....	105
1.2 Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con las dos familias elegidas para ser incluidas en el reporte.....	119
- Caso 1: Familia Santillán Rivera.....	119
- Caso 2: Familia Mendoza Villa.....	125
1.3 Análisis y discusión de un tema pertinente a los casos de las familias consultantes	128
- Violencia intrafamiliar.....	128
- Tipos de violencia.....	134
- Maltrato infantil.....	138
- Violencia conyugal.....	143

- Terapia de la violencia.....	146
- Intervención a partir del Modelo de Milán.....	146
- Intervención a partir del Modelo Estructural.....	147
- Intervención a partir del Modelo Estratégico.....	148
- Intervención a partir de la comunicación.....	149
1.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.....	154
2. Habilidades de investigación.....	156
2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa.....	156
2.1.1. Código de negociación en el noviazgo (con metodología cuantitativa).....	156
2.1.2 Estilos de negociación en la relación de pareja en universitarios (con metodología cualitativa).....	164
3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria.....	171
3.1 Productos tecnológicos.....	171
- Manual para la aplicación del código de negociación en el noviazgo.....	171
- Diagnóstico Familiar usando como herramientas: Esquema de Evaluación Familiar (Raymundo Macías), Modelo Mc Master de Evaluación Familiar y Modelo Triaxial de la Familia.....	173
3.2 Desarrollar y presentar programas de intervención comunitaria (conferencias, talleres, etc.).....	178
- Taller: ¿Negociar, terminar, aguantar o evitar?.....	178
3.3 Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado (clínico y/o de investigación) en foros académicos.....	180
IV. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL.....	183
4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.....	183

V. CONSIDERACIONES FINALES	185
1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	185
2. Incidencia en el campo psicosocial.....	187
3. Reflexión y análisis de la experiencia.....	188
4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo.....	189
 ANEXOS	
Anexo 1.....	191
Anexo 2.....	193
Anexo 3.....	201
Anexo 4.....	202
Anexo 5.....	203
Anexo 6.....	204
Anexo 7.....	205
Anexo 8.....	206
Referencias bibliográficas.....	207

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

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

Nuestro país enfrenta varios problemas, como la pobreza, la salud, la educación y otros.

Los problemas nacionales conllevan a otros más específicos como la drogadicción, el alcoholismo, el analfabetismo, la desintegración familiar, la violencia intrafamiliar, entre otros.

Las funciones que desempeña la familia han ido cambiando, lo cual se relaciona con la evolución demográfica, el avance científico y tecnológico, la difusión de los medios de comunicación, la organización de la sociedad, la urbanización, etc. (Leñero, 1971 en Mendoza, 2006).

Las transformaciones antes mencionadas tienen un impacto en la familia, modificando su estructura, organización y relaciones.

Los problemas identificados han sido estudiados por diferentes profesionales como los antropólogos, sociólogos, médicos. Desde la psicología estas problemáticas han sido abordadas desde diferentes enfoques, pero es urgente la creación de programas de prevención, intervención y rehabilitación, a partir de un enfoque que no analice de manera aislada los fenómenos, sino que incluya tanto al sujeto que presenta el problema como a las otras personas que interactúan con él, tomando en cuenta su contexto; es aquí donde entra la labor de los terapeutas familiares.

1.1. CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

La demanda de atención psicológica en los últimos años ha incrementado, el terapeuta familiar ha ampliado su campo de acción, pasando del trabajo con familias, a la red social, las comunidades, las organizaciones y al trabajo sistémico individual.

La evolución de la sociedad mexicana en las últimas décadas y sobre todo en los comienzos del siglo XXI obedece al cambio demográfico, económico, las nuevas formas de organización y asociación sociales, cambios tecnológicos, la internacionalización y la globalización. El proceso de adaptación a los factores antes mencionados ha traído como consecuencia nuevos desafíos. Se han detectado varias necesidades en tres ámbitos (Villanueva, 2005):

1. **Ámbito social:** incremento en la desintegración y violencia intrafamiliar, niños de la calle, inseguridad pública, falta de credibilidad en las instituciones, políticas discriminatorias a grupos marginados, ancianos, mujeres y a las personas con discapacidad.
2. **Ámbito educativo:** altos índices de rezago lo cual se traduce en reprobación, deserción y analfabetismo.
3. **Ámbito de la salud:** incremento en las alteraciones emocionales, cognitivas y psicofisiológicas, las adicciones y las enfermedades crónico-degenerativas.

Ha habido cambios en el tamaño promedio del hogar de los mexicanos, además se ha visto una disminución ligera en las familias nucleares y han aumentado los hogares monoparentales. Además hay un paulatino envejecimiento de la estructura por edad.

1.2. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS

Las problemáticas que presenta la población mexicana requieren la intervención de diversas disciplinas, la psicología entre ellas por supuesto. Como terapeutas familiares la tarea es contribuir a ofrecer una mejor calidad de vida, mediante la promoción, prevención, diagnóstico, intervención y mantenimiento del bienestar psicológico.

Las problemáticas que generalmente presentan las familias tienen que ver con (Pérez, 2004):

- En **niños:** problemas de conducta.
- En **mujeres** adultas: problemas de pareja, depresión, falta de asertividad. Es frecuente que la mujer acuda a terapia cuando considera que sus problemas ponen en riesgo la estabilidad familiar o de pareja.
- Principales quejas de las familias acerca de los **hombres:** abusos de jerarquías / poder, falta de afectividad, falta de compromiso con la pareja, infidelidad, maltrato a los hijos.

Los jóvenes demandan buena educación, salud, cultura, recreación, deporte, apertura de oportunidades económicas, inclusión y equidad social. Los niños y adolescentes requieren atención en cuanto a educación y salud ya que hay problemáticas tales como violencia, desintegración familiar y adicciones.

La revisión de las problemáticas familiares aporta una visión acerca de cuál es el panorama al que se tiene que enfrentar un terapeuta. Es útil saber cuáles son las necesidades de las poblaciones que requieren el servicio, ya que de esta manera los terapeutas estarán mejor preparados para las problemáticas que lleguen al consultorio. Las necesidades de las familias así como sus problemáticas han ido cambiando en las familias que se han atendido en esta residencia.

1.3 LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA SEÑALADA

La familia es el grupo primario y de mayor influencia para el individuo ya que desempeña una función importante en el desarrollo de la persona.

Dentro del trabajo terapéutico, la familia ha sido abordada desde diferentes enfoques psicológicos. A partir de la segunda guerra mundial, se introduce la perspectiva de los sistemas y con ésta se toman en cuenta la influencia recíproca de todos los miembros de la familia, asimismo se le otorga importancia a los subsistemas que la conforman.

La terapia familiar sistémica estudia al individuo y/o familia en un contexto interaccional, en el aquí y ahora. Dentro de la terapia familiar, existen otras modalidades que ven al sistema y su papel en la problemática del individuo y al individuo en la problemática del sistema a través de los significados. Estas son las terapias posmodernas que tienen una base filosófica y epistemológica desde la cibernética. Estas terapias argumentan que hay muchas formas de ver e interpretar la realidad, basadas en la diversidad de significados que construimos socialmente (Avilés, 2006).

Las posturas sistémicas y posmodernas son una alternativa para el abordaje con familias, ya que miran la conducta desde un contexto y toman en cuenta las relaciones con otros.

En el capítulo dos se abordarán más detalladamente cada uno de los modelos de intervención en Terapia Familiar y Posmoderna, enfocando sus antecedentes, exponentes principales, principios que los caracterizan, técnicas y consideraciones generales al respecto.

2. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO

Como residente de la sexta generación se realizó la formación como terapeutas familiares en 3 diferentes sedes: en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. "Guillermo Dávila", en el Centro Comunitario "Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro" y en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"; cada uno de ellos con diferentes características en cuanto a su escenario y tipo de problemáticas atendidas.

2.1 CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. "GUILLERMO DÁVILA" (CSPGD)

El Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila" (CSPGD) pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM. Fue inaugurado el 8 de mayo de 1982 por la Dra. Graciela Rodríguez (directora de la facultad en esa época).

El objetivo principal de este centro fue ser sede para el entrenamiento práctico de estudiantes de maestría y doctorado.

En sus inicios el centro estaba vinculado con el Departamento de Psicología Clínica de la división de estudios de posgrado (Figueroa, 2006). A lo largo del tiempo, el CSPGD ha tenido varios coordinadores: la Lic. Josette Benavides, la Dra. Marcia Morales, la Lic. Graziella Zierold, el Dr. Héctor Ayala, el Dr. Benjamín Rodríguez, la Lic. Leticia Echeverría, la Lic. Ma. de la Luz Fernández, la Lic. Noemí Barragán y actualmente la Lic. Rebeca Sánchez Monroy es la coordina el centro (Mendoza, 2006 y Duarte, 2007).

La población que atiende el centro pertenece tanto a la comunidad universitaria como al público en general. Las cuotas para los servicios son accesibles tomando en cuenta que la población que asiste es de nivel socioeconómico bajo en el público externo y de nivel medio en la población de la UNAM (Ferrat, 2006).

2.1.1. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. "GUILLERMO DÁVILA" (CSPGD)

El CSPGD cuenta para su servicio con cuatro cámaras de Gesell, 12 consultorios para atención terapéutica individual, una sala de juntas o de terapeutas, el archivo de expedientes, oficina de la coordinadora, sala de espera, recepción, cocina, cuarto de mantenimiento y baño.

Los **objetivos** del CSP desde 1981 han sido (Sánchez, 2007):

- a) Ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada a nivel de estudios superiores y de posgrado.
- b) Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica con supervisión directa.

- c) Ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación.
- d) Ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y al sector social.

La **misión** 2008 del CSPGD es contribuir a la formación y actualización del estudiante de psicología a través de los programas y proyectos de investigación y atención, cuyo carácter es preventivo, de tratamiento y de rehabilitación. Estos programas y proyectos son certificados con calidad, excelencia y trato digno, con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del centro.

Para el 2008 la visión del Centro es ser en México la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mejor capacidad resolutive al ofrecer al estudiante de psicología una mayor diversidad de programas y proyectos de investigación, organizados y sistematizados a favor de la formación integral humanista, ética y científica, con personal académico altamente calificado y con tecnología de vanguardia para trascender a nivel Nacional (Sánchez, 2007).

El Centro de Servicios Psicológicos es sede de diversas residencias del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. A nivel maestría hay estudiantes de la residencia en Psicología Infantil, Psicoterapia para adolescentes y Terapia Familiar.

También hay estudiantes que realizan prácticas curriculares del Sistema de Universidad Abierta y escolarizado, que realizan su Servicio Social o en su defecto que son voluntarios.

El CSPGD además cuenta con 8 programas de formación en la práctica y 5 talleres, los cuales son: de habilidades sociales, de desarrollo de emociones, de manejo de crisis, de desarrollo infantil y de habilidades parentales (Ferrat, 2006).



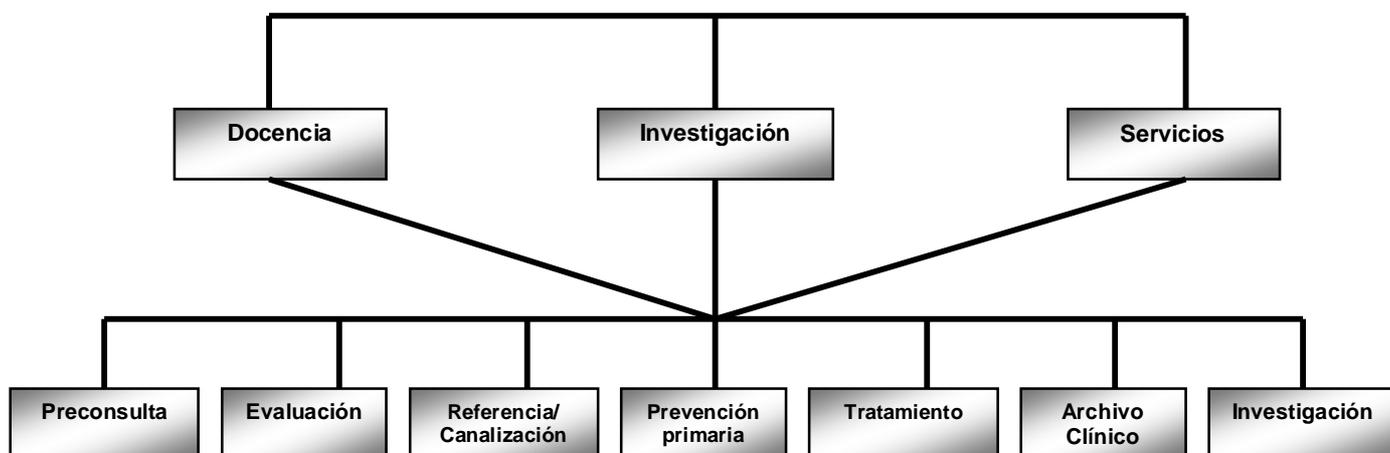


FIGURA 1: Tomado de Sánchez, (2007)

2.1.2 ANÁLISIS SISTÉMICO DEL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. "GUILLERMO DÁVILA" (CSPGD)

El Centro de Servicios Psicológicos funciona a través de varias personas y grupos de trabajo. Hay personal administrativo, voluntario, docentes y estudiantes bajo diferente programa de supervisión, formación en la práctica (estudiantes de licenciatura) y algunos proyectos de investigación (figura 2).

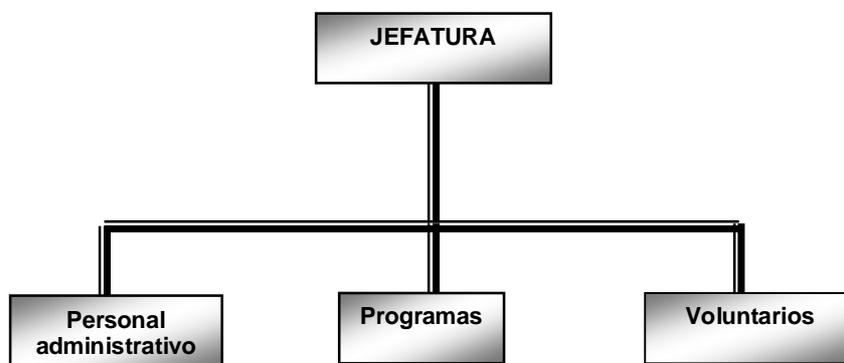


FIGURA 2: Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos

La jefatura es la que se encarga del funcionamiento del centro en general, tomando en cuenta las diferentes canalizaciones (tanto internas como externas), atención personalizada cuando se requiere, etc. El personal administrativo es quien se encarga de atender a los solicitantes del servicio de primera vez, preconsulta y citas subsiguientes.

Los practicantes y docentes apoyan en el proceso de preconsulta, donde junto con la directora seleccionan los casos para canalizarlos a alguna residencia. Asimismo, los practicantes y docentes están a cargo de llevar un expediente de

sus pacientes, de que estos cubran sus cuotas y cumplan con las reglas del centro.

El proceso de **atención** a pacientes inicia en la recepción cuando el solicitante pide informes y se le indican los días y horarios en que puede presentarse a solicitar una preconsulta.

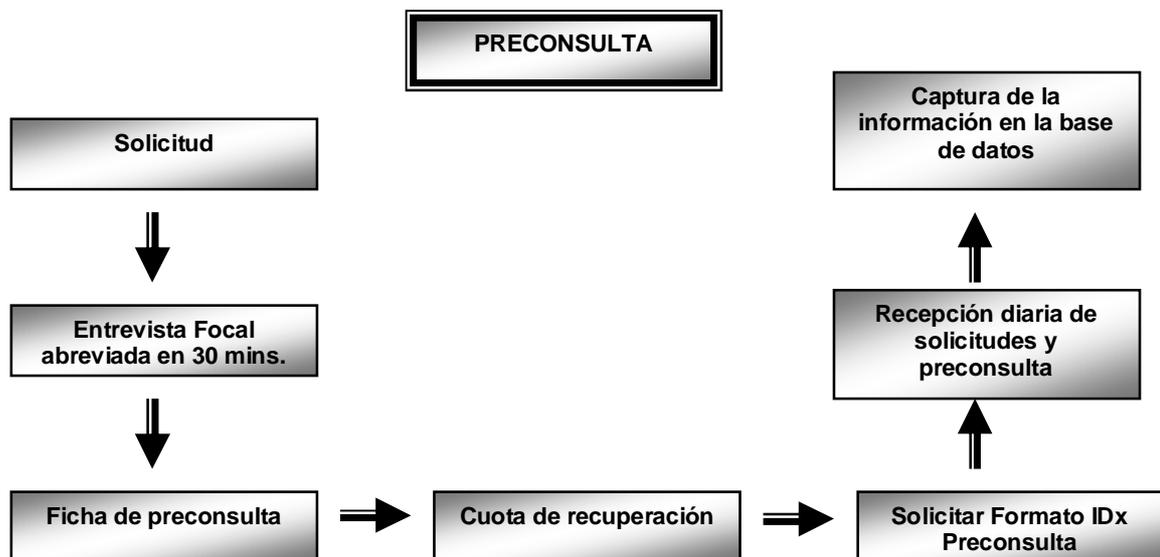


FIGURA 3: Proceso de atención (tomado de Sánchez, 2007)

Para la **preconsulta** el paciente tiene que llenar una solicitud (10 mins.) posteriormente pasar a una Entrevista Focal Abreviada de 30 minutos. El entrevistador llena una ficha de preconsulta, con los datos generales y las impresiones diagnósticas. El paciente paga una cuota de recuperación.

Las fichas de preconsulta que contienen ya una impresión diagnóstica son enviadas a la recepción diaria de solicitudes, donde posteriormente se capturarán en una base de datos. Posteriormente se hará la canalización correspondiente del caso, la cual puede ser interna (a algún terapeuta del centro) o externa (a otra institución, INP, DIF, INMUJER, Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, etc.).

2.1. 3 EXPLICACIÓN DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN EL CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. “GUILLERMO DÁVILA” (CSPGD)

La formación como terapeutas familiares en este centro incluyó primeramente la participación en las preconsultas, lo cual permitió desarrollar habilidades para identificar de manera más ágil los candidatos a terapia familiar o en su defecto hacer alguna canalización a otra residencia.

El trabajo principal fue el tratamiento a pacientes individuales, familias o parejas. Asimismo, dentro de esta sede se aplicó el taller ¿Negociar, terminar, aguantar o evitar?

Debe recordarse que la formación como terapeuta familiar dentro de esta residencia consta de una supervisión en vivo para cada modelo de terapia familiar sistémica, contando con un equipo terapéutico y un supervisor detrás del espejo. La formación se organizó de tal forma que durante los primeros semestres se trabajó en coterapia y posteriormente atendiendo casos como terapeuta individual.

2.2 CENTRO COMUNITARIO “JULIÁN MC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO”

Otra sede donde se realizó la formación como terapeutas familiares fue el Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, ubicado en la Colonia Adolfo Ruíz Cortines de la delegación Coyoacán.

2.2.1. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO COMUNITARIO “JULIÁN MC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO”

El centro brinda sus servicios de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 hrs. Sus instalaciones están conformadas por siete cubículos (uno de ellos funciona con circuito cerrado para la supervisión en vivo), dos cámaras de Gesell (una de las cuales cuenta con equipo de audio y video), una sala de recepción, una oficina de la responsable del centro, una sala de juntas, una sala de usos múltiples (frecuentemente utilizada para los cine debates ya que cuenta con una televisión panorámica y puede dividirse en dos salas de trabajo), un centro de cómputo, una biblioteca y un comedor.

Es importante resaltar que el espacio físico del centro se adapta a las necesidades de trabajo y de demanda haciendo uso de los espacios de manera indistinta, ya sea para las consultas, los talleres y/o conferencias.

2.2.2 ANÁLISIS SISTÉMICO DEL CENTRO COMUNITARIO “JULIÁN MC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO”

La administración y coordinación del centro comunitario está a cargo de la Mtra. Noemí Díaz Marroquín. Asimismo, el centro cuenta con personal de base: secretaria, personal de vigilancia y personal de intendencia.

El centro comunitario está interesado en cubrir dos ejes principales: la prevención y el tratamiento, los cuales están a cargo de la Coordinación de Programas y la Coordinación de Servicios Terapéuticos, los cuales a su vez son coordinados por la jefa del centro y el personal académico responsable de cada programa (figura 4).

I. Antecedentes y Contexto de la Terapia Familiar

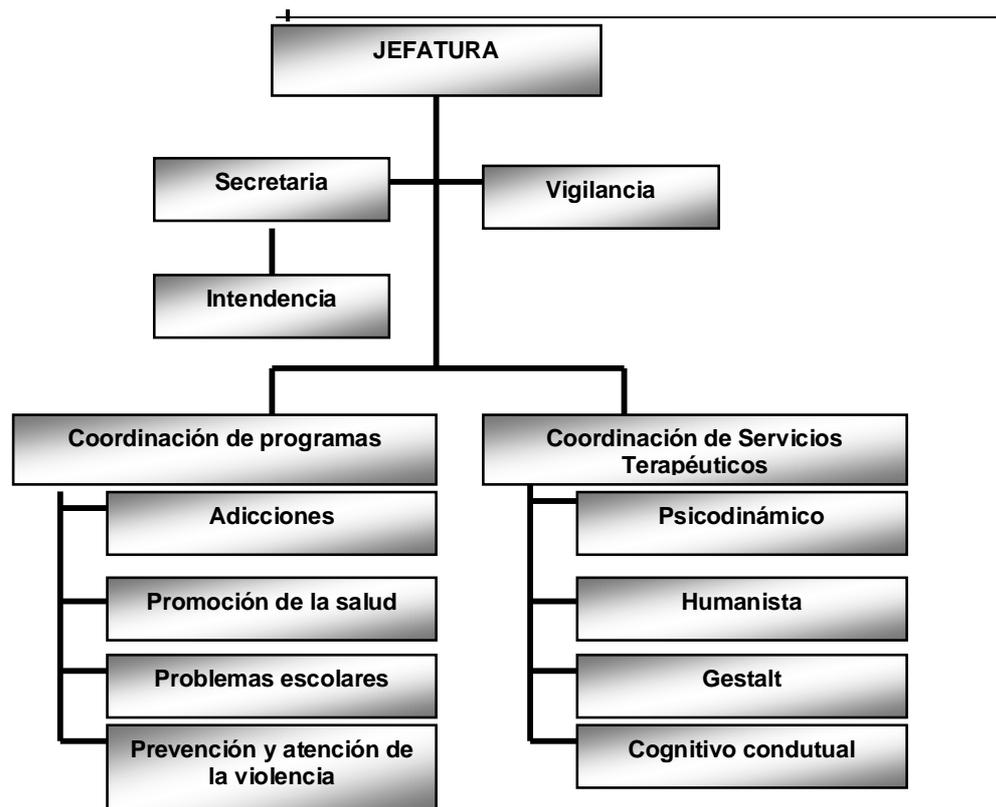


FIGURA 4: Organigrama del Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

El centro comunitario se preocupa por la prevención a través de cursos, talleres y cine-debates. Estos servicios son promovidos por el personal académico del centro.

En cuanto al servicio terapéutico, las personas solicitan la atención llamando directamente al centro, el costo de cada sesión es de \$50 pesos. En ocasiones, el personal académico y/o los residentes llaman a las personas que solicitaron el servicio y que se anotaron en la lista de espera, para invitarlos directamente, o bien se hacen volantes, carteles o publicaciones en la gaceta de la Facultad de Psicología para ofrecer los servicios.

El centro ofrece talleres y cursos fijos (que van cambiando de acuerdo a la demanda y disponibilidad de horarios), así como diversos programas:

- a) *Programa de adicciones*
 - Para los usuarios y sus familias
 - Adolescentes en alto riesgo
- b) *Programa de hábitos de salud*
 - Programa de modificación de hábitos alimentarios
 - Psicología del Deporte
- c) *Programa de violencia familiar*
 - Prevención del maltrato en la pareja
 - Grupo de reflexión de mujeres

- Atención a parejas que sufren violencia
- d) *Programa sobre problema escolares y familiares*
 - Programa Alcanzando el Éxito en Secundaria (PAES)
 - Escuela para padres
 - Programa de lecto-escritura para la población infantil y adulta
 - Programa de Enseñanza Inicial de la Lectura y la Escritura (EILE)
- e) *Programa de servicio terapéutico*
 - Individual, familiar y grupal
 - Niños, adolescentes y adultos

El proceso de atención de los solicitantes se muestra en la figura 5:

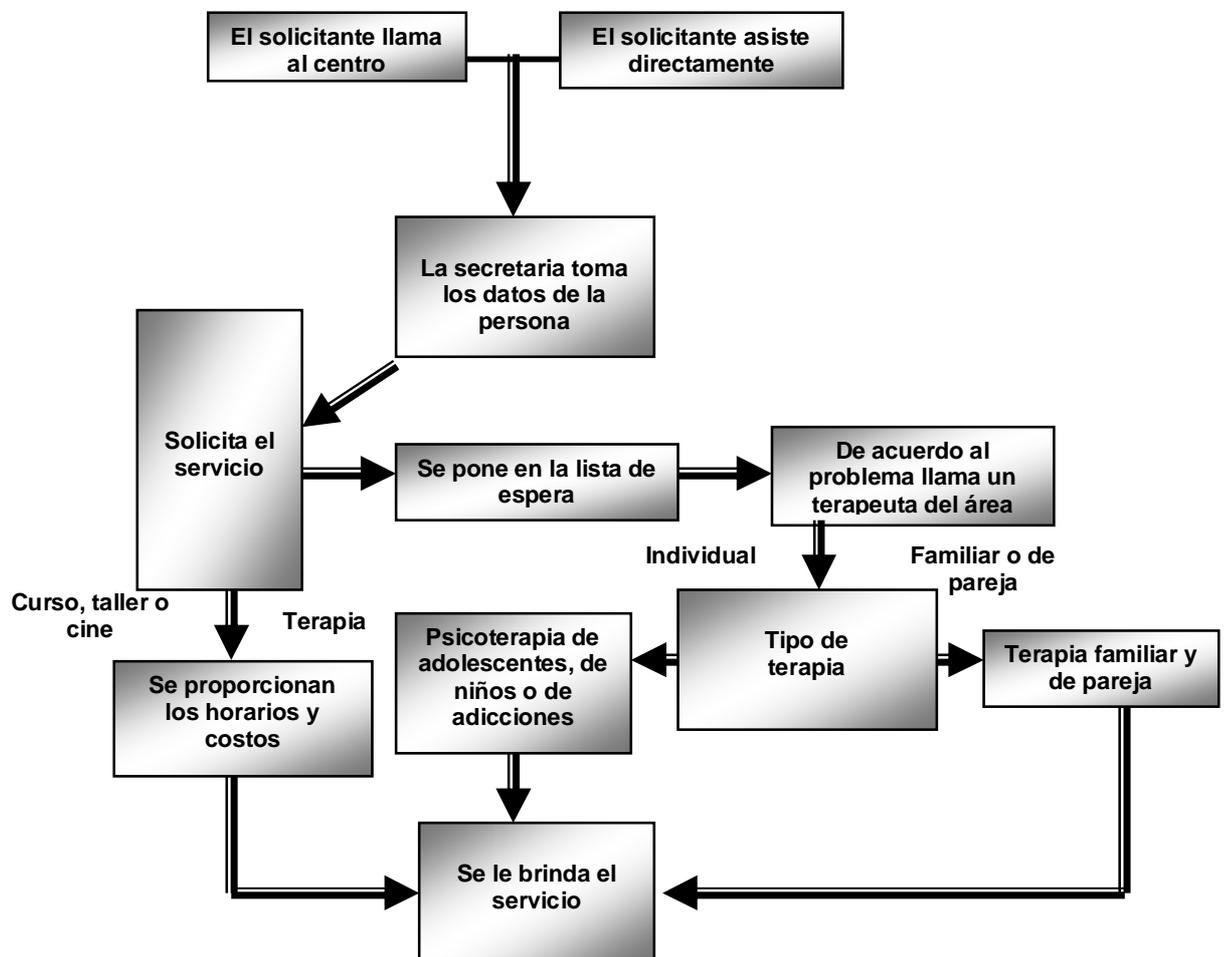


FIGURA 5: Diagrama del proceso de atención del Centro Comunitario “Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro

2.2. 3 EXPLICACIÓN DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN EL CENTRO COMUNITARIO “JULIÁN MC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO”

El trabajo terapéutico llevado a cabo en esta sede primeramente tuvo modalidad de coterapia para finalizar atendiendo a la población como terapeutas individuales.

Respecto a la supervisión, ésta fue en vivo en el caso de la coterapia teniendo siempre un equipo que observaba a través de un circuito cerrado. Finalmente la supervisión fue narrada cuando se trataron de casos atendidos de manera individual. La población atendida fueron tanto familias, parejas como pacientes individuales.

2.3 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “JUAN N. NAVARRO”

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” fue construido el 24 de Octubre de 1966” al cierre de “La Castañeda”, al ser separados los pacientes adultos de los niños.

El Hospital Psiquiátrico Infantil está ubicado en la Colonia Belisario Domínguez de la delegación Tlalpan y forma parte de un órgano descentralizado de la Secretaria de Salud, 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 (CECOSAM): CECOSAM Cuauhtémoc, CECOSAM Iztapalapa y CECOSAM Zacatenco.

2.3.1. DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “JUAN N. NAVARRO”

El Hospital Psiquiátrico Infantil, atiende problemas de salud mental en niños y adolescentes; por lo general de escasos recursos, originarios principalmente del Distrito Federal y área metropolitana.

La atención otorgada es de acuerdo a tres niveles:

- *Atención primaria:* investigación, promoción de la salud e identificación temprana.
- *Atención secundaria:* diagnóstico oportuno y tratamiento.
- *Atención terciaria:* rehabilitación de forma continua e integral.

2.3.2 ANÁLISIS SISTÉMICO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “JUAN N. NAVARRO”

El Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con un equipo multidisciplinario formado por: enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, paidopsiquiatras, médicos generales y especialistas, odontólogos, terapeutas físicos y dietistas.

La infraestructura está compuesta por 120 camas, 3 consultorios de urgencias, 19 consultorios, 3 equipos de radiología, 3 unidades dentales, 4 aulas, 2 áreas de rehabilitación y 1 cámara de Gesell.

En la figura 6 se muestra el organigrama de la institución:

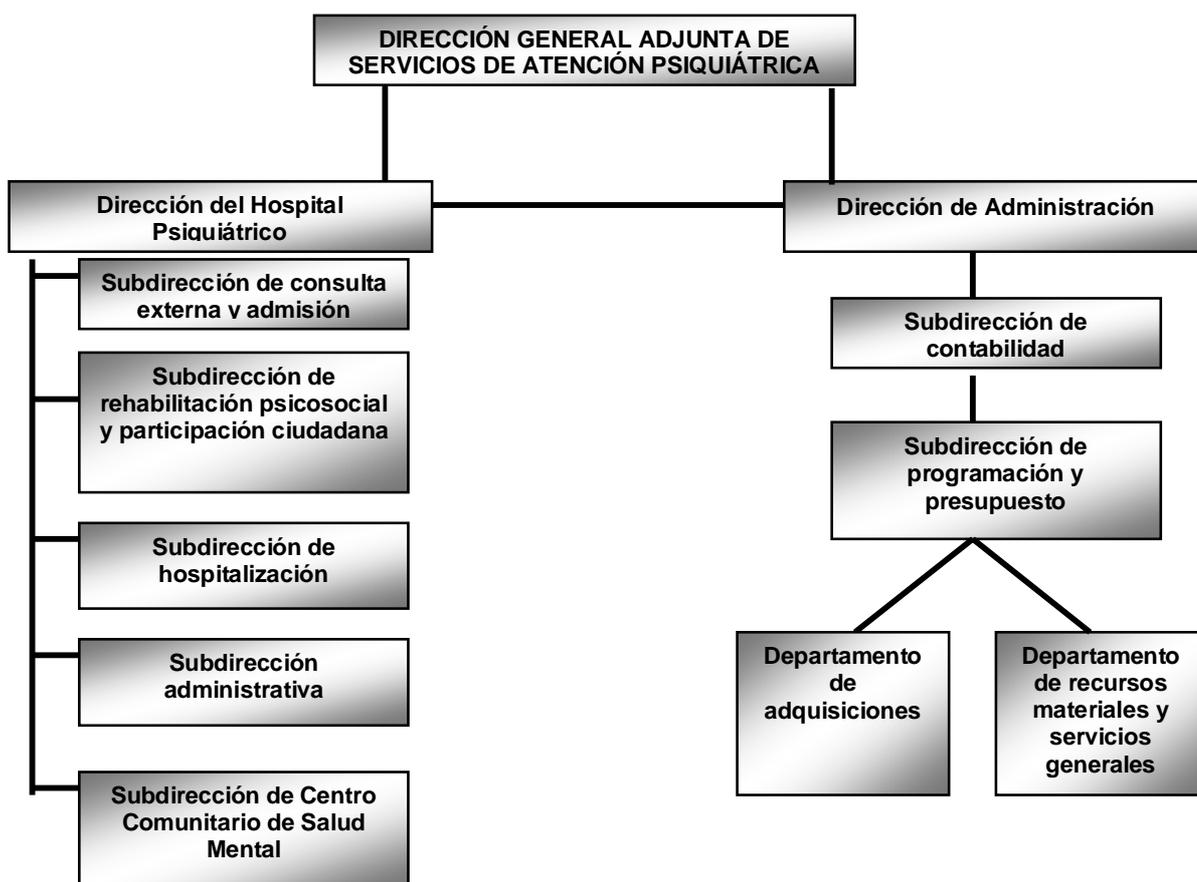


FIGURA 6: Organigrama del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

El ingreso al hospital, se lleva a cabo mediante una evaluación realizada por un paidopsiquiatra quien determina el nivel de urgencia y la modalidad de la atención, en base a:

- Consulta no urgente:
 - Problemas de aprendizaje escolar.
 - Problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y de otros.
 - Problemas emocionales o del comportamiento de larga evolución (años).
- Atención urgente:
 - Conducta agresiva incontrolable.

- Intento de suicidio reciente (días).
- Crisis de angustia.
- Intoxicación actual por drogas o medicamentos.
- Fallas graves de conducta que no pudieran ser controladas con la intervención de la familia.

La siguiente figura (7) muestra el proceso específico para ingresar al servicio de terapia familiar:

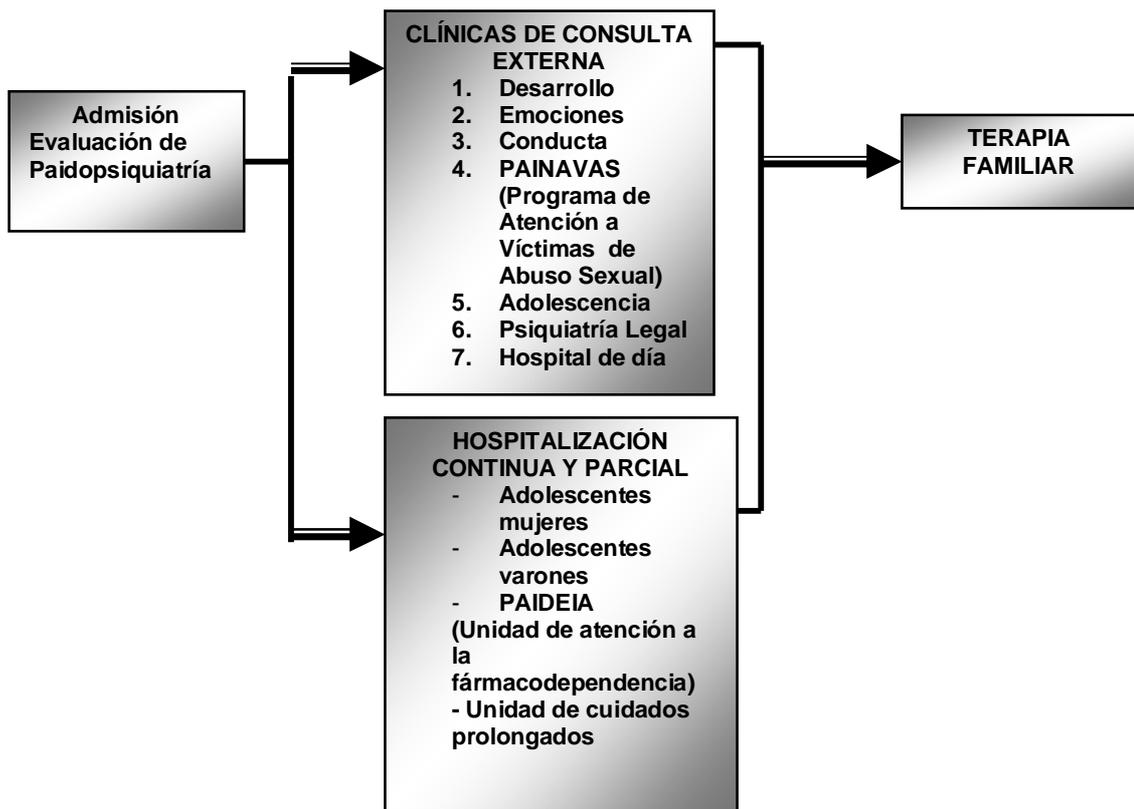


FIGURA 7: Proceso para ingresar al servicio de Terapia Familiar

El hospital está conformado por cinco áreas principales (Secretaría de Salud, 2008):

1. Enseñanza: para la formación profesional de recursos humanos en disciplinas afines a la salud mental. Asimismo, realiza actividades de investigación.
2. Atención Integral: comprende atención psiquiátrica, psicológica, social y de apoyo a la salud mental
3. Psiquiatría comunitaria: ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital.

4. Consulta Externa: está constituida por diversas clínicas:

- *Clínica del desarrollo*: atiende a población menor de 18 años con alteraciones del desarrollo (retraso mental y niños con alto riesgo).
- *Clínica de las emociones*: atiende a niños de 6 a 12 años, que son canalizados por alteraciones en el estado de ánimo, como problemas de ansiedad, fobias, depresión, ideación suicida.
- *Clínica de conducta*: se especializa en niños de 6 a 12 años con Alteraciones de la Conducta como Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.
- *PAINAVAS*: se atiende a niños y adolescentes que hayan sido víctimas de abuso sexual.
- *Clínica de la adolescencia*: se atiende a adolescentes entre 12 y 17 años, que tienen problemas como trastorno de ansiedad, depresivo o de la conducta alimentaria.
- *Psiquiatría legal*: se encarga de hacer peritaje psicológico y psiquiátrico a quienes son referidos por algún juzgado.
- *Hospital de día*: la atención que se brinda está enfocada a los trastornos generalizados del desarrollo como el autismo.

5. Hospitalización continua y parcial: los servicios de urgencias y hospitalización continua atienden las 24 hrs. todos los días del año. Cuenta con los siguientes servicios:

- *Unidad de adolescentes*: se divide en mujeres y hombres de 12 a 17 años. Las problemáticas atendidas son trastornos psiquiátricos graves como cuadros psicóticos, intentos suicidas y trastornos severos de conducta.
- *PAIDEIA*: es un servicio de consulta externa y hospitalización parcial a adolescentes de 12 a 18 años, con problemas de adicciones.
- *Unidad de cuidados prolongados*: brinda servicios de hospitalización a niños y adolescentes que han sido abandonados y padecen daño orgánico severo y retraso mental profundo.

Las áreas antes mencionadas cuentan con equipos multidisciplinarios que realizan las siguientes actividades:

- Psicología: se realizan psicodiagnósticos, psicoterapia, orientación individual y grupal, así como apoyo a padres de familia con grupos psicoeducativos a nivel escolar y preescolar. Dentro de la psicoterapia, se brinda: Análisis Conductual, Cognitivo-Conductual, Terapia Individual, Terapia de Pareja y **Terapia Familiar**.

Las prácticas de la **Residencia en Terapia Familiar** se realizan en el consultorio de dicha área, en los jardines aledaños y consultorios proporcionados por otras áreas.

- Enfermería: pretende satisfacer las necesidades que se originan en la atención a pacientes que acuden a los servicios.
- Trabajo Social: se encarga de la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial. Se encarga de elaborar el estudio socioeconómico a los usuarios para determinar el costo de los servicios que requieren.
- Rehabilitación Psicosocial: proporciona a los usuarios la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana, obtener y conservar una vida satisfactoria, con actividades como: psicomotricidad, educación especial, análisis conductual aplicado, socialización, orientación familiar, terapia familiar, acompañamiento terapéutico, terapia ambiental, terapia del lenguaje y psicopedagogía.

2.3. 3 EXPLICACIÓN DEL TRABAJO Y SECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “JUAN N. NAVARRO”

La formación como terapeuta familiar en este hospital fue a través del trabajo en coterapia con supervisión narrada.

Generalmente los pacientes, en este caso los padres, eran remitidos por el paidopsiquiatra que atendía a su hijo/a para tomar terapia de pareja o familiar, en las cuáles solía incluirse al niño/a. Es importante mencionar que el tratamiento principal del niño estaba a cargo de su paidopsiquiatra aunque en ocasiones acudiera al área de terapia familiar con sus padres.

Después de atender a los pacientes se hacían anotaciones en el expediente general, asimismo se llevaba un expediente particular y más detallado para el área específica de terapia familiar.

Debido a la alta demanda, el trabajo se realizaba al aire libre, lo que brindaba un clima diferente al de las sesiones tradicionales. A pesar de las condiciones en que se trabajaba, las sesiones se percibían en un clima de confidencialidad y hasta comodidad por ser en áreas verdes.

II. MARCO TEÓRICO

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

A continuación se analizará el marco teórico de los distintos enfoques de la terapia familiar sistémica y posmoderna, no sin antes partir de los postulados epistemológicos que comparten todas ellas.

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

Para referirse a la terapia familiar sistémica es necesario tomar en cuenta tres aspectos fundamentales: la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética. La narrativa y los enfoques posmodernos también se han visto influidos por estos modelos, sin embargo se han movido hacia el posmodernismo, el Constructivismo y el Construccinismo Social.

Enseguida se revisarán las teorías antes mencionadas.

1.1.1. TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Es Ludwing Von Bertalanffy quien desarrolla la *Teoría General de los Sistemas* en 1949, que se entiende como la exploración científica del todo y de sus totalidades en yuxtaposición al modelo reduccionista y mecanicista. El objetivo de esta teoría es conducir a una integración contextual de instrucción científica de las ciencias naturales y sociales, así como determinar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia. Considerando que una familia es un sistema abierto con una continua asimilación y eliminación de elementos para mantener su homeostasis. Con la teoría de sistemas se puede tener una visión nueva (no lineal ni reduccionista sino sistémica y contextual) respecto de la funcionabilidad y la patología.

Los **planteamientos de la teoría general de los sistemas** son (Sánchez y Gutiérrez, 2000):

1. El sistema familiar tiene sus propias reglas, no podemos comprender de manera aislada a alguien, porque el sistema está interactuado por las cualidades individuales de la suma de "n".
2. Existen subsistemas, jerarquías y límites dentro de la familia.
3. Los patrones que rigen el sistema son circulares.
4. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por la homeostasis. La familia es un sistema abierto.
5. La evolución y cambio son inherentes en los sistemas abiertos.

Los planteamientos de la teoría de los sistemas, proponen entre otros principios, como unidad de análisis la relación humana y amplían el foco de atención para ir del individuo al individuo en un complejo contexto de relaciones, visto así el individuo es entendido como parte de un sistema del que participa y en el que se integra. Las conductas del individuo no se producen en un vacío, sino en relación con otros elementos o situaciones (Bornstein y Bornstein, 1992 en Santaella, 2006).

Bertalanffy reconoce que el concepto de sistemas tiene una larga historia, ubicando a Leibniz, a Nicolás de Cusa (coincidencia de los opuestos), a la medicina mística de Paracelso, a Vico e Ibn-Kaldum con la historia como sucesión de sistemas (entidades) culturales, a Marx y Hegel con su dialéctica, entre otros (Morales y García 2004).

El sistema es definido por Bertalanffy como un complejo de elementos interactuando, dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera ciertas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado (Cusinato, 1992 en Santaella, 2006). Esta definición toma en cuenta no sólo los elementos y sus propiedades, sino también las interacciones entre ellos y las propiedades que resultan de la totalidad.

Para Bertalanffy todo organismo es un sistema, es decir, un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas. De la misma forma, se puede considerar a la familia como un sistema abierto, constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constatación de interacción entre sí e intercambio con el exterior. Entonces al hablar de un grupo social, se puede decir, que es un sistema constituido por múltiples microsistemas en interacción dinámica (Andolfi, 1985).

Sistemas abiertos, sistemas cerrados y sistemas relacionales

Existen dos tipos de sistemas: sistemas abiertos, que se refieren a los sistemas biológicos y son los que intercambian materia con el medio circundante, mientras que los sistemas cerrados son los comprendidos dentro de la física y la química y se consideran como aislados de su medio circundante (Bertalanffy, 1991).

Otro concepto importante es el de sistema relacional, que se refiere al conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por el cambio en las otras unidades, éste va seguido nuevamente por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente. En este sentido la familia es un sistema relacional, ya que el cambio en un integrante de la familia sigue al cambio de los demás miembros, que a su vez producen un cambio en el sistema total y en el sistema con su medio (Parsonns y Bales, 1955 en Aparicio, 2005).

A continuación se mencionarán algunos conceptos centrales de los sistemas (Mendoza, 2006 y Aparicio, 2005):

- **Entropía y negentropía:** la primera es una medida aproximada de la desorganización y el desorden. La falta de entropía en un sistema, conocida como negentropía, se refiere al grado de orden u organización en un sistema cerrado.
- **Multifinalidad:** este concepto aborda la posibilidad de que el sistema inicie en el mismo punto de partida y que alcance diferentes resultados.
- **Equifinalidad:** se refiere a alcanzar el mismo resultado aunque cambie o varíe el punto de partida.
- **Homeostasis:** este concepto proviene de la biología e implica la constancia relativa que guardan algunas funciones realizadas por el organismo. Son los procesos por las cuales se mantiene constante un organismo.
- **Totalidad:** el comportamiento de los miembros de la familia no debe entenderse como la suma de los comportamientos de los distintos individuos, sino como algo que incluye las relaciones existentes entre ellos.

Como se vio anteriormente, a partir de la Teoría General de los Sistemas, se puede obtener una reflexión en torno a que el ser humano está en constante interrelación con otros subsistemas que se influyen recíprocamente, cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la “totalidad”, y no en “sumatividad”. Esta visión sirve para ver desde otro punto de vista las problemáticas y alejarse de la visión positivista que sólo reduce al individuo.

1.1.2. TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN

Antes de hablar de la teoría de la comunicación propuesta por Watzlawick, Beavin y Jackson, es necesario mencionar que Claude Shannon y Warren Weaver propusieron una teoría de la comunicación con una explicación simple y mecanicista reduciéndola a una simple transmisión de la información (Avilés, 2006). Asimismo, Mendoza, (2006) señala que el modelo explicativo de Shannon fue sumamente popular en los 50's teniendo sus raíces en la telefonía. Por esa misma época surgen otras investigaciones que desarrollan un modelo basado en la epistemología circular, incorporando el concepto de retroalimentación de Wiener.

La teoría de la comunicación humana fue desarrollada por Watzlawick, Beavin y Jackson (1997) y se origina a partir del proyecto que Bateson lideró y del cual surge la teoría del doble vínculo que plantea que hay distintos niveles de comunicación en la familia.

De acuerdo a Watzlawick, Beavin y Jackson, (1991) se tienen los siguientes axiomas de la comunicación:

1. **Es imposible no comunicarse:** nuestra comunicación no se limita al aspecto verbal sino que también incluye el área no verbal. De tal manera, lo que se diga o no se diga comunica algo. Toda conducta es comunicación. En terapia familiar se tiene que prestar atención a todos los mensajes, pues por ejemplo, el hecho de que un miembro de la familia se niegue a hablar nos está comunicando algo.

2. **Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación:** el aspecto **referencial** trasmite los datos de la comunicación y el aspecto **conativo** trasmite cómo debe entenderse dicha comunicación. De tal manera, se puede decir “estoy enojada” de manera verbal, pero también con actitudes como limitarse a fruncir el ceño sin decir palabra alguna. Lo anterior indica que en psicoterapia se debe estar atento tanto al aspecto referencial como al conativo de la comunicación, para que no haya confusiones en el entendimiento del mensaje. Hay que recordar también que la **metacomunicación** es la información acerca de la información.

Eguiluz, (2003) menciona que toda comunicación implica un compromiso y por ende define la relación, esto significa que la comunicación no sólo trasmite información (contenido del mensaje), sino al mismo tiempo impone conductas (relación entre comunicadores) que señalan como debe entenderse el mensaje.

3. **La naturaleza de una relación depende de la puntuación de la secuencia de comunicación entre los comunicantes:** la manera específica de un individuo de expresar, interpretar o construir una situación puede diferir de individuo a individuo. En psicoterapia se pueden encontrar conflictos de pareja que fueron originados por la manera que cada uno de ellos tiene para puntuar los hechos. Se tiene que averiguar la puntuación que cada miembro de la pareja o de la familia tiene con respecto a los hechos, para ayudar a clarificar la situación.

4. **Comunicación digital y analógica:** la comunicación analógica es todo lo que sea comunicación no verbal, por lo que en psicoterapia se debe estar atentos a la postura del paciente, a sus gestos, a su expresión facial, a la inflexión de su voz, a la secuencia, el ritmo y la cadencia de sus palabras. Un gesto o una expresión facial puede revelar más que cien palabras. La comunicación digital será entonces aquella que tenga el componente verbal.

Relacionando esto con el axioma número 2, se puede decir que el aspecto relativo al contenido se trasmite en forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica. Si

bien es cierto que los animales tienen una comunicación analógica (por ejemplo en el galateo), el ser humano es el único organismo que utiliza la comunicación tanto analógica como digital.

La comunicación analógica carece de calificadores para indicar cuál de los dos significados dispares está implícito (las lágrimas pueden significar tanto tristeza como alegría) y tampoco cuenta con indicadores que permitan establecer una distinción entre presente, pasado y futuro. Tales indicadores existen en la comunicación digital pero lo que falta es un vocabulario para referirse a la relación.

En la vida diaria y como terapeutas existe la necesidad de “traducir” de un lenguaje al otro. La traducción del modo digital al analógico implica gran pérdida de información, aunque también lo opuesto resulta difícil.

Al traducir lo analógico a lo digital deben introducirse las funciones lógicas de verdad, pues éstas faltan en el modo analógico.

Como conclusión de este axioma se tiene que el **lenguaje digital** tiene una sintaxis lógica compleja pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el **lenguaje analógico** posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

5. Interacción simétrica y complementaria: Bateson habla de **cismogénesis**, como un proceso de diferenciación en las normas del comportamiento individual resultante de la interacción acumulativa entre individuos. Refiere dos tipos de interacción:

- **Simétrica:** A y B son similares. La patología sería la escalada simétrica donde hay una competencia entre las partes.
- **Complementaria:** la conducta de un individuo complementa la del otro, por ejemplo la necesidad de sobreprotección de una esposa con una faceta de cuidador por parte del esposo. La patología sería una complementariedad rígida donde imperan las desconfirmaciones.

Los dos tipos de interacción anteriormente mencionados son fáciles de encontrar tanto en sesión terapéutica como en la vida cotidiana. Por ejemplo en una interacción simétrica cuando un miembro de la pareja se deprime el otro puede deprimirse aún más. En el caso de una interacción complementaria se puede encontrar un esposo muy sociable casado con una mujer poco platicadora.

También se puede hablar de la relación **metacomplementaria**, donde A permite u obliga a B a estar en control de la relación mediante idéntico razonamiento.

Keeney (1987) menciona que las pautas de interacción (simétricas o complementarias) deben cambiar, de lo contrario aparece la cismogénesis (es decir una huida o una intensificación que si no están bajo control se puede generar tensión y posteriormente el quebrantamiento del sistema).

Se dice que es imposible mantener una relación complementaria o simétrica permanentemente. Las pautas de interacción deben modificarse para que sobrevivan los participantes.

Gregory Bateson

Como se mencionó al principio de este tema, la teoría de la comunicación humana surgió después de que el equipo que comandaba **Gregory Bateson** tomara diferentes caminos, por lo que es importante enfatizar algunos aportes de este.

Bateson fue un etnólogo, biólogo y psicólogo. Estuvo casado con Margaret Mead (con quien también trabajó) de 1935 a 1950. En el año de 1940 se convirtió en ciudadano estadounidense, posteriormente trabajó como profesor en la Universidad de California (Bonin, 1991).

Para el año de 1956 se publicó el escrito “**Hacia una teoría de la esquizofrenia**”, con el que nació el concepto de **doble vínculo**. Bateson decía que el esquizofrénico se comunica como si esperara ser castigado cada vez que indica que tiene razón (Hoffman, 1987).

El **doble vínculo** es un concepto que describe como es bloqueada una persona en la comunicación familiar cuando esta expuesta a informaciones y exigencias estrechamente ligadas pero contradictorias. A continuación se proporciona un ejemplo de doble vínculo donde se contradice la actitud rígida y las palabras aparentemente cariñosas de una madre a su hijo: “Un joven que se había recuperado de un brote agudo de esquizofrenia recibió en el hospital la visita de su madre. Se alegró de verla e impulsivamente le echó el brazo alrededor del hombro, lo cual la hizo sobresaltarse. Él retiró el brazo y le preguntó: ¿Ya no me quieres?, a lo que ella contestó: Querido no debes dejarte confundir con tanta facilidad ni tener miedo de tus sentimientos” (Bonin, 1991).

Bateson, siendo etnólogo realizó investigaciones en Nueva Guinea donde descubrió el fenómeno de la **esquismogénesis (o cismogénesis)**. Planteó dos tipos de interacción, como anteriormente se explicó (Hoffman, 1987) **simétrica y complementaria**.

Por otro lado, Bateson nombró a Wiener su mentor en el vocabulario de las computadoras, de la teoría de la comunicación y de la lógica formal (Heims, 1977 en Vargas, 2004).

Bateson afirmó que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación y que todo mensaje contiene dos niveles: de **contenido** y de **significado** (Vargas, 2004).

Los trabajos de Bateson en el área de contacto entre la psicología y la etnología mencionan su concepción de *ethos*, como llama al estilo emocional de una sociedad. En sus estudios comparativos de diversas culturas, Bateson se convirtió en uno de los autores de mayor influencia del movimiento ecológico. Consignó sus ideas ecológico-antropológicas en su libro “Pasos hacia una

ecología de la mente”, con la tesis central de que el ser vivo que triunfa en la lucha contra su ambiente se destruye a sí mismo (Bonin, 1991).

Bateson hablaba de los patrones de interacción, la **pauta que conecta**; con la cual pretendía establecer las formas y las relaciones observables en todos los fenómenos. Asimismo, argumentó que el **contexto** es un elemento primordial de toda comunicación y significación (Hoffman, 1998 en Ocampo, 2005).

1.1.3. CIBERNÉTICA

La cibernética (al igual que la Teoría General de los Sistemas) tiene que ver con los problemas de organización, control, retroalimentación y transmisión de información, se trata de un campo que es inherentemente interdisciplinario.

El concepto de cibernética fue introducido en el lenguaje científico por Norbert **Wiener** en 1948, quien lo extrajo del término griego kybernetes, que significa gobernar o dirigir (Santaella, 2006).

Wiener definió a la cibernética como la ciencia de la comunicación y el control en el ser humano y la máquina (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Bateson consideró que la cibernética es una nueva ciencia que se ocupa de los problemas del control, la recursividad y la información. Sluzky refirió que la cibernética tiene por objeto de estudio a los procesos de comunicación y control de los sistemas naturales y artificiales.

El postulado básico de la cibernética es el de **retroalimentación**, al cual Wiener define como un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado (Morales y García, 2004).

Gracias a la cibernética se encontró un lenguaje interdisciplinario que permitió explicar tanto sistemas artificiales como sistemas naturales.

Esta nueva concepción busca explicaciones globalizadoras que incluyan a las máquinas, los organismos y las sociedades (Vargas, 2004).

En la década de los setenta se percibió un **cambio** en la historia de la cibernética: de la primera cibernética centrada en la regulación de la desviación, se pasó a la segunda cibernética, centrada en la ampliación de la desviación (Sluzky, 1995 en Morales y García, 2004). Es decir, se produjo el pasaje desde la **cibernética de primer orden** o de los sistemas observados, hacia la **cibernética de segundo orden** o de los sistemas observantes, la primera era insuficiente para explicar el cambio, pero la segunda lo hizo.

Las propuestas de la primera cibernética se centraron en el estudio del mantenimiento de su unidad sistémica y su identidad mediante procesos dinámicos y complejos: la autoorganización y la autorregulación de los sistemas. El interés creciente en el cambio y en la construcción de modelos destinados a entender la organización de nuevas formas, marcó el pasaje de la primera a la segunda cibernética.

La coordinación, la regulación y el orden a través del control son los temas principales de la cibernética, no se ocupa del mero funcionamiento de los objetos, sino del comportamiento de estos. Le interesa responder ¿qué hace esto? y no ¿qué es esto?

De acuerdo a Sánchez y Gutiérrez, (2000):

- **Cibernética de primer orden (de los sistemas observados):** es el sistema observado separado del observador. Interesa como el sistema mantiene su organización u homeostasis por **retroalimentación negativa o morfóstasis**.
- **Segunda etapa primer orden:** enfocada en la manera en que los sistemas cambian su organización por **retroalimentación positiva (morfogénesis)** en los procesos de desviación y ampliación. Se habla de circularidad, estructura, sistemas abiertos, sistemas cerrados y retroalimentación.
- **Cibernética de segundo orden (de los sistemas observantes):** el observador es parte de la realidad observada.

Fue **Von Foerster** quien en 1972 propuso el nombre de cibernética de segundo orden (Ocampo, 2005).

Los principios de la física cuántica, los aportes filosóficos de Wittgenstein, las contribuciones neurofisiológicas de Warren Mc Culloch, Humberto Maturana y Francisco Varela y la del epistemólogo Jean Piaget; fueron el contexto que contribuyó en el desarrollo de la cibernética de segundo orden (Sluzki, 1985 en Mendoza, 2006).

En la cibernética de primer orden la relación paciente-terapeuta se da en un nivel vertical (sano-enfermo, observador-observado, etc.), el paciente espera que el terapeuta le indique que debe hacer y si el primero no mejora es por su resistencia. En cambio, en la cibernética de segundo orden se postula una posición paralela, recurrente, ecológica y con tendencias posmodernistas. El terapeuta tiene una posición de no experto y no poseedor de la verdad única.

Es interesante cómo ha cambiado la visión del terapeuta con respecto al paciente, la cibernética permite reflexionar al respecto. Es importante tener en cuenta que el terapeuta es parte de la realidad observada, influye y es influido por el sistema.

1.1.4. CONSTRUCTIVISMO Y CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

El posmodernismo rechaza la idea de un universo cognoscible y enfatiza la presencia de realidades divergentes (en lugar de universo propone el término "multiverso"), las cuales se construyen socialmente y están situadas históricamente. El uso del lenguaje adquiere especial importancia para la construcción de realidades, lo que hace referirse al constructivismo.

Constructivismo

El constructivismo cuestiona la realidad del mundo, plantea la existencia de una realidad concreta a la que nunca se puede acceder de manera completa. El conocimiento es **construido** de manera **activa** por el sujeto (Anderson, 1999; Elkaim, 1996 en Aparicio, 2005).

El constructivismo no se propone describir ninguna realidad absoluta, sino sólo fenómenos de la experiencia. La realidad no es negada, pero se asume que el sujeto crea constructos para describirla; los seres humanos construyen e interpretan la realidad. Asimismo, el constructivismo no dice cómo es el mundo, pero sugiere una manera de pensarlo.

La epistemología constructivista está basada en la argumentación de que los sujetos operan de acuerdo con una representación o mapa que construyen de la realidad, pero ese mapa no es el territorio, sino más bien una descripción del territorio en términos del observador (Feixas y Villegas, 2000 en Mendoza, 2006).

Algunos representantes filosóficos del constructivismo son: en el siglo XVIII Giambattista Vico, con el concepto de los universales imaginativos; posteriormente Kant, con la crítica de la razón pura y Vaihinger, con la filosofía neokantiana del "como sí". Dentro de la psicología están las aportaciones de Piaget, con la epistemología genética; Bartlett, con el análisis constructivista de la memoria humana; Hayet, con el tratado sobre la naturaleza constructivista del sistema nervioso humano; Kelly, con la psicología de los constructos personales y Weimer con la metateoría motriz de la mente (Anderson, 1999; Lidon, 1998 y Neimeyer, 1998 en Mendoza, 2006).

La perspectiva constructivista cuestiona el mundo cartesiano, rechaza que el conocimiento es representativo y refleja el mundo real y verdadero y afirma que es imposible conocer una realidad externa objetiva (Anderson, 1999).

El **lenguaje** es fundamental dentro del constructivismo, siendo una forma de acción, de construir el mundo, los significados del sujeto dependen de su contexto. Dentro de esa misma construcción, los **problemas** son valoraciones del mundo, son creados y mantenidos por el lenguaje, por lo que deben resolverse dentro del mismo.

Construccionismo Social

El construccionismo social se remonta a P. L. Berger y T. Luckmann; más recientemente se asocia con Nelson Goodman, Kenneth Gergen, Rom Harré, John Shotter, Donald Polkinghorne, Theodore Sarbin, Clifford Geertz y Charles Taylor (Anderson, 1999).

Es a finales de la década de los 80's cuando esta corriente empieza a tomar fuerza en los Estados Unidos. Kenneth J. **Gergen** es conocido como uno de sus principales representantes en la psicología, este autor afirma que la construcción del mundo no está dentro de la mente del observador, sino en el interior de las diferentes formas de la relación (Elkaïm, 1996 en Mendoza, 2006).

Gergen define la construcción social como una indagación que busca explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica o da cuenta del mundo en que vive.

El conocimiento es una construcción comunal, producto del intercambio social. Para Gergen la relación es el locus de conocimiento, los significados son el resultado del lenguaje (Anderson, 1999).

El construccionismo social es una postura que surge posteriormente del constructivismo, ambas argumentan que lo que el sujeto conoce no refleja una realidad objetiva, sino subjetiva.

La diferencia está, en que el construccionismo social argumenta que es a través del intercambio de información con los demás, a partir del cual se construyen las realidades (la realidad es **co-construida**, ya que el mundo es social).

Como se vio anteriormente, para el construccionismo social, **la realidad se construye socialmente**, a través del lenguaje y del contexto en el que está el sujeto. Las realidades que se construyen pueden ser diversas (McNamee y Gergen, 1996).

Las raíces del construccionismo social retoman la premisa lewiniana según la cual la acción humana depende de procesos cognitivos de la información y del mundo tal y como es conocido (Feixas y Villegas, 2000 en Mendoza, 2006).

Tanto con el constructivismo como con el construccionismo social, se cuestiona la validez científica, así como la objetividad, asimismo el conocimiento deja de ser producto de la observación pasiva.

1.2 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

Con la terapia familiar se abandona el pensamiento lineal, en el cual los síntomas de las personas eran tratados en términos de causas subyacentes, las cuales requerían de un análisis intrapsíquico. El pensamiento sistémico surge al incluir en la comprensión de un problema las interacciones y la retroalimentación familiar, además de que el síntoma pasa a ser algo más que un individuo sintomático (Ocampo, 2005).

Según Sánchez y Gutiérrez, (2000) la terapia familiar tiene la finalidad de modificar la situación relacional de la familia respecto del problema específico, resumido en el paciente identificado, así como la adquisición de la conciencia para evidenciar la situación estructural denunciada por las contradicciones manifiestas en la vida familiar.

Debe recordarse que la observación de los comportamientos sintomáticos en la familia fue la pauta que marcó el inicio del movimiento familiar. El movimiento familiar es una forma diferente de considerar el comportamiento, y se le puede

describir como una clase de investigación de comunicaciones que enfoca las relaciones de la gente cara a cara en grupos vivos (Hoffman, 1987).

Se descubrió que los comportamientos sintomáticos ayudaban a equilibrar o desequilibrar el sistema.

Si se desea observar la interacción humana, y más en particular la familia, siguiendo un enfoque sistémico, se le debe aplicar las diversas formulaciones y las deducciones de los principios válidos para los sistemas en general. En el modelo sistémico pierde importancia lo que se refiere a la estructura interna de las diversas unidades, tomadas aisladamente, y en cambio adquiere relieve y es objeto de búsqueda lo que ocurre entre las unidades del sistema, es decir, las modalidades según las cuales, momento por momento, los cambios de una unidad van seguidos o precedidos por cambios de las otras unidades (Santaella, 2006).

Con la terapia familiar se puede tener otra visión desde la cual se percibe el síntoma de la familia y no del individuo.

Andolfi, (1985) menciona tres aspectos de las teorías sistémicas aplicadas a la familia:

- a) La familia como sistema en constante transformación: la familia es un sistema capaz de adaptarse a las exigencias de los diversos estadios del desarrollo de tal manera que asegura su continuidad y crecimiento.
- b) La familia como sistema activo que se autogobierna mediante reglas: la familia es un sistema intrínsecamente activo poseedor de reglas que rigen la organización familiar.
- c) La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas: al ser la familia un sistema abierto significa que está en continua asimilación y eliminación de elementos para mantener su homeostasis. La familia es un sistema entre otros sistemas.

Ahora bien, no se puede entrar de lleno al trabajo sistémico sino se conocen sus antecedentes, lo cual permitirá cimentar los conocimientos y ver cómo fue surgiendo la terapia familiar. Asimismo, como mexicanos debemos saber que es lo que pasa en este país al respecto.

El área de terapia familiar inició como forma de apoyo a áreas como la psiquiatría, la psicología, la pedagogía y la sexología, pero hasta aproximadamente 1930 se independizó de ellas. El punto de vista sistémico relaciona los elementos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual, todo lo opuesto al modelo reduccionista (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

De acuerdo a Ochoa, (1995) con el surgimiento de la terapia familiar el interés cambia de las variables intrapsíquicas a las variables interpersonales.

Vargas, (2004) señala que el 11 de mayo de 1942 tuvo lugar la primera de una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Josiah Macy Jr. El nombre de la primera conferencia fue "Inhibición cerebral", el tema era trabajo de Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow acerca de la importancia de los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional. El trabajo se centraba en la explicación de cómo una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo, asimismo se señalaba que la conducta de la unidad se da en función de cierta finalidad a la que tiende en todo momento sólo para corregirse y así autorregularse. Este modelo era capaz de reemplazar la relación causa – efecto de un estímulo que lleva a una respuesta, por una causalidad circular que requiere de retroalimentación negativa.

Los inicios de la Segunda Guerra Mundial truncaron la continuación de estos trabajos, las conferencias fueron aplazadas por cuatro años. Para 1946 dio comienzo el ciclo de conferencias "The Feedback Mechanism and Circular Causal Systems in Biology and Social Science" (Los mecanismos de retroalimentación y los sistemas de causalidad circular en la biología y las ciencias sociales).

Estas reuniones son las ahora denominadas "Conferencias Macy", cabe recalcar que los científicos que participaban en ellas eran tanto de las ciencias duras como de las ciencias sociales. Algunos participantes fueron: Norbert Wiener y John von Neuman (matemáticos), Arturo Rosenblueth y Rafael Lorente de No (neurofisiólogos mexicanos), el matemático Walter Pitts, el neuropsiquiatra Warren Mc Culloch, el psicólogo Kurt Lewin y la pareja de antropólogos Margared Mead y Gregory Bateson.

Las conferencias Macy proponían nuevas formas de explicación tanto en ingeniería, como en la biología y en el área social.

En una reunión celebrada en 1946 Wiener y von Neuman introdujeron la diferencia entre las claves analógicas y digitales.

Se inició con temas como retroalimentación positiva y negativa, medición de la información entropía, negentropía, orden, se examinaron las teorías de Rusell de los tipos lógicos.

De las ideas formuladas durante las conferencias Macy de marzo de 1946 a abril de 1953 surgieron innovaciones que bosquejaron un nuevo marco de referencia: la cibernética.

Sánchez y Gutiérrez, (2000) refieren como los países importantes para el desarrollo de la terapia familiar en sus inicios a Alemania (1929 y 1932) y EUA (1930) con *Hirschfeld* y *Popeone* respectivamente. Es éste último el que introdujo el término de Consejero Matrimonial. Asimismo en EUA laboraban *Abraham* y *Ana Stone* (1949), siendo el primero de ellos uno de los pioneros en el área de la terapia familiar, pues la practicaba desde 1930. Otra pionera fue *Emily Mudd* (Filadelfia, 1932) que se encargó de desarrollar un programa de evaluación y que junto con *Dearborn* y *Laidlaw* fundan la *AAMC* (Asociación Estadounidense de Consejeros Matrimoniales) que finalmente se terminó llamando *AAMFT*

(Asociación Estadounidense de Terapia Matrimonial y Familiar). A la par pero en Inglaterra, *David y Vera Mace* investigaban acerca de los problemas domésticos.

Dentro de los precursores de la terapia familiar se encuentran *John Bell* como el padre de la terapia familiar moderna (1951) que atendiendo a la familia completa logró tener un panorama más amplio de la problemática familiar. Después está *Ackerman*, un psiquiatra infantil que logro romper con la rigidez y logró que los psiquiatras vieran a toda la familia como una unidad de tratamiento y diagnóstico. Otro psiquiatra importante fue *Milderfort*, que hizo hincapié en los factores religiosos y éticos de la salud mental. Dentro del psicoanálisis, figuró *Theodore Lidz* que sostenía que los pacientes esquizofrénicos tenían una familia inestable, además de que exploró el rol de los padres en éste tipo de familias. El médico *Lyman C. Wynne* y su equipo descubrieron que las causas de la úlcera son generalmente los problemas familiares. En psiquiatría infantil, se tiene también a *Murray Bowen* quien postulaba que los padres deberían hospitalizarse junto con el paciente. Otro que creía que incluir a la familia daba resultados positivos fue *Carl Whitaker*.

Por otro lado, el grupo formado en Palo Alto, en el Mental Research Institute (MRI) estuvo formado por: *Jackson* (psiquiatra), *Bateson* (antropólogo y filósofo), *Fry*, *Haley*, *Kanton*, *Riskin*, *Satir* (trabajadora social), *Watzlawick* y *Weakland*. Bateson observó a familias esquizofrénicas y encontró una cantidad importante de metamensajes y contextos paradójicos. Asimismo, un personaje que tuvo grandes aportaciones, especialmente dentro de la terapia con enfoque estratégico fue *Milton Erickson*.

En el año de 1956 fue cuando Weakland, Jackson, Haley y Bateson generaron "*Hacia una teoría de la Esquizofrenia*", donde hablaban del "doble vínculo" como la causa de la esquizofrenia en niños. En 1959 se fundó el MRI y se postuló que la terapia familiar resultaba más efectiva que la individual para el tratamiento de familias de esquizofrénicos.

Por otro lado, *Ivan Boszormenyi – Nagy* (el fundador del grupo de Filadelfia) fue quien hizo aportaciones para lo que mas tarde sería la terapia contextual o integral. En Nueva York figuraba *Israel Zwerling* que junto con *Marilyn Mendelson* fundaron el Family Studios Section (1960-1969).

Asimismo, el psicoanalista Argentino *Minuchin*, en colaboración con otros inició un programa acerca de "La dinámica de las familias pobres". Además, en colaboración con Haley, Montalvo y Rosman formaron un programa para preparar terapeutas de raza negra. Las aportaciones de Minuchin y Haley es lo que posteriormente se conoce como la "Terapia Estructural".

Por otro lado Watzlawick, Bodin, Weakalnd y Fisch establecieron el centro de Terapia Breve.

Mientras tanto en Italia, se fundó el Instituto de la Familia de Milán por *Palazzoli*, *Boscolo*, *Prata* y *Cecchin*.

En Texas se desarrolló la técnica de "Impacto Múltiple" (una interacción multidisciplinaria con los pacientes con una duración de 2 días) a manos de *McGregor* y *Ritchie*. Asimismo en EUA, en 1969, *Duhl* y *Cantor* fundaron el Boston Family Institute.

El primer libro de texto con orientación familiar fue publicado en 1945 y tres años después se especificaron las características que debía tener un orientador familiar. Pero es hasta 1970-1979 que la profesión tuvo su maduración y consolidación.

En la historia mexicana de la terapia familiar (Sánchez y Gutiérrez, 2000) se puede mencionar al Dr. *Raymundo Macías*, que realizó su preparación en Montreal bajo la supervisión de Epstein. El primer posgrado para la formación de terapeutas familiares fue establecido por el Dr. Macías en colaboración con Roberto Derbez y Lauro Estrada, dicho posgrado solamente tenía un año de duración y era impartido en la Universidad Iberoamericana.

A continuación se proporciona un listado con las instituciones pioneras de la terapia familiar en *México*:

- Uno de los logros más sobresalientes del Dr. Macías es el *IFAC* (Instituto de la Familia AC) donde se trabaja un enfoque Dinámico Sistémico Integrativo.
- La UDLA (Universidad de las Américas).
- El ILEF (Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia) fundado por el Dr. Maldonado en 1984.
- La institución PERSONAS, Instituto de Investigación y Entrenamiento en Psiquiatría. Su fundador fue el Dr. Freidberg, el Dr. Lichtein y la Dra. Dolores Villa en el año de 1980.
- El Instituto de Terapia Familiar CENCALLI, fue creado en 1987 por la Dra. María Luisa Velazco de Torres.
- El IMTB (Instituto Mexicano de Terapias Breves, S. C) fundado por la Dra. María Blanca Moctezuma en 1986.
- El Instituto Superior de Estudios para la Familia creado por el Dr. Alberto Castellanos en 1982.
- La Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) fundada en 1981.

Las escuelas de formación sistémica en México son las siguientes (Eguiluz, 2004): Universidad Nacional Autónoma de Coahuila, Universidad Autónoma de Tlaxcala, Universidad del Valle de Atemajac, Universidad Autónoma del Estado de México, Universidad Autónoma de Zacatecas, Universidad de Guanajuato, Universidad del Mayab, Universidad Autónoma del Noroeste, Universidad de Guadalajara, Universidad Latina de México y Universidad Autónoma de la Laguna.

1.2.1. MODELO ESTRUCTURAL

*“La terapia es el proceso por el cual se toma a una familia que se ha atascado en algún punto y se crea una crisis que la empujará hacia su propia evolución”
-Minuchin y Fishman, (1981)-.*

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL MODELO ESTRUCTURAL

El modelo estructural se ha convertido en uno de los más aplicados debido a la facilidad y claridad de sus técnicas, ya que pueden emplearse en cualquier contexto familiar y social.

Al principio del decenio de 1960 – 1969, Salvador Minuchin trabajaba como psiquiatra en la correccional para niños de Wiltwyck, Nueva York (Sánchez y Gutiérrez, 2000). El grupo de investigación además estaba conformado por: E. H. Auerswald, Charles King, Richard Rabkin y Braulio Montalvo (Salas, 2005).

Minuchin, (1979) argumenta que la **terapia estructural** estudia al individuo en su contexto social, intentando modificar la organización de la familia con lo cual se modifican las experiencias de cada individuo. Por ejemplo, una familia funcional tendrá una línea clara entre generaciones.

El lenguaje que Minuchin utiliza parece derivarse de la teoría de la organización y la teoría de roles, basándose principalmente en metáforas espaciales como fronteras, mapas, territorio, estructura, etc. (Hoffman, 1987).

Desde la perspectiva estructural hay un interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema participan en el mantenimiento del síntoma, se busca entender además cómo es que el síntoma actúa como refuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar (Desatnik, 2004).

EXPONENTES PRINCIPALES Y SUS APORTACIONES

Salvador Minuchin es el principal representante de la terapia estructural. Minuchin nació en Argentina en 1921 y se formó como psiquiatra en Nueva York, fue director de la Clínica de Orientación Infantil (Child Guidance Clinic) de Filadelfia y creó una institución para familias de niños y jóvenes que vivían en guetos. En 1981 Minuchin se trasladó a Nueva York donde formó el Centro Familiar Minuchin, del cual decide retirarse en 1996 (Robles, 2005).

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL MODELO ESTRUCTURAL

Se puede iniciar este apartado señalando algunas características del enfoque estructural (Ocampo, 2005): el **objetivo terapéutico** es cambiar la organización familiar, delimitando subsistemas y estableciendo jerarquías. Se considera que el **origen del problema** está en la estructura familiar interaccional y que la **función del síntoma** es el mantenimiento de la homeostasis familiar. El **rol del terapeuta** será directivo. Ochoa, (1995) enfatiza que el **cambio** se produce cuando la familia se reequilibra sobre una nueva estructura adecuada a la etapa de su ciclo evolutivo que le corresponde.

Por otro lado, el modelo estructural posee tres **axiomas** (Salas, 2005): a) La vida psíquica de un individuo no se explica solo con base en lo interno. b) El terapeuta es incluido como parte activa del sistema terapéutico. c) Al modificar la estructura familiar, se facilita la producción de cambios en la interacción de los miembros que forman el sistema.

La **entrevista inicial** y el **contrato terapéutico** también son muy importantes, en la primera, se deberá contar con una fase de presentación, seguida por el establecimiento de contactos terapéuticos, para enseguida realizar la exploración de la estructura familiar y finalmente establecer el contrato terapéutico (Goitia, 2005). De acuerdo a Minuchin, (1979), en el **contrato terapéutico**, la familia y el terapeuta deben acordar la naturaleza del problema, los objetivos y el lugar de tratamiento -casa, consultorio, etc.-

Por otro lado, Minuchin menciona que el **stress** en un sistema familiar tiene cuatro fuentes: 1) Contacto stressante de un miembro con fuerzas extrafamiliares. 2) Contacto stressante de la familia en su totalidad con fuerzas extrafamiliares. 3) Stress en los momentos transicionales de la familia. Y 4) Stress referente a problemas de idiosincrasia.

Una **familia normal** se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose, su estructura está siempre en movimiento. Se deben movilizar las pautas transaccionales cuando las condiciones internas o externas exijan una reestructuración. Los límites deben ser firmes pero flexibles. La familia se adapta al stress de un modo que mantiene la continuidad y permite reestructuraciones. (Minuchin, 1979).

Concepción de la familia

La familia es la matriz de la identidad, es un sistema abierto en transformación y poseedora de una estructura que opera a través de pautas transaccionales, es decir, secuencias conductuales repetitivas que regulan la conducta de los miembros de la familia (Minuchin, 1974 en Villanueva, 2005). La familia opera dentro de otros sistemas más amplios y enfrenta una serie de tareas evolutivas que le permiten transformarse constantemente a través de dos mecanismos: **morfostasis** o tendencia a la estabilidad y **morfogénesis** o tendencia al cambio (Eguiluz, 2003 y Salas, 2005).

Para Minuchin, la familia cumple dos **objetivos**: a) la protección psicosocial a sus miembros y b) la acomodación a una cultura y transmisión de ésta. Asimismo, la familia imprime a sus miembros tanto un sentido de pertenencia como uno de individuación (Desatnik, 2004).

Subsistemas familiares u holones

La familia desempeña sus funciones a través de subsistemas formados por: generación, género, función, etc. (Desatnik, 2004). Minuchin y Fishman, (1981) denominan a los subsistemas **holones**, la palabra holón proviene del griego *holos* (todo) con el sufijo *on*, es decir, parte. Lo anterior puede entenderse como: cada

todo contiene a la parte y cada parte contiene al todo. Los principales holones son: holón individual, holón conyugal, holón parental y holón fraternal.

Ciclo vital de la familia

Para una mejor comprensión de la familia, es importante tomar en cuenta sus procesos de desarrollo y los puntos de crisis que surgen cuando los miembros de la familia pasan de una etapa a otra. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital (Villanueva, 2005).

A continuación se presenta un cuadro con las 4 etapas del ciclo vital de la familia (Minuchin y Fishman, 1981):

CUADRO 1: Etapas del Ciclo Vital

ETAPA DEL CICLO VITAL	DESCRIPCIÓN
Formación de pareja	Mediante negociación se tienen que establecer límites con las familias de origen, amigos, trabajo, etc. Se deberán armonizar los estilos y expectativas diferentes, así como crear reglas sobre intimidad, jerarquías, cooperación. Es esencial elaborar pautas para expresar y resolver conflictos.
Familia con hijos pequeños	Con el nacimiento del primer hijo se crean nuevos holones: parental, madre-hijo y padre-hijo. El holón conyugal se debe reorganizar para afrontar nuevas tareas y se deben crear nuevas reglas. Si nace otro hijo, las pautas vuelven a quebrarse, por lo que el sistema debe reorganizarse. Si los problemas se resuelven deficientemente se pueden formar coaliciones.
Familia con hijos en edad escolar o adolescentes	Toda la familia debe elaborar nuevas pautas: cómo ayudar en las tareas, la hora de ir a la cama, tiempo para el estudio y esparcimiento, etc. La capacidad cada vez mayor del adolescente lo habilita para demandar reacomodamiento a sus padres, se tiene que negociar la autonomía y el control. Puede haber una declinación de fuerzas o muerte de los padres. Empieza el proceso de separación.
Familia con hijos adultos	Los hijos ahora adultos jóvenes han creado sus propios compromisos, una carrera, amigos y un cónyuge. La familia originaria vuelve a ser de dos, por lo que se requiere una reorganización. Este periodo suele llamarse "nido vacío". Si nacen nietos tendrán que elaborarse nuevas relaciones.

Tipos de familias

De acuerdo a Minuchin y Fishman (1981) existen diferentes composiciones familiares, con las que se elaboró un cuadro para orientar los sondeos en la organización familiar:

CUADRO 2: Tipos de Familias

TIPO DE FAMILIA	DESCRIPCIÓN
Familias de pas de deux	Dos personas muy apegadas con dependencia casi simbiótica. Se tendrá que deslindar la frontera entre la díada y cancelar las que los tiene desvinculados de otros.
Familias de tres generaciones	Por ejemplo progenitor soltero, abuelo, niño. Se deberá trabajar la diferenciación de funciones. Las jerarquías pueden ser débiles por lo que se deberán esclarecer las fronteras entre los holones, diferenciar funciones y facilitar la cooperación.
Familias con soporte	Se trata de una familia grande, donde uno de los niños o varios de ellos reciben responsabilidades parentales. Se tiene que reorganizar el subsistema parental, de tal forma que el niño deje de estar parentalizado, o distribuir más equitativamente la responsabilidad ente los demás hermanos.
Familias acordeón	Uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados (como en las familias de militares), por lo que las funciones parentales se concentran en una sola persona. La demanda de terapia ocurre cuando el progenitor se convierte en figura permanente. Se necesitan maniobras estructuradoras y educativas.
Familias cambiantes	Cambian constantemente de domicilio, el progenitor soltero que cambia constantemente de pareja. El terapeuta debe ayudar a definir la estructura familiar.
Familias	Por ejemplo un niño huésped como miembro de una familia temporaria. Si la

Patrones Trigeneracionales de Violencia Intrafamiliar

huéspedes	sintomatología es producto del ingreso del niño a la familia, ésta funciona como si atravesara una crisis de transición. Si el niño ya está integrado a la familia, los síntomas obedecen a la organización de ésta.
Familias con padrastro o madrastra	Un padre adoptivo tiene que pasar por un proceso de integración, puede no tener un compromiso pleno o la unidad originaria puede mantenerlo periférico. De inicio es conveniente mantener las fronteras funcionales en la vía en que se configuran hacia un solo organismo.
Familias con un fantasma	Cuando alguien muere o deserta, puede haber problemas para reasignar las tareas del miembro que falta.
Familias descontroladas	Uno de los miembros de la familia presenta síntomas en el área de control. Los problemas de control varían de acuerdo al estadio de desarrollo. Los niños en edad escolar no quieren admitir reglas. Cuando hay adolescentes , el terapeuta debe señalar el derecho de los padres para formular demandas y pedir que se los respete, al mismo tiempo que apoya las demandas de cambio que hace el adolescente. En las familias con hijos delincuentes , las pautas de comunicación suelen ser caóticas, (no se escuchan). En las familias con niños maltratados , los progenitores carecen de sistemas de apoyo. En las familias del bebé que no prospera suele haber incapacidad de los padres para satisfacer las necesidades de su hijo. Finalmente las familias donde los niños sufren fobias escolares , puede ser manifestación de: una organización delinencial o de la unión excesiva entre el niño y uno de los miembros de la familia.
Familias psicósomáticas	Insisten en los cuidados tiernos. La familia parece funcionar cuando alguien está enfermo.

Estructura familiar

Minuchin, (1979) define a la estructura familiar como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia”. Ésta última opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Sánchez y Gutiérrez, (2000) argumentan que la estructura denota la configuración de la familia, ésta se produce cuando los miembros de la familia adoptan cierta aproximación o distancia entre unos y otros. La estructura de la familia cambia de acuerdo con la evolución de la misma

Parámetros para evaluar la estructura familiar

A continuación se presentará un cuadro que se elaboró para presentar los elementos de evaluación estructural (Desatnik, 2004, Juárez, 2005, Salas, 2005 y Ocampo, 2005).

CUADRO 3: Elementos de la Evaluación Estructural

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
Límites o fronteras	Están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera. Hay límites claros (permiten la inclusión y exclusión de los miembros de los subsistemas, son firmes y a la vez flexibles), rígidos (son restrictivos permitiendo poco contacto entre subsistemas) y difusos (excesiva intrusión de unos miembros con otros). Para un funcionamiento familiar adecuado se necesitan límites claros. Con respecto a la familia Minuchin define dos extremos: 1) Familia aglutinada: con límites demasiado permeables. 2) Familia desligada: cuyos límites son muy rígidos.
Jerarquías	Poder que tiene uno de los miembros de la familia sobre los demás.
Alianzas	Afinidad positiva entre dos o más unidades de un sistema. Las alianzas son positivas cuando son transitorias y permeables y negativas cuando son permanentes e impermeables.
Coaliciones	Dos personas o más tienen una relación muy unida en contra de un tercero.
Triángulos	Relación diádica agobiada por conflictos, con el fin de incluir a un tercero, lo que da por

	resultado el encubrimiento o la desactivación del conflicto.
Geografía	Distribución del espacio físico que ocupa cada miembro dentro del sistema familiar (unidos, aislados, triangulados, etc.).
Territorio	Distribución emocional de los individuos. Puede ser periférica (un individuo esta aislado o poco relacionado con la familia) o central (una persona tiene toda la atención de los demás).

Diagnóstico estructural

Un diagnóstico estructural implica plantear hipótesis que intenten explicar la relación entre las interacciones sistémicas que se dan en el contexto de la familia y el o los síntomas de sus miembros (Minuchin, 1989 en Desatnik, 2004).

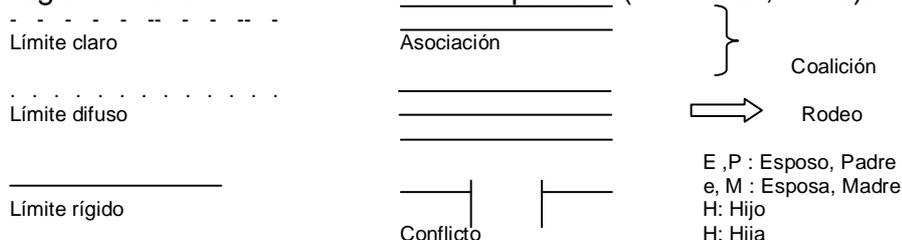
No existe una división entre los procesos de evaluación e intervención porque continuamente el terapeuta está interactuando con el sistema familiar. Las **metas** de la fase inicial de la terapia estructural son de acuerdo a Umbarger, (1983): 1) elaborar un diagnóstico estructural. 2) Redefinir el problema. 3) Evaluación de la disposición al cambio. 4) Fijar las metas terapéuticas y 5) Seleccionar las unidades de tratamiento y planificación preliminar de etapas terapéuticas.

El diagnóstico estructural también se puede esquematizar a través de un **familiograma**, que puede tener hasta tres generaciones (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Además se pueden trazar hasta cinco generaciones cuando ya existen hijos y nietos (Mac Goldrick, 1985).

Mapa familiar

Esta herramienta del modelo estructural permite visualizar esquemáticamente la situación familiar. Desatnik, (2004) menciona que a través de los mapas se pueden formular hipótesis sobre áreas que funcionan correctamente o no para después proponer objetivos terapéuticos. Los mapas pueden irse modificando conforma avanzan las sesiones terapéuticas.

Algunos símbolos usados en los mapas son(Minuchin, 1979):



TÉCNICAS DEL MODELO ESTRUCTURAL

Minuchin afirma que implementar una técnica deber ser un arte, el terapeuta debe descubrir y aplicar técnicas que concuerden con cada familia (Sánchez y Gutiérrez, 2000). La técnica no es la meta. *La meta sólo se puede alcanzar si se deja de lado la técnica* (Minuchin y Fishman, 1981).

El terapeuta puede emplear estrategias de coparticipación para establecer una fuerte alianza terapéutica. Para aumentar la capacidad de maniobra puede adoptar una posición cercana, intermedia o distante con la familia (Ochoa, 1995).

Primeramente se tiene la etapa de asociación con la familia, donde el terapeuta puede hacer uso de la *unión* (acciones para relacionarse con el sistema familiar) y la *acomodación* (adaptación del terapeuta para aliarse a la familia), dentro de esta última se encuentran las técnicas de mantenimiento, rastreo y mimetismo. Enseguida se tienen tres grandes categorías de técnicas: **reencuadre, reestructuración y construcción de la realidad**. A continuación se presenta un cuadro con las técnicas del modelo estructural (Minuchin y Fishman, 1981):

CUADRO 4: Técnicas del Modelo Estructural

CATEGORÍA	TÉCNICA	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA
REENCUADRE (cuestionamiento del síntoma)	Escenificación	El terapeuta pide a la familia que dance (interactúe) en su presencia, se puede aumentar o prolongar la duración de la interacción. La escenificación se puede considerar una danza en tres movimientos : 1) Observar las interacciones espontáneas y decidir los campos disfuncionales que conviene iluminar. 2) El terapeuta provoca interacciones . Y 3) El terapeuta propone modalidades alternativas de interacción. Esto puede proporcionar información predictiva e infundir esperanzas. Otra técnica más es la iluminación de una interacción espontánea , por ejemplo, cuando un miembro de la familia interrumpe a otro, el terapeuta ilumina esta interacción.
	Enfoque	Como en una fotografía el fotógrafo decide lo que se desea destacar, en una familia es preciso poner de relieve los lados fuertes, señalar problemas, investigar funciones complementarias; para lo cual el terapeuta deberá seleccionar un enfoque y elaborar un tema para trabajar sobre él. La reorganización jerárquica del tema familiar es otro aspecto del enfoque, por el hecho de destacar el terapeuta temas que son a su juicio de primera prioridad.
	Intensidad	El terapeuta refuerza el influjo del sistema terapéutico. Destaca la frecuencia con que se produce una interacción disfuncional, sus modalidades y cuánto penetra en los holones. Por medio de esta técnica se logra que la familia escuche el mensaje. Las técnicas de intensidad pueden ser: 1) Repetición del mensaje : repetir el mensaje las veces que sea necesario. 2) Repetición en interacciones isomórficas : mensajes que en la superficie parecen diversos, pero que son idénticos en un nivel más profundo, aunque su contenido es diferente. 3) Cambio del tiempo en que las personas participan en una interacción : el terapeuta alienta a los miembros de la familia para que continúen interactuando después de que las reglas del sistema han salido a la luz. 4) Cambio de la distancia entre personas empeñadas en una interacción : los miembros de la familia elaboran la distancia física y psicológica "adecuada" para mantenerse entre sí. El terapeuta se acercará o alejará de la familia según el objetivo. 5) Resistencia a la presión ejercida por la pauta interactiva familiar : establecer liderazgo para no ser absorbido por el sistema.
REESTRUCTURACIÓN (cuestionamiento de la estructura)	Fronteras (límites)	Participar en un contexto específico de un holón específico requiere respuestas específicas para ese contexto. Las técnicas son: 1) Distancia psicológica entre los miembros de la familia : la manera en cómo toman asiento los miembros de la familia puede dar indicios de las alianzas, coaliciones, díadas o tríadas existentes. Se deberán realizar movimientos para establecer nuevos límites familiares. 2) Duración de la interacción dentro de un holón significativo : extender o alargar un proceso, que es un modo de incrementar su intensidad puede ayudarnos a limitar o separar subsistemas.
	Desequilibramiento	La meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un sistema. El desequilibramiento presenta dos problemas: 1) de carácter ético, ya que estas técnicas son inequitativas.; 2) se refiere a las exigencias que imponen al terapeuta. Las técnicas de desequilibramiento se pueden agrupar en tres: 1) Alianza con miembros de la familia : la coparticipación terapéutica es en esencia una técnica de alianza. Confirma a las personas, realza sus lados fuertes. Para desequilibrar se aliará a un miembro de la familia, lo que modificará la posición de los demás. 2) Ignorar a

<p>CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD (cuestionamiento de la realidad familiar)</p>	<p>Complementariedad</p>	<p>miembros de la familia: hablar y actuar como si ciertas personas fueran invisibles .3) Coalición con miembros de la familia: para darle fuerza a un miembro que está en desventaja, el terapeuta participa con éste en una coalición contra uno o más miembros.</p> <p>Esta técnica cuestiona la idea de la jerarquía lineal. Se debe considerar al sí mismo como un todo y al mismo tiempo como parte. Se trata de ayudar a que los miembros de la familia vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual. Existen tres técnicas: 1) Cuestionamiento del problema: se cuestiona la certidumbre de que existe un paciente individualizado. 2) Cuestionamiento del control lineal: se cuestiona la idea lineal de que una persona controla el sistema, cuando en realidad cada miembro de la familia sirve de contexto para los demás. En la técnica de reciprocidad: El terapeuta expone la conducta de un miembro de la familia y atribuye a otro la responsabilidad. 3) Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos: se enseña a los individuos a considerar su conducta como parte de un todo.</p>
	<p>Modificación de los constructos cognitivos</p>	<p>El objetivo será convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma y a una visión de la realidad más flexible y pluralista. Tenemos 3 técnicas: 1) Utilización de símbolos universales: intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasaran el ámbito familiar (Dios, la sociedad, la decencia, etc.). El terapeuta se puede apoyar en el sentido o experiencia común o decir que la tradición prescribe determinado manera de actuar. 2) Verdades familiares: se seleccionan las metáforas de la propia cultura de la familia y se utilizan. 3) Consejo profesional: el terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría.</p>
	<p>Intervenciones paradójicas</p>	<p>Se espera que la familia se oponga al componte del mensaje referido. El uso de paradojas se basa en la comprensión de 3 conceptos: a) la familia como un sistema autorregulador. b) Los síntomas como función autorreguladora. c) La resistencia de un sistema al cambio, como consecuencia de las dos anteriores. Las paradojas se usan como: 1) Inversión directa, basada en la aceptación: consejos, explicaciones, sugerencias, interpretaciones, tareas. 2) Intervenciones paradójicas, basadas en el desafío: se dice lo opuesto a lo que se desea. 3) Inversiones, basadas en la aceptación y el desafío: alguien cambia de opinión respecto a algo, para que los demás lo comprendan en forma de mensaje paradójico.</p>
	<p>Lados fuertes</p>	<p>El terapeuta debe enfatizar la fortaleza familiar, pues si se amplía el foco de sondeo, se descubrirá que la familia posee alternativas.</p>

CONSIDERACIONES GENERALES

El enfoque estructural permite la exploración de las interacciones de las personas con relación a los distintos contextos de los que forman parte, asimismo se pueden observar las formas en que los miembros de la familia se sostienen y califican mutuamente. El problema se ubica entre el sujeto y sus contextos, ya que la persona es miembro de distintos contextos.

Por otro lado, se tiene que la propuesta de Salvador Minuchin es congruente con los postulados de la teoría general de los sistemas y la cibernética de primer y segundo orden. El modelo estructural no solamente se queda en el escenario terapéutico, ya que Minuchin lo ha ampliado a los escenarios institucionales, de los sistemas de salud, legales, entre otros.

La terapia sistémica en México ha tenido un gran impacto de este modelo, pues incluso se sabe que Minuchin colaboró con el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia donde impartió seminarios y talleres. Asimismo, Minuchin ha venido a nuestro país a diferentes eventos y congresos (Desatnik, 2004).

1.2.2. MODELO ESTRATÉGICO

*“Desarrolla tu propia técnica.
No intentes usar la técnica de otra persona...
no intentes imitar mi voz o la cadencia de ella.
Descúbrete tu mismo naturalmente..
Es el individuo respondiendo al individuo.”
-Milton Erickson-*

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL MODELO ESTRATÉGICO

Jay Haley desarrolló el modelo estratégico influenciado principalmente por Bateson y Milton Erickson (este último considerado el padre de la terapia estratégica). Con el primero investigó acerca de los problemas de la comunicación, posteriormente trabajó sobre las estrategias en la psicoterapia con Minuchin y después con Montalvo (Aparicio, 2005).

Fue en 1974 cuando Haley desarrolló el modelo estratégico, el cual tiene similitudes con el modelo estructural, así como con el modelo de Terapia Breve. Haley también trabajó con Cloé Madanes, lo cual ayudó a enriquecer el modelo (Ocampo, 2005).

El modelo estratégico es directivo y sus estrategias tienen como objetivo el uso del poder para producir cambios (Haley, 1976 en Alcántara, 2005).

EXPONENTES PRINCIPALES Y SUS APORTACIONES

Tanto **Jay Haley** como **Cloé Madanes** son los representantes del modelo estratégico, quienes trabajaron juntos dirigiendo el Instituto de Familia en Washington.

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL MODELO ESTRATÉGICO

De acuerdo a Haley, (1989b) la **terapia estratégica** no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. El terapeuta busca activamente un cambio que ha identificado con el paciente así como la autonomía de éste.

El modelo estratégico no hace hincapié en una estrategia para todos los problemas, sino en realizar tácticas para cada uno de ellos. El terapeuta deberá diseñar una intervención de acuerdo con la situación del cliente. El enfoque estratégico no es rígido, ya que se puede recurrir a cualquier modelo que permita solucionar la problemática presentada (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Para Haley, la **familia** es una organización social que debe ser vista en términos jerárquicos (García, 2004).

De acuerdo a Ocampo, (2005) el **objetivo** terapéutico de este enfoque es impedir las secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas. Para **Haley**, la **conducta sintomática** indica que el **ordenamiento jerárquico** del sistema está siendo **incongruente** y que existe una lucha de **poder**. La organización del sistema se convierte en patológica cuando las coaliciones se vuelven permanentes entre personas que pertenecen a distintos niveles jerárquicos. Haley

y Madanes argumentan que un síntoma es tanto la expresión de un problema como también una solución (a menudo insatisfactoria).

Haley, (1980 en Ochoa, 1995) propone que el **síntoma** es un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas (pauta sintomática o pauta que conecta).

Según Madanes, (1982) los **objetivos** de esta terapia consisten en: ayudar a las personas a sobrellevar las crisis de las etapas de la vida para pasar a la etapa siguiente. Un **problema** es una conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas. Rara vez se utilizan criterios diagnósticos.

Madanes también se enfoca en las **incongruencias jerárquicas**, enfatizando los **niveles de organización** frente a los **niveles de comunicación**. Los **síntomas** son vistos como actos comunicativos analógicos, que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales. Se deberán modificar estas analogías para impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas. Aunque los miembros de la familia se dañen, su motivación principal es ayudarse (Madanes, 1984 en Ochoa, 1995).

Según Madanes, (1982) el **síntoma es una metáfora** (una esposa que vomita puede estar expresando su desagrado por el marido) y la forma en que la pareja aborda el síntoma es una **metáfora sistémica** de otros tipos de interacción que mantienen en diversas esferas. En lugar de discutir el problema de trabajo del marido, discutirán la conducta sintomática de él (es una analogía).

Por otro lado, se dice que no deberá persuadirse a la familia acerca de que el verdadero problema está en ella y no en el paciente identificado, pues ello sólo acarreará polémicas inútiles.

Se deben evaluar las secuencias que mantienen el problema, averiguar a quién protege el portador del síntoma y de que forma (Haley, 1993 en Ocampo, 2005).

Desde este modelo la conducta no acertada de un miembro de la familia no se debe a éste sino al contexto en el que se desenvuelve, en el que seguramente hay confusiones en la jerarquía familiar (Aparicio, 2005).

Desde el momento en que el paciente acude al terapeuta, éste último empieza a formar parte del sistema (Galicia, 2004). Se debe evaluar e intervenir en la **red social**, incluyendo a los profesionales que tienen el poder sobre el paciente identificado (Haley, 1974 en Ochoa, 1995).

TÉCNICAS DEL MODELO ESTRATÉGICO

Antes de describir las técnicas terapéuticas empleadas en este modelo, es importante aclarar qué sucede durante la primera entrevista. De acuerdo a Galicia, (2004) para Haley la **terapia** es **exitosa** cuando se soluciona el problema del cliente. Es primordial formular el problema y saber cómo resolverlo, para lo cual es importante cubrir ciertas etapas en la entrevista inicial. No hay tiempo límite para la primera entrevista y se prefiere que se hallen todos los involucrados.

La entrevista se divide en 4 etapas (Haley, 1988):

CUADRO 5: Etapas de la entrevista

ETAPAS DE LA PRIMERA ENTREVISTA	DESCRIPCIÓN
1) ETAPA SOCIAL	Se preguntará a cada integrante su nombre y se averiguará quienes viven en el hogar. Hay que observar el estado de ánimo de la familia, las relaciones (entre padres e hijos, entre adultos) y la organización para sentarse. No se deberán comunicar observaciones a la familia.
2) PLANTEO DEL PROBLEMA	Se deberá obtener el sentir de cada uno de los miembros de la familia acerca de ¿por qué han venido? Algunas preguntas pueden ser: ¿en qué puedo serles útil?, ¿qué cambios desean lograr?, ¿por qué motivo han venido a verme? Es importante respetar jerarquías. Algunas recomendaciones son: dirigirse al adulto que parezca más desligado, tratar con mayor atención a la persona que sea capaz de traer de nuevo a la familia, no iniciar preguntando al niño problema, pero se puede preguntarle al niño menos involucrado. Para que el vocero salga a relucir es útil mirar hacia el piso y preguntar ¿alguien puede decirme cuál es el problema? El objetivo es enfocar un problema para cambiar las relaciones familiares. El terapeuta no deberá interpretar, comentar o aconsejar; pero sí deberá impedir interrupciones y/o que la familia dirija. Es útil averiguar si la familia ya ha estado en tratamiento.
3) INTERACCIÓN	El terapeuta pasa a segundo término estimulando a los miembros de la familia a conversar entre sí. Es conveniente atender las conversaciones entre dos, para introducir un tercer interlocutor. Un aspecto más es la observación de la estructura familiar.
4) FIJACIÓN DE LA META	La familia deberá definir claramente los cambios que desea, siendo útil la operacionalización de los problemas.

Según Haley, (1989a) el **tratamiento breve** requiere de 1-20 sesiones, donde el terapeuta influye en el paciente desde el primer contacto (**entrevista inicial**). Este enfoque se centra más en el presente y menos en el pasado.

Haley, (1988) argumenta que las **directivas** o tareas impartidas tienen las siguientes **finalidades**: a) hacer que la gente se comporte de manera diferente, b) intensificar la relación entre cliente y terapeuta y c) se usan para obtener información (cumplan o no la tarea).

Las directivas pueden impartirse de forma directa o implícita (una inflexión de voz, un ademán o un silencio), todo cuando se haga en terapia puede ser visto como una directiva, pues diga lo que diga el terapeuta o calle lo que calle le estará indicando a una persona que haga algo o deje de hacerlo.

A continuación se presenta un cuadro que indica las dos maneras de presentar directivas (Haley, 1988):

CUADRO 6: Tipos de directivas

DIRECTIVA	DESCRIPCIÓN
1.- DECIRLE A LA GENTE QUÉ DEBE HACER CON EL PROPÓSITO DE QUE LO CUMPLA	A) Ordenarle a alguien que deje de hacer algo: por ejemplo pedirle a una madre que no se entrometa. Es más fácil cuando se trata de problemas menores. Una directiva de cese de comportamiento debe de ir acompañada de otros mensajes, tal vez sea preciso repetirla o magnificarla poniéndose de pie. A veces es necesario que el terapeuta obtenga la cooperación de otros, por ejemplo que también cambien su conducta para apoyarlo en la tarea. B) Pedirle que haga algo diferente: Puede ser de dos maneras: a) mediante buenos consejos: los buenos consejos suelen ser inútiles. Puede preguntar ¿qué les diría si quisiera darles un consejo? y escuchará los que ya les han sido dados y b) dando directivas para cambiar la secuencia.

2.- DECÍRSELO CON EL PROPÓSITO DE QUE NO LO CUMPLA: son las **tareas paradójicas** y se emplean cuando se quiere que se resistan y de ese modo cambien. Se les dice “cambien y no cambien”. Se tienen dos enfoques:

A) Encarar a la familia en un sentido global: el terapeuta debe aceptar el cambio y dejar que la familia lo regañe demostrándole su error, para asegurar la continuidad del cambio puede advertirles que el cambio puede ser temporal y sufrirán una recaída por lo cual se empeñen en continuar con el cambio. Puede añadir que un cambio demasiado rápido puede provocar un desequilibrio o que necesita comprender lo mal que se sentían.

B) Impartir directivas que involucren sólo a una parte de ella: cuando no se desea que todos participen se les puede pedir a algunos que permanezcan estacionarios con el propósito de contribuir al cambio. Por ejemplo, con una madre sobreprotectora la directiva será que vigile constantemente al niño durante 1 semana.

Respecto a la **tarea**, ésta deberá adecuarse a las personas y describirse claramente, asimismo, tendrá que ser simple (a menos que haya una razón para desear que fracase), hay que recordar que todos deben participar en la tarea. Las etapas del diseño de una tarea son: a) reflexionar sobre el problema en función de la secuencia que tiene lugar en la familia, b) hallar una directiva que cambie a ambos. Siempre debe solicitarse un informe de la tarea (Haley, 1988).

Ochoa, (1995) argumenta que las **técnicas de intervención** en el modelo estratégico tienen como finalidad cambiar las estructuras de organización inadecuada y comprenden: **connotaciones positivas y redefiniciones, tareas directas, tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación, ordalías y metáforas**. Una estrategia terapéutica combina varias intervenciones, cuando una no funciona se recurre a otra.

Por otro lado, la organización con funcionamiento defectuoso puede ser un **conflicto bigeneracional** donde una persona se une a otra contra el par de ésta; o uno **trigeneracional**, en el cual la persona que ocupa el nivel superior se coliga con la de nivel inferior contra la que ocupa la de nivel intermedio (por ejemplo: abuela dominante, madre irresponsable y niño problema). El funcionamiento defectuoso no obedece a las coaliciones transgeneracionales, sino a la reiteración de estas.

El **cambio** debe producirse en **etapas**, no se debe saltar directamente del planteo del problema a la curación, sino que debe haber etapas intermedias. Por otro lado, la forma más simple de interpretar a un **niño problema** en función de tríada es pensar que uno de los padres se coliga con el niño contra el otro progenitor. El terapeuta puede elegir entre diferentes enfoques que se especificarán en el siguiente cuadro (Haley, 1988):

CUADRO 7: Enfoques para tratar a un niño problema

Enfoque 1: utilizar a la persona periférica	Éste enfoque tiene tres etapas: 1) padre, hijo y terapeuta comparten una actividad desplazando a la madre (organización anormal), 2) la relación es entre madre, padre y terapeuta. El niño queda fuera y es libre de unirse a sus pares y 3) el terapeuta debe desvincularse, dejando a los padres relacionados entre sí y al niño unido a sus amigos.
Enfoque 2: quebrar la díada mediante una tarea	Se usa cuando es imposible utilizar a la persona periférica. Orientar a la madre para que ayude al niño a adquirir mayor competencia o desviarla hacia actividades más apropiadas que andar detrás del niño. También se puede impartir una tarea que parezca estimular la protección materna, pero que rompe la relación pues se hace insoportable continuar de esa manera.
Enfoque 3: se penetra a	Lo más usual es empezar con el problema del niño y pasar luego a la pugna marital en que aquel está involucrado. El terapeuta puede mostrarse preocupado por la

través de los progenitores

normalización de la situación, cuando la terapia no va bien, cuando hay rivalidad entre el terapeuta y un progenitor y no se cumplen las directivas o simplemente como intervención principal.

Con respecto a los **problemas maritales**, se tiene que las cuatro maneras principales en que las parejas llegan a presentar un problema son: a) los síntomas como problemas presentados, b) el niño como problema presentado, c) la crisis familiar como problema presentado y d) el matrimonio como problema presentado (Haley, 1988).

Por otro lado, Madanes, (1982) argumenta que la **conducta perturbadora de un niño** ayuda a sus padres a generar un sistema de interacción que es analógico de otro sistema de interacción familiar. A continuación se describirán por medio de un cuadro, tres enfoques para modificar el sistema de interacción y resolver los problemas del hijo:

CUADRO 8: Enfoques para modificar el sistema de interacción y resolver los problemas del hijo

ESTRATEGIA	DESCRIPCIÓN
El cambio de la acción metafórica	Modificar la conducta perturbada de un hijo reemplazando su síntoma por otra acción, de modo que la nueva acción sea positiva, sin las consecuencias infortunadas del comportamiento sintomático (en lugar de que un niño se clave alfileres a sí mismo, que lo haga a un muñeco).
El suministro de una metáfora para el éxito en lugar del fracaso	Un hijo sintomático expresa metafóricamente los fracasos de un progenitor. Se deberá acreditar por adelantado al progenitor la mejoría del hijo como índice de que el progenitor tiene éxito y que ha superado sus propias dificultades, por lo que puede auxiliar a su hijo. Las nuevas conductas apropiadas del hijo pueden convertirse entonces en metáforas de los éxitos del progenitor (se tiene a un hijo deprimido, cuya madre alguna vez sufrió depresión, por lo que se apelará a su condición de experta en superar depresiones).
El cambio de la solución metafórica	La conducta perturbada de un niño es a la vez una metáfora y una solución desafortunada del problema de un progenitor. A veces la solución del niño tiene que ver con las consecuencias que le traería al progenitor la conducta perturbada del niño. El terapeuta puede cambiar estas consecuencias de modo que se conviertan en un sacrificio para el progenitor o en una solución desagradable para el hijo.

Con respecto a los problemas **graves de la adolescencia**, Madanes, (1982) menciona que existen **dos jerarquías incongruentes**: el joven es inepto y depende de sus padres quienes se hallan en una posición superior al cuidarlo, pero al mismo tiempo son dominados por el joven a causa de su desvalimiento o amenazas. En estos casos el enfoque es distinto: se tiene que resolver la incongruencia de la jerarquía para que los progenitores estén permanentemente en una posición superior, al tener más poder podrán resolver sus propios problemas. No se intenta modificar las metáforas y analogías, sino las **cuestiones literales y concretas**. Los padres deberá explicitar lo que pretenden que haga el joven, tendrán que llegar a un acuerdo y formular reglas concretas y prácticas, además de establecer las consecuencias de su incumplimiento.

Con respecto a la propuesta de Madanes, se tienen **cuatro niveles** distintos de interacción familiar con sus metáforas características. Existen cuatro estrategias para cada nivel junto con sus metáforas terapéuticas. A continuación se presenta un cuadro que resume los cuatro niveles (Madhanes, 1990):

CUADRO 9: Niveles de interacción familiar

NIVEL	DESCRIPCIÓN
<p>Nivel I Dominar y controlar</p>	<p>Los individuos están interesados por dominarse unos a otros y por disputar el control y el poder. La tarea es redistribuir el poder. Hay 4 estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Corregir la jerarquía: que los parientes mayores (ejemplo: los padres) proporcionen la guía benévola para reorientar al joven hacia una conducta socialmente aceptable. 2. Fomentar negociaciones y contratos: ayudar a los miembros de la familia a expresar sus preferencias y a establecer compromisos entre ellos. 3. Cambiar los beneficios: muchas veces los actos hostiles son recompensados con atención e interés, en tales casos es conveniente revertir la situación. 4. Impartir rituales y ordalías: los rituales sirven para marcar la transición entre dos etapas de la vida familiar o para indicar una transición dentro de una relación. Por otro lado, Madanes retoma la ordalía, que es una estrategia inventada por Milton Erickson, con el propósito de que a una persona le resulte más difícil tener un síntoma que no tenerlo.
<p>Nivel II Ser amado</p>	<p>Las personas están motivadas por el deseo de ser amadas. El terapeuta tiene que encargarse de redistribuir el amor entre los miembros de la familia. Hay 4 estrategias.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cambiar la forma de involucración parental: por ejemplo, hacer que el padre se involucre con su hijo en actividades positivas, como jugar con él, de tal manera que el niño no necesite portarse mal para mantener una relación con su padre. 2. Prescribir el síntoma o alguno de sus aspectos: si un individuo quiere curar determinado síntoma, el terapeuta le pedirá que intensifique el problema que intenta resolver. 3. Prescribir el acto simbólico: cuando una persona tiene conductas compulsivas autodestructivas, se le pide que ejecute reiteradamente un acto que simboliza la conducta autodestructiva con sus consecuencias nocivas. La prescripción de la metáfora es otro modo de usar los símbolos. 4. Prescribir el fingimiento del síntoma: por ejemplo, que el niño finja dolores estomacales y los padres lo consuelen como si fueran verdaderos. Cuando se obtiene el beneficio por medio del síntoma fingido, ya no hace falta presentar el síntoma real.
<p>Nivel III Amar y proteger</p>	<p>Modificar el modo en que los miembros de la familia se protegen y aman entre sí y la distribución de papeles (quién cuida a quién). Hay 3 estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunir a los miembros de la familia: cuando el problema se relaciona con la separación y la exclusión de una persona amada, el terapeuta tiene que reconciliar y reunir a los miembros de la familia y curar viejas heridas. Cambiar los papeles: el terapeuta dirá por ejemplo, que no es justo que sólo un niño (el PI) se porte mal convirtiéndose en el centro de atención, si los hermanos se turnaran, el hijo malo podría ser bueno de vez en cuando. 2. Invertir la jerarquía: de gran utilidad cuando uno o ambos de los progenitores son incompetentes, indefensos, con enfermedad física, drogadicción, etc. Los hijos no estarán a cargo de nada, es más bien un juego que servirá para que se corrija la jerarquía y los padres asuman su responsabilidad. 3. Buenas obras y momentos memorables: suele haber personas que dicen ser inútiles. El terapeuta puede decir que puesto que son tan insignificantes deberían dar más de sí a otros. Por ejemplo: elegir un grupo, de preferencia relacionado con sus sentimientos de culpa y hacer buenas obras para él.
<p>Nivel IV Arrepentirse y perdonar</p>	<p>Lo principal es arrepentirse y perdonar. El terapeuta tiene que redistribuir la carga de la vergüenza. Hay 4 estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crear un marco positivo: el terapeuta se esfuerza por mejorar la comunicación, la capacidad de afirmación y la de dar y recibir amor. 2. Encontrar un protector: el terapeuta debe buscar personas fuertes y responsables, ya sea de la familia extensa o de la comunidad y transferirles la responsabilidad por esa familia. 3. Inducir al arrepentimiento y la reparación: destinada a situaciones de abuso sexual dentro de una familia, pero también se puede adaptar a situaciones de incesto y maltrato físico. 4. Suscitar compasión y sentimiento de unidad: el primer paso es que el terapeuta escuche y entienda a la persona, que la ayude a recuperar sus recuerdos, luego pondrá fin a la discusión del tema para que su cliente pase a otras cosas mejores de la vida.

CONSIDERACIONES GENERALES

La propuesta de Haley ha influenciado a otros modelos terapéuticos de terapia breve, por ejemplo, Fish, Weakland y Segal, que en lo concerniente a la entrevista inicial y a la planificación del caso, retomaron las ideas de Haley (Aparicio, 2005).

Por otro lado, las aportaciones de Madanes, son una reelaboración de lo dicho por Haley, sólo que enfocándose en una concepción metafórica de los distintos niveles de interacción familiar.

Una de las **críticas** al enfoque estratégico es su directividad, sin embargo, Haley diría que todo cuando se hace en terapia puede ser directivo (las preguntas,

un ademán, entre otros), por lo que en este sentido todo lo que hace un terapeuta de cualquier modelo puede también ser directivo (Haley, 1988).

En la actualidad se continúa usando la propuesta de Haley para casos de adolescentes seriamente perturbados, en familias caóticas o con algún miembro delincuente (Seelig, Goldman-Hall y Jerrel, 1992 en Galicia, 2004).

1.2.3. MODELO DE TERAPIA BREVE ORIENTADO A PROBLEMAS (MRI)

*“La vida es una serie ininterrumpida de dificultades, un problema es la misma dificultad que se presente una y otra vez”
-Weakland-*

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN PROBLEMAS (MRI)

El modelo de terapia breve centrado en problemas ha sido considerado el primer modelo con enfoque sistémico y también ha sido llamado modelo **interaccional o comunicacional** (Alcántara, 2005 y Reséndiz, 2004 en Aparicio, 2005).

La terapia del MRI se enfoca en las interacciones entre los miembros de la familia e incorpora principios de la cibernética y de la teoría general de los sistemas (Ochoa, 1995).

En los inicios de la terapia breve se encuentra tanto al enfoque orientado a problemas como al orientado a soluciones (cuyos antecedentes son el **constructivismo**, Milton **Erickson** y Gregory **Bateson**). Según la epistemología constructivista las familias y las personas forman su propia realidad, no hay una realidad única, por lo que el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal a sus clientes (Simon, 1995; Steier, 1989, y Glasersfeld, 1996 en Espinosa, 2004).

En su origen el modelo centrado en problemas fue planteado para trabajar por no más de **10 sesiones**, con familias que ya habían tenido intentos fallidos de terapia (Aparicio, 2005). Los patrones de interacción que se daban en las familias, intentaban resolver los problemas, pero eran precisamente esos intentos de solución los que provocaban el mantenimiento del problema.

EXPONENTES PRINCIPALES Y SUS APORTACIONES

John **Weakland**, Don D. **Jackson**, Paul **Watzlawick** y Richard **Fish** elaboraron el modelo de terapia breve centrado en problemas, en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California.

El MRI fue fundado en el año de 1959 por Jackson, el grupo estaba formado originalmente por Jules Riskin y Virginia Satir. Posteriormente se les unieron Haley, Weakland y Watzlawick, asimismo se contaba con Bateson quien fungía como profesor e investigador (Espinosa, 2004).

PRINCIPIOS BÁSICOS

La **terapia breve** es una conversación entre dos personas como mínimo, es decir, ente el terapeuta y el cliente; sobre la manera de alcanzar la meta de éste último. En la terapia breve es importante la comprensión del problema enfatizando la interacción humana y la comunicación (Espinosa, 2004).

La terapia breve no implica que se haga menos de lo que se hace en una terapia de larga duración, más bien el enfoque es teórica y metodológicamente diferente (Alcántara, 2005).

Freidberg, (1989), argumenta que en terapia breve las sesiones pueden ir de 1-30 y su finalidad es la modificación de una interacción problemática.

Por otro lado, el objetivo principal de la **entrevista inicial** es recoger información acerca de la naturaleza del problema, las formas en que ha sido afrontado, los objetivos a los que el cliente desea llegar y conocer la actitud y el lenguaje del paciente (Ocampo, 2005).

Fish, Weakland y Segal, (1994) plantean a su modelo como un sistema de creencias, opiniones que tratan de explicar a la realidad. Éste al igual que otros modelos son mapas que permiten entender los problemas del cliente. El mapa no deberá confundirse con la realidad (el mapa no es el territorio).

Este modelo considera que los problemas son producto de un fenómeno **interaccional**, por lo que no busca patologías en los individuos. Asimismo recalca la diferencia entre **paciente** y **cliente**, donde el primero es el o los miembros de la familia que presentan el síntoma y el cliente es el o los miembros de la familia que están más preocupados y dispuestos a hacer algo (Aparicio, 2005).

Con respecto a lo anterior, Fish, Weakland y Segal, (1994) mencionan que existen dos tipos de **pacientes: los difíciles**: a) que son los que inician el tratamiento por coacción y b) los que tratan de imponer restricciones a la terapia. También existen los **compradores fingidos**, es decir, aquellos que van por coacción y que no están interesados en cambiar; lo mejor será darles la oportunidad de que declaren la verdadera dolencia para negociar de nuevo el contrato. Si el cliente no plantea ningún problema, el terapeuta puede sugerir alguno. Sin embargo, se puede lograr que el comprador fingido se decida a comprar usando la siguiente táctica: el terapeuta sugerirá razones para evitar el tratamiento que resulten inaceptables para el comprador fingido. El **afectado real**, es quien en lugar del denominado paciente, hace un esfuerzo por resolver el problema (generalmente es quien coacciona al paciente), por lo que el terapeuta deberá empezar a trabajar con él.

En este enfoque no existen estándares de normalidad, por lo que el **objetivo** será el cambio del paciente. Se pretende **redefinir** la realidad, en lugar de clarificarla. Todo lo que traiga el paciente es aceptado, inclusive la **resistencia**. El mal manejo de las dificultades diarias o una mala adaptación a la transición de una etapa a la otra en el ciclo vital originan los **problemas**. Se trabaja con un solo problema, buscando **pequeños cambios**. La **familia** es considerada como un sistema evolutivo que pasa por crisis o dificultades, cuyo mal manejo originará los problemas y/o síntomas. En este enfoque no necesariamente se trabaja con todos los integrantes de la familia.

Las **dificultades** que son un estado de cosas indeseables, pueden resolverse mediante sentido común -**cambio de tipo 1**- (Espinoza, 2004).

Watzlawick, Weakland y Fish, (1985) argumentan que regularmente, las dificultades se convierten en **problemas** cuando: se intenta una solución, pero se niega que el problema existe; se intenta un cambio, cuando la dificultad es inexistente o inmodificable; se intenta un cambio tipo 1, cuando se requiere uno tipo 2. Por lo tanto, el **síntoma** es mantenido por los **intentos de solución**, mientras que éstos son mantenidos por el síntoma.

Según Fish, Weakland y Segal, las personas tienen un mecanismo regulador que es “hacer más de lo mismo”.

Por otro lado, es importante **utilizar la postura del paciente**, su lenguaje, sistema de creencias, etc., para persuadirle que lleve a cabo la intervención sugerida (Ocampo, 2005).

Fish, Weakland y Segal, (1994) definen la **capacidad de maniobra del terapeuta** como la libertad de actuar en la forma en que uno considere más adecuada en el transcurso del tratamiento. Asumir una actitud igualitaria será lo más conveniente para evitar una actitud de superioridad.

TÉCNICAS

El MRI trabaja aproximadamente 10 sesiones, recogiendo información sobre **conductas** concretas sobre el síntoma y las **soluciones intentadas**.

Fish, Weakland y Segal, (1994) mencionan que en ocasiones la **planificación** puede resultar tediosa, sin embargo, es imprescindible. Los pasos que implica una planificación son: 1) establecer el problema del cliente, 2) establecer la solución intentada, 3) definir lo que se debe evitar, 4) formular un enfoque estratégico, 5) formular tácticas concretas, 6) vender la tarea y 7) formular objetivos y evaluar el resultado.

El objetivo de la **terapia breve** es influir sobre el cliente para que su problema se solucione, para lo cual existen dos caminos: a) impedir que el cliente o cualquier otro miembro de la familia se comporten de tal manera que el síntoma se perpetúe y b) rectificar la opinión que el cliente tenga respecto al problema para que ya no se sienta perturbado.

Las intervenciones son un medio de interrumpir la solución previamente ensayada por el paciente o la familia. Existen dos tipos de intervenciones: **a) las intervenciones principales** que se llevan a cabo cuando ya se tienen datos suficientes y han sido integrados en un plan terapéutico y **b) las intervenciones generales**, que se utilizan cuando el terapeuta quiere comunicar alguna postura general para preparar el terreno para una intervención posterior. A continuación se explicarán dichas intervenciones a manera de cuadro (Fish, Weakland y Segal, 1994):

CUADRO 10: Intervenciones del MRI

INTERVENCIÓN	INTENTO DE SOLUCIÓN
<p>INTERVENCIONES PRINCIPALES</p>	<p>El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo: el paciente padece una dolencia relativa a él mismo, no a otro. Son problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico (rendimiento sexual, insomnio, función urinaria, etc.). Con las soluciones intentadas se impone un rendimiento que sólo puede obtenerse espontáneamente. La estrategia de solución se enfoca en invertir el intento del paciente de superar el problema, para lo que se suministran directrices que lleven al paciente a fracasar en su rendimiento. Se le explica al paciente que es importante provocar la aparición del síntoma con propósitos diagnósticos o que esto será un paso inicial para el control definitivo del síntoma.</p>
	<p>El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo: los pacientes se quejan de terror o ansiedad (fobias, timidez, etc.), que pueden surgir o mantenerse sin necesidad de que intervenga nadie más. El paciente aplaza el enfrentamiento a su problema mediante una constante preparación para tal enfrentamiento (si teme a los exámenes hace todo por posponerlos). Se requiere la exposición del paciente a la tarea, al tiempo que se exige una ausencia de dominio (impedir que la acabe exitosamente).</p>
	<p>El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición: los problemas implican un conflicto en una relación interpersonal (problemas conyugales, problemas entre padres e hijos, etc.). Las personas que se quejan le exigen a la otra parte que los trate como superiores. La intervención consiste en pedirle al que solicita la ayuda que se coloque en una posición de inferioridad. El cliente necesita una explicación que le permita solicitar de manera no autoritaria: “te estaría muy agradecida si tú..., en lugar de tú tienes la obligación de...”. Cuando a los padres les resulta difícil ponerse en una posición de inferioridad se prescribe un sabotaje benévolo, donde deben usar consecuencias reales en lugar de sermones. En los problemas conyugales, el terapeuta impide las exigencias altaneras y el no hacer solicitudes explícitas.</p>
	<p>El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación: existe una paradoja: “me gustaría que lo hiciera, pero me gustaría más que quisiera hacerlo”. La estrategia consiste en que la persona que solicita algo lo haga directamente.</p>
	<p>La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa: problemas de infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez. El juego se acaba cuando una de las partes abandona el rol repetitivo o haciendo uso de la interferencia, donde se reduce el valor informativo de la comunicación interpersonal haciendo inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión (se pide al acusado que haga algo que sea imposible discriminar si ha hecho o no, y si lo que se informa es o no fiable).</p>
<p>INTERVENCIONES GENERALES</p>	<p>No apresurarse: se le dice al paciente que “no haga nada”. Se debe justificar el no ir a prisa. Para pacientes que se esfuerzan mucho, que presionan para un cambio rápido o que tienen cambios rápidos.</p>
	<p>Los peligros de una mejoría: es una variante de la anterior. ¿Qué peligros puede haber si se soluciona el problema?</p>
	<p>Un cambio de dirección: el terapeuta varía de postura, directriz o estrategia y al hacerlo ofrece al cliente una explicación.</p>
<p>Cómo empeorar el problema: se suele hacer cuando el cliente se ha resistido a anteriores sugerencias. El terapeuta expone lo que el paciente ha hecho y que sólo ha exacerbado el problema, como consecuencia aquello que el terapeuta espera que el paciente haga resulta más fácil de captar y de seguir. También puede hacerse la pregunta ¿sabe cómo hacer para que el problema empeore? Además se puede prescribir aquello que el paciente ha hecho hasta provocar aversión.</p>	

Las técnicas de **intervención específicas** se centran en: la redefinición, las tareas, las prescripciones paradójicas y el uso de cuentos y metáforas (Espinoza, 2004).

Con respecto a lo anterior, es notable que el terapeuta es **directivo**.

Finalmente, es importante recalcar que en las terapias prolongadas existe la creencia de que la terminación es necesaria, sin embargo en la terapia breve la **terminación** no se considera tan especial. El tratamiento puede terminar cuando: a) el problema ha sido resuelto, b) cuando éste no se ha resuelto (Fish, Weakland y Segal, 1994).

CONSIDERACIONES GENERALES

En la actualidad, el MRI continúa laborando de manera ortodoxa. Participan junto con los fundadores, Bárbara Anger- Díaz y Karen Shlanger (Espinoza, 2004).

De acuerdo a Molina y Orozco, (1998); el MRI considera que debido a la imposibilidad de acceder a las percepciones de las personas, la terapia ha de operar con las interacciones, con las conductas observables que se dan entre los individuos.

1.2.4 MODELO DE TERAPIA BREVE ORIENTADO A SOLUCIONES

“Sitúa a los clientes en un marco en el que piensen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver su problema.”

-(O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993 pág. 70)-.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL MODELO DE SOLUCIONES

El modelo de soluciones se desarrolló a partir de la terapia estratégica, particularmente del modelo centrado en problemas (MRI) y está interesado en que la familia imagine su problema a través del tiempo, es decir, antes de que éste se presentara y después de solucionarlo (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Recientemente, este modelo ha estado influido por Kart Tomm (Ochoa, 1995).

El modelo de soluciones nace en la década de los 80’s en el Brief Family Center de Milwaukee, donde hubo una evolución desde el enfoque de resolución de problemas, hasta un mayor énfasis en las soluciones (Alcántara, 2005). Mientras que las intervenciones del Mental Research Institute apuntaban a interrumpir las pautas interaccionales que los terapeutas identificaban como intentos imperfectos de solución, el enfoque del Brief Family Center se basaba en el supuesto de que la familia tiene la solución (Lipchik, 2004).

La terapia centrada en las soluciones intenta favorecer las condiciones que faciliten el cambio, para lo cual emplea el menor tiempo posible en conocer el síntoma y lo que lo rodea. Lo que enfatiza son las situaciones en las que el problema no aparece o es controlado por los clientes -excepciones- (Ochoa, 1995).

Al igual que para el modelo estratégico y el modelo de terapia breve centrado en problemas tuvieron como uno de sus antecedentes a Milton Erickson, asimismo el modelo de soluciones. Erickson consideraba que lo que los clientes desean es encontrar la solución a sus problemas y no tanto clasificarlos o nombrarlos, asimismo aseguraba que los clientes tienen en sí mismos la capacidad de solución, por lo que el terapeuta deberá utilizar los recursos y soluciones del cliente. Por otro lado, fue Erickson quien primeramente utilizó las técnicas enfocadas en las soluciones por medio de la hipnosis, denominándola “pseudo orientación en el tiempo”, que posteriormente Steve de Shazer llamaría “técnica de la bola de cristal” (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

EXPONENTES PRINCIPALES Y SUS APORTACIONES

Steve **de Shazer** y William **O’Hanlon** son los dos autores principales que se distinguen dentro de este modelo, cada uno tiene sus métodos particulares con el interés en común por explorar y destacar las soluciones.

El grupo de Milwaukee estaba encabezado por Steve de Shazer con la colaboración de Insoo Kim Berg, Eve Lipchik, Marvin Weiner, Elam Nunnally y Alex Molnar. Poco después se incorporaron Wally Gingerich, John Walter y

Michael Weiner-Davis quien posteriormente colaborará con Bill O'Hanlon (Espinosa, 2004).

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL MODELO DE SOLUCIONES

De manera general, existen algunos supuestos del modelo de soluciones: a) cada cliente es único, b) los clientes poseen puntos fuertes y recursos, c) nada es totalmente negativo, d) la resistencia no existe, e) el terapeuta no puede cambiar a los clientes, sólo ellos pueden cambiarse a sí mismos, f) la terapia centrada en la solución avanza a paso lento, g) no hay causa y efecto, h) las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema, i) las emociones son parte de todo problema y de toda solución, j) un pequeño cambio puede llevar a cambios más grandes y k) el pasado no puede cambiarse, de modo que hay que concentrarse en el futuro. (Lipchik, 2004).

Por otro lado, ya sea que se trate de una persona o de una familia, el modelo de soluciones los considera **clientes** (Espinosa, 2004). En lo que se refiere al **terapeuta**, éste tiene una actitud comprensiva, acrítica y no antagónica.

Lo que define una situación como problema o solución es el significado que le asignan las personas (Lipchik, 2004). El modelo de soluciones parte de la idea de que los clientes no tienen problemas, sino **quejas** (Aparicio, 2005). Este enfoque está basado en la terapia breve y no se enfoca en el aspecto histórico de la problemática (*no es necesario saber mucho del problema para resolverlo*), argumentando que el sistema no mantiene la homeostasis del problema, sino que los clientes se han convertido en estáticos y estereotipados. Asimismo argumenta que la familia tiene una visión corta y pesimista de su problema, lo cual la lleva a tener secuencias rígidas. Este modelo plantea que es el cliente o la familia quien debe resolver su problemática a partir de sus propios **recursos**.

A diferencia de otros enfoques, el modelo centrado en las soluciones asume que el cliente quiere cambiar (Sánchez y Gutiérrez, 2000). **No existe resistencia** en los clientes, cuando no siguen las indicaciones del terapeuta es porque le están enseñando cuál es el método más productivo para ellos, pues cada persona tiene una forma única para cooperar (Alcántara, 2005).

La tarea del terapeuta será identificar y ampliar el **cambio**, siendo cuidadoso de colocar el problema en el pasado (Apacio, 2005). Para ello se utiliza un "*árbol de decisiones*" que ayuda a los terapeutas a identificar los patrones de cooperación de los clientes con las tareas (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993). Es decir: a) si el paciente cumple lo prescrito, se continúa con tareas directas; b) si los clientes modifican la tarea, se elaborarán tareas indirectas o modificables; c) si hacen lo opuesto, se diseñan tareas que incluyan la posibilidad de hacer lo opuesto; d) si la respuesta es vaga, se darán tareas vagas y/o relatos metafóricos y e) cuando el cliente no hace la tarea, entonces no se le dejará más o se le impartirán tareas paradójicas (Ochoa, 1995).

Se iniciará la solución mediante un cambio mínimo, el terapeuta preguntará: ¿cuál es la primera señal de que las cosas van por buen camino? Se confía en

una generalización posterior de los cambios a los que se denominan “*efecto de alas de mariposa*” (O’Hanlon, 1990 en Ochoa, 1995).

En cada entrevista el terapeuta inicia preguntando: ¿qué cosas le gustaría que continuarán sucediendo?, o ¿qué cosas positivas ha estado haciendo esta semana?, o ¿qué cambios positivos se han producido desde la última entrevista? Cuando hay cambios se pregunta: ¿qué tiene que hacer para que los cambios persistan?, ¿hay algún obstáculo para mantener los cambios?, ¿de qué otra forma lo abordará ahora? En caso de que el cliente informe que las cosas están igual o peor se le pide que piense si el cambio es realmente necesario o deseable (Ochoa, 1995).

En cuanto al modelo de **familia**, el modelo de soluciones no plantea ningún modelo de familia normal, lo cual está relacionado con la idea que toma del **constructivismo** acerca de que no hay una única realidad, por lo que el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal; basándose en lo anterior, será el cliente quien identifique sus objetivos terapéuticos (alcanzables y concretos).

Se le preguntará al cliente cuál sería una pequeña señal de cambio (*indicadores*), proporcionándole la oportunidad de que él sea quien determine lo que desea y no lo que el terapeuta crea conveniente. También se pregunta por los indicadores del cambio por parte de los familiares y de otras personas significativas para el cliente: ¿cómo van a notar sus padres que ya no está triste?, ¿y sus amigos? (Ochoa, 1995). Sólo en circunstancias poco frecuentes se hacen sugerencias alternativas a los objetivos de los clientes. Se prefiere negociar una definición del problema que esté en nuestras manos como en las del cliente resolver (O’Hanlon y Weiner- Davis, 1993).

Los terapeutas centrados en la solución suponen que el cambio ocurre por medio del **lenguaje** (Lipchik, 2004). Por lo que será importante que el terapeuta utilice el lenguaje de su cliente, lo que lo liberará de tecnicismos generando mayor empatía (Sánchez y Gutiérrez, 2000). El lenguaje del cliente se encauza hacia el cambio perceptivo y conductual. Puede cambiarse el uso del tiempo verbal: después de que el cliente mencione “tengo dificultades para tomar decisiones”, el terapeuta puede decir “así que ha estado teniendo dificultades para decidir....” y más avanzada la sesión, “cuando solía atascarse al tomar decisiones”.

En el modelo de soluciones se formulan **preguntas presuposicionales**, es decir, que presuponen la existencia de una solución eficaz. Las preguntas se deben formular de tal manera que el paciente no cierre su respuesta a un sí o no. En lugar de ¿pasó alguna cosa positiva?, se prefiere preguntar ¿qué cosas positivas pasaron? Asimismo, estas preguntas inducen al cambio e indican que existe un futuro sin el problema, por ejemplo cuando se pregunta: ¿cuándo ya no te sientas triste, quién será el primero en darse cuenta? (O’Hanlon, 1990 en Ochoa, 1995).

Cuando se define una **meta** se empieza a desarrollar una expectativa hacia un futuro más satisfactorio (Alcántara, 2005). Lipchik, (2004) plantea que las metas son un proceso que se define a lo largo de la terapia y que pueden incluso cambiar y no ser necesariamente definidas en la (s) primera (s) sesiones.

En la terapia centrada en la solución no hay diagnósticos correctos o incorrectos, ni teoría acertada o errónea, sino datos acerca de lo que funciona o es útil (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1993).

Se plantea que los cambios deben ser rápidos y contundentes, enfocándose en **10 sesiones**, aunque pueden variar. Lo importante del modelo de soluciones es encontrar los intentos de solución que han dado resultado, es decir, las **excepciones**, las cuales se orientaran hacia el **futuro** (Sánchez y Gutiérrez, 2000; O'Hanlon y Weiner Davis, 1993). Si no sucede siempre, no es después de todo un verdadero problema y por consiguiente se abre la posibilidad de un futuro diferente (De Shazer, 1994). Una regla es la siguiente: si funciona, hazlo más veces. Si no funciona, no lo repitas, haz algo diferente (De Shazer y cols, 2000).

En ausencia de excepciones reales, el siguiente paso es buscar excepciones potenciales. Cuando la persona manifiesta que no hay momentos de ausencia del problema, se tratará de encontrar lo mejor dentro de lo malo: ¿cuándo es menos frecuente, intenso o de menor duración?

La **terapia termina** cuando se han cumplido las metas establecidas o el paciente decide dejar de acudir (Ochoa, 1995).

TÉCNICAS DEL MODELO DE SOLUCIONES

Las técnicas del modelo centrado en soluciones hacen hincapié en la utilización del **lenguaje** del cliente, asimismo se dice que el terapeuta está interviniendo desde que hace la entrevista inicial (Alcántara, 2005). Sin embargo, existen técnicas que son utilizadas tanto en este enfoque como en el centrado en problemas: redefinición, tareas, cuentos y metáforas (Espinosa, 2004).

El modelo de soluciones asimismo emplea ordalías, tareas paradójicas, rituales y la connotación positiva. Las redefiniciones son permanentes a lo largo de toda la entrevista. En lo que respecta a las **connotaciones positivas**, se tienen dos: a) las que modifican el punto de vista del cliente asignándole un nuevo significado, cuando este tiene dificultades para identificar soluciones eficaces (De Shazer, 1987 en Ochoa, 1995) y b) el **elogio**, que es una connotación positiva después de la pausa, para resaltar las capacidades positivas del cliente en forma de recursos (Ochoa, 1995).

En el modelo de soluciones se identifican 3 tipos de intervenciones generales: las que actúan sobre la secuencia sintomática, las que lo hacen sobre el patrón de contexto que rodea a dicha secuencia y las tareas de fórmula (O'Hanlon y cols., 1990 en Ochoa, 1995):

CUADRO 11: Intervenciones generales

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN
<p>Intervenciones sobre la secuencia sintomática</p>	<p>Implica algún tipo de evaluación del síntoma por parte del terapeuta, existen 5 opciones: a) Cambiar la frecuencia, momento de aparición, personas involucradas, duración y lugar donde se produce el síntoma: cuando una pareja pelea por ejemplo, se le pide que lo haga en una habitación y a una hora diferente a la acostumbrada. b) Añadir un elemento nuevo: por ejemplo con un cliente que fuma en exceso, se le pide que al hacerlo se coma una manzana. c) Cambiar el orden de los elementos de la secuencia sintomática: por ejemplo cuando un padre regaña a su hijo adolescente, se le pide a la familia que lo grabe y que utilicen esta grabación antes de que comience un nuevo sermón. d) Descomponer la secuencia sintomática en elementos más pequeños: si una pareja pelea constantemente, se les pedirá que lo hagan en periodos de 10 minutos a una hora determinada. e) Unir la aparición del problema a la de alguna actividad gravosa: la ordalía puede consistir en que cada vez que la cliente piense en su divorcio se ponga a resolver problemas de álgebra (Ochoa, 1995).</p>
<p>Intervención sobre el patrón del contexto</p>	<p>Se necesita conocer la secuencia sintomática y su contexto, para lo cual se le pedirá al cliente que describa las conductas e interacciones relacionadas con el síntoma, para alterar las que parecen acompañarlo habitualmente. Ejemplo: si el cliente suele darse atracones a solas, se le pide que lo haga enfrente de sus amigos.</p>
<p>Tareas de fórmula</p>	<p>Tanto de Shazer como O'Hanlon utilizan las tareas de fórmula, también denominadas tareas de la primera sesión. El objetivo de estas tareas es orientar la atención de los clientes hacia las soluciones, pueden ser utilizadas sin saber mucho del problema (Aparicio, 2005). Existen 3 tipos de tareas: a) tarea de fórmula de la primera sesión, b) tarea de la sorpresa (estas dos primeras se orientan a soluciones eficaces no relacionadas directamente con la conducta sintomática) y c) las tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces, cuya finalidad es establecer y ampliar las estrategias adecuadas de solución del problema (Ochoa, 1995). A continuación se explicarán con mayor profundidad.</p> <p>a) Tarea de fórmula de la primera sesión: la instrucción de la tarea de la primera sesión es: "desde ahora y hasta la siguiente sesión me gustaría que observarás <i>qué es lo que te gustaría que siguiera ocurriendo</i> (ya sea en su familia, matrimonio, vida, etc.)" (Aparicio, 2005).</p> <p>b) Tarea de la sorpresa: se pide a los clientes que hagan algo nuevo y sorprendente, de tal manera que la conducta nueva rompa la persistencia en los patrones conductuales habituales, propiciando que las sorpresas se conviertan en soluciones nuevas (Ochoa, 1995).</p> <p>c) Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces: si el cliente no provoca deliberadamente la solución, es decir, si a pesar de identificarla no es capaz de diferenciar entre lo que sucede cuando el problema aparece y cuando no aparece, pueden darse dos situaciones: que su expectativa de lugar de control de cambio sea interna, es decir, que piense que ha hecho algo para controlar el síntoma, o que sea externa y sitúe el control fuera atribuyéndolo a otra persona o circunstancias. En el primer caso se le dice al cliente: "fíjese qué hace cuando supera el síntoma o la conducta asociada al problema". En el segundo caso, se le indica: "prediga todas las mañanas si antes del mediodía tendrá lugar una solución eficaz" (Ochoa, 1995).</p>

Existen **intervenciones** que resultan **útiles en una amplia variedad de situaciones**. Las intervenciones pueden iniciar el cambio sin que medie una primera comprensión detallada del terapeuta en cuanto a lo que ha estado sucediendo. La naturaleza exacta de la perturbación no parece importante, sólo se necesita una **llave maestra**. A continuación se explicarán 4 "**intervenciones de fórmula**" desarrolladas por De Shazer (De Shazer, 1991):

CUADRO 12: Llaves maestras

INTERVENCIÓN DE FÓRMULA (LLAVE MAESTRA)	DESCRIPCIÓN
Escribir, leer y quemar	Desarrollada en 1969 para pensamientos obsesivos o depresivos. Se necesita un lugar cómodo, siempre a la misma hora (no menos de una hora y no más de hora y media). Días impares escribir buenos y malos recuerdos acerca de la problemática. En los días pares, leer las notas del día anterior y quemarlas. Si los pensamientos indeseados vuelven fuera del horario decirse "ahora tengo otras cosas en qué pensar, pensaré en esto en el horario correspondiente" o tomar nota para recordar esos pensamientos y volver a ellos en el horario asignado. Lipchik, (2004) sugiere que a las personas que no les guste escribir, hablen frente a una grabadora y luego borren lo grabado.
Pelea estructurada	Creada en 1974 para promover la solución cuando ambos miembros de la pareja se quejan de sus peleas: 1) un "volado" para ver quien empieza. 2) el ganador echa pestes durante 10 minutos. 3) es el turno del otro quien hará lo mismo. 4) deben pasar 10 minutos de silencio antes de que se inicie otra vuelta arrojando de nuevo la moneda.
Haga algo diferente	Desarrollada en 1978, no se necesita saber qué es lo que ya ha hecho el cliente. Puede ser usada en situaciones particulares y generales. La petición es "haga algo diferente" (aunque parezca disparatado).
Preste atención a lo que hace cuando supera el impulso de....	Útil cuando la persona se queja de sí misma (deprimirse, comer en exceso, gritarle a su esposo, etc.). Se buscan las excepciones a la regla, pero como para el cliente es difícil identificarlas (pues piensa que no son excepciones, sino casualidades) se le pide que preste atención a lo que hace cuando supera el impulso de....Enfoca al cliente en lo que hace, en lugar de en un estado interior.

Por otro lado, se han enfatizado el tipo de preguntas para identificar las excepciones, dentro de éstas se tienen: preguntas del milagro, preguntas por excepciones y preguntas de escala:

CUADRO 13: Tipos de preguntas

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN
Pregunta del milagro	Su propósito es activar el proceso para resolver problemas proporcionando una visión más clara de sus objetivos y permitiendo la reflexión sobre un futuro posible sin el problema. Esta pregunta le proporciona al terapeuta directrices para ayudar al cliente a encaminarse hacia su futuro. La instrucción es: "supón que una noche mientras duermes sucede un milagro y tu problema se resuelve, cómo te darías cuenta, qué sería diferente" (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1993; Aparicio, 2005). Cuando el cliente refiere su milagro, el terapeuta suele preguntar ¿hay algo de esto que ya esté ocurriendo?, ¿qué tiene que hacer para que suceda con mayor frecuencia? (Ochoa, 1995).
Pregunta de la excepción	Ayuda a que los clientes busquen excepciones en el presente y en el pasado en lugar de en el futuro (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1993; Aparicio, 2005).
Escala de 1-10	Sirve para concentrarse en el logro y la solución, pidiéndole al cliente que evalúe cómo se siente a partir de una escala donde el 1 es lo peor y el 10 representa cómo serán las cosas cuando su problema esté resuelto (Alcántara, 2005).

Cuando los clientes se muestran incapaces de describir soluciones eficaces y contestar las preguntas a futuro, lo que puede hacerse es adoptar el modelo del MRI enfocado a hacer preguntas sobre el problema (Weiner-Davis, 1990 en Aparicio, 2005).

Es importante mencionar que O' Hanlon ha cambiado su forma de trabajo de la terapia ericksoniana a la orientada a soluciones para posteriormente desarrollar una "terapia de posibilidades", donde reconoce y valida los

sentimientos y los puntos de vista del cliente (incluyendo lo espiritual); lo que se desea es cambiar el hacer y el ver del problema. Asimismo, O'Hanlon enfatiza que la realidad es co-creada por terapeuta y cliente y que las conversaciones terapéuticas están centradas en la cooperación, lo cual lo coloca como un terapeuta constructor social interactivo (Espinosa, 2004).

CONSIDERACIONES GENERALES

La propuesta del modelo centrado en soluciones plantea una diferencia principal con otro tipo de modelos, y es que hace énfasis en los recursos que tiene el cliente o familia para resolver sus propios problemas, colocándose como un modelo más positivo dedicado a encontrar las posibilidades de los clientes y no sus limitaciones.

Asimismo es importante destacar que si este modelo retoma lineamientos del constructivismo, es lógico que los clientes construyan una nueva realidad donde sus problemas dejen de serlo y les encuentren una solución.

Siguiendo al modelo de soluciones, es importante recordar que no existen puntos de vista correctos o incorrectos, sino más o menos útiles para determinado cliente.

1.2.5 MODELO DE MILÁN

*“El resultado de la neutralidad es que el terapeuta se alía con todos y con ninguno a la vez”
-Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, (1980, pág. 11)-.*

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL MODELO DE MILÁN

El Instituto de la Familia en Milán fue fundado en 1967 por Mara Selvini Palazzoli (psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa), quien invitó a Luigi Boscolo, Giofranco Cecchin y Guliana Prata (también con formación psicoanalítica); tuvieron fuerte influencia de Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson. En 1972 iniciaron su investigación con familias psicóticas (Rodríguez, 2004), ya que este enfoque se utiliza preferentemente en casos de psicosis, término que se utiliza como sinónimo de trastorno mental grave, incluyendo la anorexia y la bulimia (Ochoa, 2005).

El modelo de Milán se sustenta en la teoría general de los sistemas y en la teoría de la comunicación humana, a partir de las cuales se desarrollaron las preguntas circulares (Rodríguez, 2004). Su teoría de la patología derivaba en gran parte, del proyecto de Bateson centrado en la comunicación de doble vínculo (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

EXONENTES PRINCIPALES Y SUS APORTACIONES

Mara **Selvini** Palazzoli, Luigi **Boscolo**, Giofranco **Cecchin** y Guliana **Prata** son quienes iniciaron el trabajo juntos, pero en 1978 Boscolo y Cecchin inician su retirada del equipo, la cual fue anunciada en 1982, año en que Selvini y Prata fundaron el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia; donde se conformaron dos grupos, el primero por Selvini y Prata y el segundo por Stefano Cirillo, Ana María Sorrentino y Mateo Selvini. Por su parte Boscolo y Cecchin han incorporado a los lineamientos de Milán la perspectiva del tiempo (dado que cada familia tiene su tiempo proponen que la terapia no tenga un tiempo determinado como el primer equipo de Milán sugería) entre otras técnicas que no pertenecen al modelo antiguo (Rodríguez, 2004).

La escuela de Milán estaba enfocada en los años 70's (1971-1978) en el método **paradójico**, donde todos los miembros de la familia eran connotados positivamente, ya en los años 80's (1979-1987) se experimentó el método de la **prescripción invariable** donde se trabajaba con la familia extensa, padres y hermanos de la paciente identificada durante las dos primeras sesiones, posteriormente se designaba a los padres como coterapeutas y sólo se trabajaba con ellos. Finalmente Milán trabajó también durante 1979-1987 con la **revelación del juego familiar** (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

Cuando el equipo se dividió, Selvini y Prata dejaron de utilizar la **paradoja** y empezaron a trabajar con la **prescripción invariable** (una intervención que se adapta a todo tipo de familias con miembros esquizofrénicos), por su parte Boscolo y Cecchin trabajaban en la creación de hipótesis específicas para cada

familia y que deben estar en constante cambio conforme el sistema va cambiando. Posteriormente Prata se separó de Selvini quien con otro equipo continuó trabajando en la idea del “**juego familiar**” (Aparicio, 2005).

A continuación se mostrará un cuadro con los elementos comunes y las limitaciones de estos 3 métodos (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999):

CUADRO 14: Elementos comunes y limitaciones del método paradójico, la prescripción invariable y la revelación del juego

ELEMENTOS COMÚNES	LIMITACIONES
<p>a) Implicación de toda la familia nuclear desde la primera sesión: por el sentimiento de inadecuación que está tratando de combatir la chica es difícil que acepte una terapia individual, además si hay un trabajo familiar exitoso se podrá abatir la hiperprotectividad y la hipercriticidad.</p> <p>b) Darle a la familia una interpretación/diagnóstico de tipo relacional que conecte el síntoma con las relaciones familiares: el síntoma es definido como un sacrificio para mantener el equilibrio de la familia. Se habla de las relaciones familiares y el síntoma alimenticio es dejado en segundo plano.</p> <p>c) Brevedad del tratamiento con un mes como intervalo en las sesiones.</p>	<p>a) Ausencia de un espacio terapéutico individual para las pacientes.</p> <p>b) Extrema brevedad de los tratamientos.</p> <p>c) Escasa empatía hacia los padres (específicamente hacia la madre).</p> <p>d) Crítica por parte de la paciente identificada que se quejaba de que a causa de ella sus padres y hermanos eran culpabilizados.</p>

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL MODELO DE MILÁN

Cuando una familia solicitaba terapia, sus datos eran transcritos en una ficha que contenía el remitente, la dirección, la fecha de la llamada telefónica, edad, profesión de cada uno de los padres, fecha de matrimonio, datos de los hijos, problema actual, nombre de quien llamaba y las observaciones.

Los casos eran llevados por una pareja de terapeutas (un hombre y una mujer), mientras que el equipo tras el espejo contaba también con un hombre y una mujer (Rodríguez, 2004). Más recientemente sólo un terapeuta dirige la entrevista y de uno a tres están tras el espejo (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987 y Hoffman, 1987).

En el periodo en que el equipo de Milán publicó su libro “Paradoja y Contraparadoja” en 1978 describieron por primera vez la estructura de las sesiones de terapia familiar (Avilés, 2006). La sesión según el modelo de Milán se desarrollaba en 5 etapas (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988):

1. **Presesión:** cuando se trata de la primera sesión el equipo analiza la ficha, si es una sesión subsecuente se lee el acta de la sesión anterior.
2. **Sesión:** dos terapeutas al frente y dos detrás del espejo, quienes podían llamar para dar indicaciones y sugerencias.
3. **Discusión de la sesión:** los terapeutas a cargo salen a discutir con el equipo y deciden cómo terminar la sesión terapéutica.
4. **Conclusión de la sesión:** los terapeutas regresan a dar el mensaje final y/o prescripción.

5. Acta de la sesión: cuando la familia se ha retirado, se discute la sesión para hacer un acta que contenga la síntesis de lo ocurrido.

En este periodo la aportación de Milán fue la *connotación positiva*, donde todos los comportamientos son vistos como buenos o positivos (Avilés, 2006).

El equipo de Milán estableció los fundamentos para desarrollar una terapia, los cuales podrían ser usados como metodología por el terapeuta. Los tres principios indispensables fueron: la hipótesis, circularidad y neutralidad, que a continuación se explican por medio de un cuadro (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1980; Rodríguez, 2004; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980 en Avilés 2006; Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999; Figueroa, 2006; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987):

CUADRO 15: Principios para la terapia y la investigación de acuerdo al modelo de Milán

PRINCIPIO	DEFINICIÓN
Hipótesis	La etimología griega de la palabra hipótesis significa “lo que está debajo”. El acto inicial de cualquier terapia (y un principio de la metodología aplicada por el grupo de Milán) es elaborar una hipótesis. Es un proceso constante que evoluciona conjuntamente con el movimiento de la familia. El modelo de Milán establece que las preguntas deben ser guiadas por una hipótesis sistémica , es decir, que incluya a todos los miembros de la familia.
Circularidad	La circularidad es la capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de la realimentación recibida de la familia en respuesta a su pedido de información acerca de vínculos y por lo tanto de diferencias y cambios. En la circularidad se invita a cada miembro de la familia a decir cómo ve la relación entre otros dos. El propósito de la circularidad es darle a la familia una visión sistémica de si misma.
Neutralidad	Asimismo, será importante que el terapeuta distribuya su empatía entre todos, estableciendo alianzas con todos a la vez, sin juzgarlos o criticarlos.

El modelo de Milán postula la **no directividad** del terapeuta, ya que este deberá asumir una postura de curiosidad y neutralidad, es decir, no tomar partido por ningún miembro de la familia.

Desde este modelo, no se definen objetivos concretos con la familia, sólo se tiende un puente hacia la consecución de un cambio específico más deseable.

Lo **patológico** en el modelo de Milán es el **juego familiar**, que incluye las alianzas y exclusiones, la regla de estas relaciones, qué está y qué no está permitido y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema. El juego se convierte en patológico cuando asigna a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan. El **síntoma** es entonces la solución a un problema familiar encubierto (Avilés, 2006).

El **cambio** se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro juego menos perjudicial, ya que toda familia necesita de un juego que regule su vida como sistema (Ochoa, 1995).

El grupo de Milán propone una terapia con un máximo de **10 sesiones**, con un intervalo aproximado de **un mes entre las sesiones** (Ochoa, 1995 y Figueroa, 2006). Esta práctica se adoptó para acomodar a las familias que vivían lejos, pero

después se decidió que este lapso era favorable para familias con miembros psicóticos (Hoffman, 1987).

Por otro lado, es importante recordar que cuando alguno de los miembros de la familia abandona la terapia no solamente tiene que ver con su **resistencia**, sino con la de toda la familia (no obstante, no se debe dejar de lado la posibilidad de errores terapéuticos). Cuando alguien deja de asistir, se elimina la discusión del equipo y se le da el mensaje a la familia en un sobre cerrado (la conclusión deberá incluir al *ausente* obligándolo a venir) para que lo lean cuando estén todos juntos (Rodríguez, 2004).

TÉCNICAS DEL MODELO DE MILÁN

Las técnicas del modelo de Milán son muchas y muy variables, por lo que es difícil enumerarlas. Hay quienes dividen las intervenciones del equipo de Milán en: a) *cognitivas*: redefinición y connotación positiva y b) *conductuales*: prescripciones directas, prescripciones paradójicas y *prescripciones ritualizadas* (Ochoa, 1995).

Algunas de las técnicas que utilizaba la escuela de Milán durante el periodo del **método paradójico** fueron: la connotación positiva, la reformulación paradójica del juego familiar, los rituales familiares y un intervalo de un mes entre las sesiones. Posteriormente el equipo de Milán abandonó la paradoja entre otras cosas porque la neutralidad corría el riesgo de convertirse en una alianza con los fuertes y porque hacer cambiar a la paciente sin que entendiera lo que estaba sucediendo era un embrocamiento.

Por otro lado, Milán se centró en la **prescripción invariable** que permitió detectar el embrollo, la instigación y el **estancamiento** de la pareja. En el juego del **embrollo**, un padre parece tener una relación privilegiada con uno (a) de sus hijos (as), a quien da a entender de forma encubierta que lo prefiere por encima de su esposo (a). Esta relación no es afectivamente auténtica, pues es más bien el instrumento de una estrategia en contra de alguien (generalmente el otro cónyuge) que es su verdadero centro de interés, cuando el hijo lo descubre se siente traicionado y desarrolla el síntoma. Por otro lado, la **instigación** se refiere a una provocación disimulada a la que se responde con rabia disimulada, de manera que el instigador nunca consigue hacer explotar abiertamente a la otra persona (uno instiga a otro siempre para provocar a un tercero).

Sin embargo, la prescripción invariable también fue abandonada porque no mostró eficacia en familias cuyos padres tenían una conducta hostil hacia la paciente, porque la prescripción invariable no podía suministrarse ya que la paciente era casada o no vivía con sus padres o porque sólo tenía un padre, además porque había padres que no seguían la prescripción, pero uno de los motivos más importantes fue que el equipo de Milán deseaba experimentar el modelo diacrónico de la anorexia.

En la **revelación del juego** familiar, se tienen dos factores: la reconstrucción del juego y las indicaciones (ya no paradójicas) en la dirección del cambio. La teoría general de los juegos psicóticos incluye una tentativa de explicar el **desarrollo de la psicosis** como un proceso que incluye **seis estadios**: a) el

impasse (estancamiento) de la pareja conyugal, b) entrada del hijo en el juego de los padres, c) la conducta inusitada del hijo, d) el viraje del presunto aliado, e) eclosión de la psicosis y f) las estrategias basadas en el síntoma (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999; Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990 y Ochoa, 1995).

En base a lo anterior, es notable que las aportaciones principales del modelo de Milán fueron: las connotaciones positivas, la contraparadoja y el cuestionamiento circular (Sánchez y Gutiérrez, 2000). A continuación serán explicadas a través de un cuadro:

CUADRO 16: Técnicas del modelo de Milán

TÉCNICA	DEFINICIÓN
<p>Connotación positiva</p>	<p>La connotación positiva del síntoma como se encuentra vinculada con otros comportamientos de la familia es el núcleo de una prescripción paradójica (Hoffman, 1987). La connotación positiva es un mensaje por medio del cual se le comunica a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).</p> <p>Se connotan positivamente las conductas del paciente identificado y de la familia en general con la finalidad de prescribir el síntoma, lo anterior se logra con un mensaje que indica una ayuda y unión de todos los miembros de la familia e identificando la función que ejerce el síntoma dentro de esta familia. Con la connotación positiva se habla del no cambio y de la paradoja. No se debe culpar a ninguno de los padres, más bien se debe hacer hincapié en que el paciente identificado se ha sacrificado sin que nadie se lo pidiera (Rodríguez, 2004).</p> <p>En trabajos más recientes no se encuentra ya el concepto de connotación positiva y se tiene la impresión de que, teóricamente, este concepto ha quedado incluido en el de neutralidad (Selvini, 1990).</p>
<p>Contraparadoja</p>	<p>La escuela de Milán elaboró la idea del doble vínculo que había planteado Bateson y la llamaron contraparadoja. La paradoja dentro de la terapia es llamada contraparadoja, que implica que la familia haga lo que haga está bien. Esto no es nuevo porque incluso Watzlawick, Weakland y Fish recomiendan la prescripción del síntoma; pero lo nuevo en Milán es no sólo prescribir el pensamiento problema o juego de comportamientos, sino la configuración general de las relaciones que rodean el problema (Hoffman, 1987).</p> <p>Inclusive se puede usar el coro griego (proveniente de la escuela de Ackerman) donde se señala que una parte del equipo no cree en ese cambio y espera la recaída, mientras que la otra parte del equipo opina que quizá la familia si pueda con ese cambio (Rodríguez, 2004).</p>
<p>Cuestionamiento circular</p>	<p>Para desarrollar esta intervención, el equipo de Milán se basó en la afirmación de Bateson de que "información es diferencia". El lema es plantear preguntas que enfoquen una diferencia o definan una relación (Hoffman, 1987). Con esta técnica el terapeuta crea curiosidad dentro del sistema familiar y del sistema terapéutico. Ofrece la posibilidad de quebrantar el sistema de creencias familiares, a través del uso del lenguaje relacional, por medio de: preguntas triádicas, preguntas sobre alianzas, preguntas para clasificar, preguntas explicativas (sirven para recoger información que confirme la hipótesis), preguntas hipotéticas (insinúan un mapa familiar diferente y se emplean más avanzada la entrevista) y preguntas reflexivas (Avilés, 2006 y Figueroa, 2006). En el cuestionamiento circular se transita a través del tiempo pasado, presente y futuro; para detectar las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado antes y después del problema (Rodríguez, 2004). El instrumento creado para evaluar el juego familiar es la entrevista circular, que obedece a los principios de hipótesis, neutralidad y circularidad (Ochoa, 1995). Asimismo, Hoffmann, (1987) señala que el modelo de Milán establece que en las familias en transacción esquizofrénica las personas rara vez definen la relación o notan una diferencia, por lo que el cuestionamiento circular puede tener un efecto poderoso sobre estas familias. El uso de la "apertura" es importante, ya que ésta es una palabra, señal o tema que la familia presente y que tiene sentido para ella. El entrevistador la toma y la llena con preguntas circulares. Relacionado a lo anterior, el equipo de Milán excluyó el uso del verbo "ser" para liberarse de los rótulos y en lugar de decir la "madre es sobreprotectora"</p>

	<p>prefiere decir “la madre se comporta de manera tal que parece sobreprotectora” (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).</p>
Rituales	<p>Milán utiliza los ritos o rituales en lugar de las interpretaciones, para enfatizar una conducta patológica de la familia con la finalidad de motivar su cambio. Es necesario diferenciar entre ritual y prescripción ritualizada, pues el primero se refiere a una prescripción específica para cada familia y no se podrá repetir con ninguna otra, en cambio la prescripción ritualizada contiene una estructura formal que podrá utilizarse con cualquier otra familia, en diferentes circunstancias (Sánchez y Gutiérrez, 2000).</p> <p>Los rituales son prescripciones que cambian las reglas de una familia sin dar explicaciones (Selvini, 1990).</p> <p>Ahora bien, es necesario aclarar qué son los mitos, pues los rituales sirven para derrumbarlos. Los mitos son una historia compartida por la familia (Penn, 1985).</p> <p>Los mitos también establecen el tipo de relaciones que se dan en determinada familia. Los mitos no son cuestionados y poseen mayor fuerza si provienen de generaciones atrás. Ahora bien, un ritual es una acción o serie de acciones (combinadas con fórmulas o expresiones verbales) donde participan todos los miembros de la familia. Antes de impartir un ritual será necesario conocer la historia familiar y la evolución del mito, pues el objetivo será que a través del ritual se cuestione al mito y se cambien las reglas del juego (sin críticas).</p> <p>Se recomienda que las instrucciones acerca de la frecuencia, el lugar, el horario, etc., se proporcionen por escrito a la familia, asimismo es importante recordar que los rituales no son una fórmula a aplicar a todas las familias, además de que cada una de éstas necesita un ritual a su medida.</p> <p>El uso del ritual se ha modificado, en los <i>rituales paradójicos</i> se intentaba que la familia mostrara las interacciones que mantenían con el propósito de dismantelar el juego. Los otros rituales son los anteriormente descritos y se trata de que la familia elija entre alternativas que implican el desarrollo de patrones diferentes de interacción, donde los <i>días pares</i> se ejecuta uno y los <i>impares</i> el contradictorio, dejando un día libre para que la familia elija el que quiera (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988 y Rodríguez, 2004).</p> <p>“Días pares y días impares” apunta a enfocar el juego relacional de una pareja de padres que se caracteriza por una interferencia continua y recíproca en la conducta educativa. Esta prescripción es eficaz específicamente para estos tipos de interacción y para proporcionar información del modo en que la familia cumple o no la prescripción.</p> <p>Por otro lado, los rituales tienden a privilegiar lo no verbal -código analógico-, satisfaciendo así las nuevas exigencias terapéuticas en comparación con el uso de la paradoja que provocaba reacciones conductuales que se transmitían por medio de lo verbal -código digital- (Selvini, 1990).</p>
Preguntas a futuro	<p>Las preguntas a futuro en conjunción con la connotación positiva ponen a la familia en una metaposición de su propio dilema y esto facilita el cambio para abrir nuevas soluciones a viejos problemas (Penn, 1985).</p>

CONSIDERACIONES GENERALES

El modelo de Milán ha dado no sólo una expresión pragmática de una epistemología verdaderamente circular, sino también un aparato nuevo y más fino para evaluar y trabajar con familias difíciles (Hoffman, 1987).

Se debe tener mucho cuidado con las conductas que se connotan positivamente, ya que a veces son conductas de riesgo como violencia intrafamiliar, intento de suicidio, etc.

Por otro lado, las técnicas de intervención del modelo de Milán han ido variando paralelamente a su evolución histórica, entendiendo que la intervención paradójica se ha ido abandonando a favor de las intervenciones ritualizadas. Siguen manteniendo las intervenciones cognitivas, entre las que destacan la redefinición y la connotación positiva, aunque a veces se emplean metáforas. El cambio se da cuando se reemplaza el juego familiar por otro menos perjudicial (Ochoa, 1995).

1.2.6 MODELOS DERIVADOS DEL POSMODERNISMO

El paso a la utilización de los modelos posmodernos en psicoterapia llevó consigo el cambio de cómo son vistos tanto terapeuta como paciente y el espacio terapéutico en sí. Lo anterior implicó el consiguiente cambio en las “técnicas” de intervención.

El posmodernismo indica que el foco no es el interior del individuo ni de la familia, sino más bien la (s) persona(s) en relación. Posmoderno significa una crítica no una época (Anderson, 1999).

1.2.6.1 EQUIPO REFLEXIVO

*“La mejor manera en que podemos
ayudar es haciendo preguntas que
aquellos con los que hablamos a
menudo no se hacen ”
-(Andersen, 1994 pág. 54)-.*

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL EQUIPO REFLEXIVO

Inicialmente Tom Andersen estuvo influenciado por Minuchin, Haley y Watzlawick (Vázquez, 2006). El equipo reflexivo también tiene como antecedentes a la escuela de Milán, a Gregory Bateson y a Humberto Maturana con sus ideas acerca de la relación paciente-terapeuta, donde el paciente es quien forma su realidad.

Otras ideas fueron tomadas del Instituto Ackerman de Nueva York y del Instituto de la Familia de Galveston, Texas; en lo que se refiere al cuidado, respeto e integridad que tienen para con las familias (Martínez, 2004 en Aparicio, 2005).

De acuerdo con Andersen, la construcción de los argumentos teóricos del trabajo con equipo reflexivo se desprendieron inicialmente de las ideas cibernéticas y constructivistas de von Foerster y von Glasersfeld, de las aportaciones de Bateson sobre las diferencias y la diferencia que hace la diferencia y de las aportaciones de Maturana y Varela sobre la biología del conocimiento y el multiverso.

Andersen también se alimentó de ideas de Goolishian, Shotter y Gergen. Por otro lado, los equipos reflexivos también se vieron influenciados por el equipo de Brattleboro (Judith Davidson, William. D. Lax y Dario Lussardi) y por Arlene Katz y Harlene Anderson (Beltrán, 2004).

El trabajo con equipo reflexivo surgió en 1984, pero Andersen empezó a denominarlo como tal hasta el siguiente año (Beltrán, 2004 en Aparicio, 2005).

El equipo reflexivo ofrece una forma de desmedicalizar a la psicología, ya que los rótulos son a menudo estigmatizantes. Tom Andersen argumenta que el equipo reflexivo no es un método, sino una forma de poner ideas sistémicas en acción (Aparicio, 2005).

EXPONENTES PRINCIPALES Y SUS APORTACIONES

Tom **Andersen** es un psiquiatra noruego quien después de no encontrar los resultados deseados con el método de Milán, desarrolló la modalidad de equipo reflexivo (Andersen, 1994; Beltrán, 2004; Reséndiz, 2004 en Aparicio, 2005). Andersen precisa que el trabajo que realizaba antes de 1984 (al estilo del modelo de Milán) se caracterizaba por decir a los clientes lo que tenían que hacer y cómo debían ver o comprender el problema.

Posteriormente, con el desarrollo del equipo reflexivo, realiza conversaciones abiertas con los clientes desde una posición heterárquica -no jerárquica- (Beltrán, 2004). Tom Andersen introdujo en el concepto de equipo una variante más orientada a la colaboración, donde los clientes observan la conversación del equipo y luego la comentan (Lipchik, 2004).

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL EQUIPO REFLEXIVO

Una de las ideas principales en que se basan los equipos reflexivos, es en la propuesta de Bateson acerca de la **diferencia** y de la **diferencia que hace una diferencia**. Con lo anterior se destaca que no hay una sola descripción de la realidad que sea totalmente completa. El que describe a otra persona, a través de su participación en el sistema de observación, influye en lo que puede ser observado y descrito. El que describe hace distinciones. Asimismo, esto se relaciona con la idea de los multiversos, es decir, que cualquier descripción o explicación depende del observador, por lo que no existe un universo, sino **multiversos** (un fenómeno puede describirse y comprenderse de diferentes maneras) donde cohabitan diversas descripciones. La función del terapeuta es buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones que existan. Cada persona tiene una percepción de la situación a la que “pertenece”, ésta es la “realidad de la persona”.

Con respecto a la diferencia, existen dos significados de ésta: primero, algo es distinto al ser diferente de su entorno, y segundo, un cambio es una diferencia a lo largo del tiempo causada por una diferencia.

Relacionando las preguntas con el concepto de diferencia, se tiene que: las preguntas que clarifican las situaciones problemáticas son aquellas que engloban comparaciones y relaciones. Las preguntas que buscan las diferencias que causan diferencias son las que se centran en los cambios, por ejemplo: ¿cómo se puede explicar esto?

Las herramientas para establecer nuevas distinciones son las preguntas que todavía no hemos formulado (Andersen, 1994).

Por otro lado, Andersen siguió el trabajo de dos fisioterapeutas noruegos: Aadel Bülow-Hansen y Gudrun Øvreberg (Andersen, 1994).

De la fisioterapeuta Bülow-Hansen tomó la idea acerca de que si la gente está expuesta a lo usual, lo que podría generar un cambio, sería precisamente lo inusual (pero no demasiado). Lo anterior concuerda con lo que proponen Maturana y Varela acerca de que cuando una situación perturba a una persona y ésta no puede reaccionar por la ausencia de una conducta adecuada en su

repertorio, responde aislándose (porque lo que experimentó es demasiado inusual).

Posteriormente, Andersen modificó su propuesta hacia una comprensión relacional del significado, basado en una comprensión más clara del habla como proceso de constitución del ser (idea que tomó de Goolishian), aunado a las ideas construccionistas de Gergen y Shotter (Andersen, 1994; Beltrán, 2004).

Andersen argumenta que no tenemos lenguaje, sino que estamos dentro del **lenguaje** y que para producir un **cambio**, las conversaciones terapéuticas tienen que ser diferentes a lo habitual, pero no demasiado para que no resulten extrañas al cliente. Se deberá alentar a asistir a terapia sólo a aquel que esté en condiciones de escuchar y verse entre sí sin interrumpirse, para que posteriormente se incorporen los que aún no estén preparados (Aparicio, 2005).

La **conversación** es una serie de intercambios de ideas, implica el significado como fenómeno intersubjetivo, dialogal, que los individuos crean y experimentan en la acción con ellos y con otros. De tal manera que los problemas no son resueltos, sino **disueltos**. El cambio es una consecuencia natural dentro del diálogo.

El **sistema terapéutico** se concibe como un sistema lingüístico en el que el cliente y terapeuta crean significados conjuntamente (Andersen, 1994).

Por otro lado, es más seguro utilizar sólo **preguntas**, que consejos e interpretaciones, a menos de que para el cliente sea demasiado inusual que no se les diera un consejo o interpretación (Andersen, 1994).

La **reflexión** es descrita por Andersen como un proceso en el que algo es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta. Los procesos reflexivos se caracterizan por decir todo abiertamente, de tal manera que el cliente siempre pueda oírlo (Beltrán, 2004).

TÉCNICAS DEL EQUIPO REFLEXIVO

No existen formatos preestablecidos, pero sí algunos lineamientos generales:

CUADRO 17: Lineamientos generales del equipo reflexivo

LINEAMIENTO	DESCRIPCIÓN
Estructura de las sesiones y participantes	<p>El uso de la sala de observación puede variar. La mayoría de las veces el equipo reflexivo está conformado por tres personas, pero puede variar.</p> <p>Se le pregunta al cliente si desea que el equipo reflexivo esté en la misma sala o detrás del espejo.</p> <p>El equipo sólo da reflexiones especulativas para subrayar que cada miembro del equipo tiene su propia versión subjetiva: "no estoy seguro...., puede ser..., podría decirse..., tanto esto como esto otro". Si el cliente desea un consejo, se discute cómo alguien más lo resolvió, pero se enfatiza que deberíamos impedir todo intento de hacer lo mismo.</p> <p>El equipo reflexivo habla 5-10 minutos aproximadamente sin interrupciones a menos de que las reflexiones resulten demasiado duras para el cliente y éste no pueda soportarlas (Andersen, 1994; Aparicio, 2005).</p>

	Las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación (Beltrán, 2004).
Postura del terapeuta	El terapeuta parte de una postura de “no saber”, no tiene ideas preconcebidas. Sólo se puede ayudar si la conversación hace sentir curiosidad (Andersen, 1994; Aparicio, 2005).
Preguntas	Las preguntas son tentativas, por ejemplo: “me imagino X, pero no sé que opines tú”, lo cual permite que se amplíen las descripciones. Las preguntas buscan la posibilidad de establecer nuevas aperturas, buscan preguntas poco usuales sobre descripciones, de comparación, de relación y de diferencia; preguntas sobre explicaciones posibles; etc. (Andersen, 1994; Reséndiz, 2004 en Aparicio, 2005).
TRAS LA CONVERSACIÓN ENTRE TERAPEUTA Y CLIENTE, CON LA AUTORIZACIÓN DE ÉSTE ÚLTIMO; EL EQUIPO REFLEXIVO DA A CONOCER SUS PUNTOS DE VISTA:	
Dos formas de intervención de equipo reflexivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. El equipo conversa entre sí, sobre “lo que le hizo sentido” acerca de lo que dijo el cliente. 2. “Hacer como si”: el equipo toma los papeles de los clientes y discuten como si fueran ellos. <p>*Importante: no juzgar, no interpretar, no connotar negativamente, no mirar a los ojos al cliente para no privarlo de su posición de escucha (Andersen, 1994; Pérez, 2004 en Aparicio, 2005).</p>
Terapeuta y cliente hablan sobre lo que dijo el equipo reflexivo	Una vez que el equipo reflexivo ha terminado de hablar, el terapeuta le pregunta al cliente si hay algo sobre lo que escuchó de lo que le gustaría hacer algún comentario (Andersen, 1994).

Asimismo, se les dice a los clientes que pueden escuchar o no la conversación del equipo reflexivo. Cuando finaliza la intervención del equipo reflexivo, se le reitera al cliente que sólo tome lo que le sirva (Beltrán, 2004 en Aparicio, 2005).

CONSIDERACIONES GENERALES

El equipo reflexivo le da la oportunidad al cliente de escuchar diversos puntos de vista, ninguno mejor que el otro, lo cual le permite construir nuevos significados para encaminarse al cambio.

Con el equipo reflexivo existe la posibilidad de que a medida que el cliente escuche al equipo se haga nuevas preguntas, estableciendo distinciones nuevas (Andersen, 1994).

El equipo reflexivo forma parte del proceso de creación de diferencias, mediante el desarrollo de diversos discursos se posibilitan cambios en los significados que los clientes y participantes tienen de la situación. El lenguaje “profesional” se sustituye por el cotidiano. Tanto el terapeuta, como el cliente y el equipo están expuestos al cambio y a la novedad (Beltrán, 2004).

Como integrante de un equipo reflexivo puedo decir que es sumamente grato saber que lo que dices puede hacerle sentido a los clientes, asimismo es importante desprenderse del rol de experto, ya que no existen verdades absolutas y el que mejor se conoce es el cliente mismo, por lo que todo lo que se diga deberá ser tentativo o a manera de pregunta, de tal manera que el cliente no sienta que lo que se le dice es una imposición o una verdad absoluta, sino tan sólo una opinión.

1.2.6.2 ENFOQUE NARRATIVO

*“La estructuración de una narración requiere un proceso de selección por lo que se dejan de lado aquellas experiencias que no encajan en los relatos dominantes. Así gran parte de nuestro bagaje de experiencias queda sin relatar y nunca es contado”
-(White y Epston 1993 pág. 29)-.*

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL MODELO NARRATIVO

Este modelo puede ser visto como una terapia de mérito literario cuyos antecedentes se remontan a Bateson en cuanto a cómo sabemos lo que sabemos, la diferencia que hace la diferencia y las pautas ecológicas que interconectan a los sistemas vivos; a Bruner respecto a los panoramas de acción y de conciencia que componen un texto y Foucault de quien retoma lo que planteó sobre el ejercicio del poder, los mecanismos de opresión y la metáfora del panóptico (García, 2005).

EXPONENTES PRINCIPALES Y SUS APORTACIONES

La terapia narrativa se desarrolla en la década de los 80's en Australia, principalmente por el australiano Michael **White** en colaboración con David **Epston** de Nueva Zelanda (White y Epston 1993).

Asignamos significado a nuestra experiencia y constituimos nuestras vidas y relaciones a través del lenguaje (White y Epston, 1993 White, 1994).

El proceso de externalización del problema desarrollado por White no es totalmente nuevo, pues retoma aspectos de la sabiduría religiosa como la posesión demoníaca y el exorcismo (White, 1994).

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL MODELO NARRATIVO

Nuestra identidad está constituida por lo que “sabemos” de nosotros mismos y por cómo nos describimos. Pero lo que sabemos de nosotros mismos está constituido en su mayor parte por prácticas culturales.

La manera de narrar nuestra vida depende de los acuerdos sociales. Las historias constituyen a las personas por medio de verdades “normatizadoras”, donde el conocimiento y el poder están unidos (White y Epston, 1993).

White y Epston proponen la **analogía de la terapia** como un proceso de contar y volver a contar las vidas y las experiencias. El significado que le atribuimos a los hechos es lo que determina el comportamiento que se tenga. De tal forma que la **analogía del texto** hace posible conocer la diferencia entre un relato dominante y uno alternativo, a la vez que se miran los relatos en el contexto que los envuelve.

Dado que no podemos conocer la realidad objetiva, todo conocimiento requiere de un acto de interpretación.

Para entender nuestra vida y expresarnos, la experiencia debe relatarse. Para dar sentido a nuestra vida la experiencia deber ser organizada en secuencias temporales para obtener un relato coherente. Las experiencias del presente, pasado y futuro deben estar conectadas en una secuencia lineal. Esta narración es un relato o autonarración que sirve para interpretar experiencias posteriores (White y Epston, 1993).

El modelo narrativo **no** tiene interés por la **etiología del problema**, pero sí por las exigencias de éste para la supervivencia (White y Epston, 1993; White, 1994).

El desenlace deseable de la terapia es la generación de historias alternativas (White y Epston, 1993).

Los **síntomas** están vinculados a ciertas narraciones evocadoras del discurso social del poder y desaparecen por medio de la **externalización** para que aparezcan nuevas narraciones no relacionadas con el problema (White y Epston, 1993). Por lo anterior, el terapeuta deberá buscar la **desconstrucción** de las “verdades” para encontrar **acontecimientos extraordinarios**.

Sólo es necesario identificar un **acontecimiento extraordinario** para iniciar la construcción de nuevos significados. No es necesario que todas las personas participen activamente en la generación de nuevos significados, tampoco es una condición.

Se puede hacer una búsqueda de acontecimientos extraordinarios pasados, actuales (en el transcurso de la sesión) y futuros (intenciones o planes para escapar de la influencia del problema o la esperanza de liberarse de éste) (White y Epston, 1993).

Dentro de la propuesta narrativa, el **problema** es el problema, no la persona. Los problemas están contruidos en contextos culturales incluyendo relaciones de poder, raza, clase social, etc. Los individuos poseen habilidades para cambiar su relación con los problemas, ellos mismos pueden ser autores de sus propias narrativas (Vázquez, 2006).

Cuando los individuos tienen un problema, las narraciones dentro de las que relatan sus experiencias o dentro de las que su experiencia es relatada por otros, no representan suficientemente sus vivencias, sino el **relato dominante** (descripción saturada del problema) que determinará en gran medida la naturaleza de sus vivencias y acciones. Las respuestas de los miembros de la familia a las exigencias del problema contribuyen a la vida y a la evolución del mismo.

Las **soluciones** se construyen a través de la conversación, hay que trabajar con las historias no con los problemas (García, 2005). Una forma de contribuir a la persistencia del cambio es incluir a la **red social**: ¿qué pensarían los miembros de su familia si se enterarán de estos cambios? (White, 1994).

El modelo narrativo toma en cuenta al **poder**, que se ejerce cuando se establecen las condiciones para que la persona viva bajo censuras según

determinadas normas institucionalizadas, paulatinamente las personas se aíslan y se convierten en su propio censor. White se basa en Foucault al decir que en vez de que el poder reprima, más bien subyuga pues forja a las personas como “cuerpos dóciles” que apoyan la proliferación de conocimientos. Las técnicas del poder no son activadas desde arriba para transformar a los de abajo. Estas técnicas se producen en el nivel local.

La analogía del texto proporciona un marco que permite tener en cuenta el contexto sociopolítico y estudiar la acción y los efectos de poder sobre las vidas y las relaciones (White y Epston, 1993, White, 1994).

Las historias están compuestas por dos tipos de panorama: **a) panorama de acción:** hechos eslabonados a través de la dimensión temporal (pasado, presente y futuro) **y b) panorama de conciencia:** interpretaciones de quienes aparecen en la narración e interpretaciones del autor en la conciencia de esos personajes (White y Epston, 1993).

La interrogación que se da en el modelo narrativo ha sido explicada a partir de dos **metáforas**, la primera de ellas es la **literaria** donde lo que interesa es componer y recomponer historias. Es a partir de las preguntas del terapeuta que la persona cuenta y vuelve a contar su historia incorporando nuevos subargumentos para revisar y “re-componer”. La segunda metáfora es la **antropológica** llamada “rito de pasaje”, donde la persona atraviesa tres etapas a través de las preguntas del terapeuta. En la primer etapa denominada “separación”, el individuo se disocia de las percepciones dominantes de su historia. En la etapa que le sigue, la “límitrofe o transicional” la confusión que surge en la primera etapa se junta con la conciencia de nuevas posibilidades para el cambio. Finalmente está la etapa de “reincorporación” donde los redescubrimientos y nuevos saberes de la persona son refrendados y reforzados al ser compartidos con las personas para ella significativas (White y Epston, 1993 y Payne, 2002 en Almanza, 2007).

TÉCNICAS DEL MODELO NARRATIVO

Este modelo utiliza el método **deconstructivo** para hacer “exótico lo doméstico”. Según Bourdieu lo anterior significa que en virtud de la objetivación de un mundo familiar podríamos hacernos más conscientes de la medida en que ciertos “modos de vida y de pensamiento” modelan nuestra existencia y podríamos estar en condiciones de decidir vivir según otros “modos de vida y de pensamiento” (White, 1994).

La teoría de la desconstrucción tiene sus raíces en una tradición filosófica que surge de Kant, Husserl, Heidegger y Wittgenstein. Estos autores se preguntaban cómo podemos conocer el mundo (la realidad) y cuál es el papel que desempeña el lenguaje en nuestras descripciones del mundo (McNamee y Gergen, 1996).

La desconstrucción se basa en el constructivismo crítico que plantea que la vida está modelada por las significación que las personas asignan a sus experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y de lenguaje del yo y de su relación (White, 1994).

La **externalización** puede considerarse como una técnica narrativa que ayuda a que la persona perciba el problema como separado de sí mismo, como un producto tanto de las circunstancias como de los procesos interpersonales en los que se encuentra envuelta. Por ejemplo: la angustia y la depresión te atrapan en lugar de eres una persona angustiada y deprimida.

White, (1993) ha descubierto que la externalización: a) hace disminuir los conflictos personales incluyendo las disputas en torno a quién es el responsable del problema, b) combate la sensación de fracaso ante la persistencia del problema, c) allana el camino para que las personas se unan a la lucha común contra el problema, d) abre nuevas posibilidades para apartarse de la influencia del problema, e) permite afrontar de una manera más eficaz y menos tensa los problemas y f) ofrece opciones de diálogo y no de monólogo.

La externalización genera un “antilenguaje”, como sugiere Epston (White, 1994).

Cabe mencionar que la externalización fue en un principio una técnica ideada para trabajar con niños que sufrían encopresis, posteriormente fue aplicada a parejas y familias con problemas como esquizofrenia, depresión, violencia, entre otros.

En la externalización, el terapeuta ayuda a la persona a describir el problema y a ponerle un nombre, lo cual le permite recuperar el control (Payne, 2002 en Vázquez, 2006).

No obstante, aunque la definición externa del problema puede mantenerse constante a lo largo de toda la terapia, es frecuente que evolucione, lo cual sucede generalmente cuando a la persona le ha sido difícil describir su problema.

Es importante que el terapeuta anime al cliente a dar una definición más amplia cuando la persona es muy concreta, asimismo se prefieren las definiciones “populares” a las definiciones “expertas” basadas en terminología científica.

Por otro lado, la responsabilidad del paciente por haberse sometido al problema sólo se menciona de manera implícita. (White y Epston, 1993).

En la externalización en primera instancia se ayuda a la persona a revisar la influencia que el problema tiene en su vida y en sus relaciones con otros, para después identificar su impacto en distintas áreas, se busca que el cliente experimente una nueva relación con el problema, una especie de “agencia personal”.

La externalización del problema ayuda a que las personas identifiquen los conocimientos unitarios y los discursos “de verdad” que las están sometiendo y a liberarse de ellos (White y Epston, 1993).

White, (1994) argumenta que el proceso de externalización es progresivo, no es estático, es un proceso continuo de co-elaboración de una “nueva realidad”.

White y Epston utilizan varios tipos de preguntas para la externalización del problema (White 1994):

CUADRO 18: Tipos de preguntas utilizadas en el modelo narrativo

PREGUNTAS	DESCRIPCIÓN
PREGUNTAS RELATIVAS AL PANORAMA DE ACCIÓN	Para que las personas sitúen los eventos extraordinarios en una secuencia temporal (presente, pasado y futuro).
PREGUNTAS RELATIVAS AL PANORAMA DE CONCIENCIA	A partir de éstas las personas reflexionan sobre el significado de los hechos que hay en el panorama de acción.
PREGUNTAS RELATIVAS A LAS EXPERIENCIAS DE EXPERIENCIAS	Las personas dicen lo que creen que otros pueden opinar de ellos.
PREGUNTAS DE INFLUENCIA RELATIVA: a partir de estas se generan dos descripciones de su relación con el problema. La primera descripción se enfoca en cómo el problema ha influido en su vida y en sus relaciones y la segunda se centra en cómo la persona ha influido en la vida del problema, a partir de lo cual surgen los logros aislados.	a) Preguntas sobre logros aislados Se intenta que la persona diferencie las intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada del problema.
	b) Preguntas relativas a la explicación única El objetivo es que la familia le de sentido a un hecho aislado situándolo en tiempo y espacio.
	c) Preguntas relativas a la redescrición única Se trata de que la familia asigne un nuevo significado a los eventos extraordinarios (logros aislados) por medio de la redescrición de sí mismo, de los demás y de sus relaciones.
	d) Preguntas sobre posibilidades únicas Invitan a la familia a especular sobre su futuro y sus relaciones, lo cual está relacionado con explicaciones únicas y redescriciones únicas.

Por otro lado, White y Epston suelen contarle a las familias historias similares a la suya, frecuentemente también se utilizan **cartas** para invitar a los miembros ausentes, exhortos para los miembros resistentes, cartas de predicción, de recomendación, de despido, de felicitación, etc. Aunque no debe olvidarse que desde Milton Erickson las historias, cuentos y cartas han sido una herramienta muy frecuente.

Asimismo, White y Epston suelen inventar entre ellos y sus clientes, personajes y metáforas alusivas a los problemas, por ejemplo, caca traicionera, ira que ataca, etc.

Epston acostumbra escribir un resumen al final de la sesión y le da una copia a la familia, de tal manera que se convierte en el expediente que es compartido por cliente y terapeuta (White y Epston, 1993).

En el modelo narrativo los **testigos externos** juegan un papel muy especial, pues son quienes reconocen los logros de la persona y que ésta con frecuencia no se había dando cuenta de ello. Entre los testigos externos se encuentran amigos, familiares, algún profesor, incluso otros terapeutas.

Asimismo, los recuerdos de personas (vivas o muertas) que han sido importantes pueden usarse para apoyar el relato y formar un **“club de vida”** donde la persona decidirá quién deberá tener membresía o no en su club (Payne, 2002 en Almanza, 2007).

CONSIDERACIONES GENERALES

En este modelo es importante no perder de vista que el terapeuta debe generar en las personas la voluntad de ser participantes activos en sus propias narraciones. Se da especial importancia a la creación de significados, más que a la búsqueda de la “verdad”.

Cuando la persona separa el problema de sí misma es más fácil percibirlo como una entidad separada y entonces ver qué efectos ha tenido en su vida y en sus relaciones. Posteriormente es muy importante la identificación de los sucesos extraordinarios que contradicen la historia dominante porque en este punto la persona logra ver elementos de sí mismo que antes no había visto y entonces se da cuenta que existen otras posibilidades para así generar una nueva narración diferente a la primera donde se convierte en el autor de su propia historia.

Este modelo tiene similitud con el Modelo de Soluciones, pues ambos de una u otra manera se interesan por las excepciones en la vida de las personas, sin embargo el modelo narrativo está más enfocado a la deconstrucción de la historia dominante para que la persona genere una narrativa nueva.

Es conveniente resaltar que aunque la externalización del problema permite que la persona se separe de éste, esta práctica no los releva de su responsabilidad en el mantenimiento del problema, pues se incita a reconocer que tienen la opción de continuar sometiéndose o no seguir haciéndolo.

Por otro lado, con pacientes crónicos inclusive el terapeuta puede externalizar sus expectativas irreales para el cambio, pues lo único realista es dar pasos pequeños (White, 1994).

Asimismo, hay que subrayar la conciencia que debe tener el terapeuta para no contribuir a la opresión que padece el cliente, por lo que no se deberán externalizar problemas tales como la violencia o el abuso sexual, pues lo que se propone es fomentar la externalización de las actitudes y creencias que parecen imponer la violencia, así como las estrategias que mantienen subyugadas a las personas, por ejemplo la imposición del secreto (White y Epston, 1993).

1.2.6.3 ENFOQUE COLABORATIVO

*“El objetivo no es hacerse cargo ni intervenir, el objetivo es facilitar el diálogo y a través de él crear la oportunidad para la emergencia de nuevos significados, narrativas, conductas y emociones.”
-(Anderson, 1999 pág. 141)-.*

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL MODELO COLABORATIVO

El trabajo de Harlene Anderson como terapeuta familiar empezó con su contacto con Harry Goolishian y la Terapia de Impacto Múltiple -TIM- en 1970 en la University of Texas Medical Branch en Galveston, Texas.

La TIM fue creada por Goolishian en 1950 y se refiere a una terapia breve centrada en la familia con hijos adolescentes, cuya modalidad de trabajo consistía en la participación de un equipo multidisciplinario y se incluía además a los miembros de la comunidad que fueran relevantes para la familia. El objetivo era un proceso de autorehabilitación con sesiones que duraban de 2-3 días. Esta terapia valoraba al individuo y a sus sistemas relacionales, así como la autorreflexión, el cambio autogenerado, el aprendizaje con la familia y la multiplicidad de voces. En esta época todavía no contaban con los estudios del lenguaje.

El trabajo de Anderson y Goolishian se estableció formalmente en 1977 con la fundación del Galveston Family Institute en colaboración con Paul Dell y George Pulliam. Asimismo, estaban interesados en los planteamientos del Mental Research Institute. Retomaron la teoría de la cibernética que posteriormente abandonaron para considerar a la hermenéutica y a las teorías socioconstructivistas.

De la cibernética de segundo orden retomaron la idea que dice que el sistema está determinado por el observador y con ello cuestionaron la postura del terapeuta como interventor y del paciente como receptor de las intervenciones.

Dejaron de considerar al lenguaje como una herramienta similar a la retórica y lo empezaron a considerar generativo.

La teoría desarrollada entonces por Anderson y Goolishian se conoció como *sistema determinado por el problema y enfoque de organización y disolución de problemas*. Ya en 1987 se llamó *enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración* (Beltrán, 2004).

EXPONENTES PRINCIPALES Y SUS APORTACIONES

Harlene **Anderson** y Harry **Goolishian** son los representantes del modelo colaborativo. La aproximación colaborativa está fuertemente influenciada por otras ideas fuera de la psicoterapia, como el construccionismo social, el lenguaje, la teoría narrativa, etc.

Harlene Anderson ve su aproximación como una **filosofía de terapia**, no como una teoría o modelo, donde el terapeuta confía y cree en el cliente porque es un aprendiz que está siempre en el camino del entendimiento y completamente presente como otro ser humano (Anderson, 2001).

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL MODELO COLABORATIVO

El pensamiento posmoderno ha sido el punto de partida del trabajo actual de Anderson.

Anderson, (1999) plantea que el **posmodernismo** indica que el foco no es el interior del individuo ni de la familia, sino más bien la (s) persona(s) en relación. Posmoderno significa una crítica no una época.

El posmodernismo logró reconocimiento hasta 1970, pero cabe aclarar que no está representado por un autor en particular, pero está relacionado con el posestructuralismo y con autores como Mijail Bajtin, Jacques Derrida, Michael Foucault, Jean Francois Lyotard, Richard Rorty y Ludwig Wittgenstein.

El posmodernismo rechaza el dualismo que plantea el modernismo (un mundo real externo y un mundo mental interno). El posmodernismo se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido. El cambio se acepta y se da por supuesto. El posmodernismo ve al conocimiento como una construcción social, al conocimiento y al conocedor como interdependientes. No tenemos un conocimiento directo del mundo, sólo podemos conocerlo a través de nuestras experiencias. Todo está sujeto a cuestionamiento, incluyendo el posmodernismo.

Por otro lado, también es fundamental referirse a la **hermenéutica**, que es uno de los primeros cuestionamientos a la teoría cartesiana del conocimiento (que separaba al observador de lo observado).

Los inicios de la hermenéutica se remontan al siglo XVII y surgió para el análisis e interpretación de textos (entre ellos los bíblicos). Posteriormente bajo la influencia de Wilhelm Schleiermacher y Wilhelm Dilthey (finales del siglo XVIII y siglo XIX) la hermenéutica se convierte en un método para interpretar y comprender la conducta humana.

Para el siglo XX la hermenéutica obtiene un sello posmoderno con autores como Hans-George Gadamer, Jürgen Habermas, Marti Heidegger y Paul Ricoeur.

Pero ¿cuál es la definición de hermenéutica?, a decir verdad no hay una definición exacta pero en general la hermenéutica se encarga de la comprensión y la interpretación. No hay un punto de vista único para la comprensión, ya que es imposible lograr una comprensión verdadera. Cada descripción, cada interpretación es una versión de la verdad, la cual se construye a través de la interacción y es contextual.

La hermenéutica propone que la comprensión se sitúa en el lenguaje, en la historia y en la cultura.

Al hablar del modelo colaborativo también es importante hablar del **construccionismo social**, el cual se remonta a P. L. Berger y T. Luckmann. Más recientemente se asocia con Nelson Goodman, Kenneth Gergen, Rom Harré, John Shotter, Donald Polkinghorne, Theodore Sarbin, Clifford Geertz y Charles Taylor.

Gergen define la construcción social como una indagación que busca explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica o da cuenta del

mundo en que vive. No ve al discurso sobre el mundo como un mapa o reflejo del mundo, sino como un recurso para el intercambio comunal.

El conocimiento es una construcción comunal, producto del intercambio social. Para Gergen la relación es el locus de conocimiento. Los significados son el resultado del lenguaje

Después de lo anterior es posible explicar que el **enfoque colaborativo** se refiere a un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas –una búsqueda conjunta de posibilidades-. El **lenguaje**, la **conversación** y la **relación** son aspectos centrales en el enfoque colaborativo (Anderson, 1999):

- El **lenguaje** es el vehículo de nuestra existencia y de nuestro compartir con otros y con nosotros mismos. Es la forma primordial en que construimos nuestras realidades. Lo que sabemos o creemos que sabemos es algo que construimos y que comunicamos en el lenguaje.
- La terapia es una **conversación/diálogo** entre (en voz alta) y dentro de (en silencio) un cliente y un terapeuta.
El interés y la intención del terapeuta consisten en establecer una oportunidad para el **diálogo** para a través de éste crear oportunidades de autodeterminación, libertad y posibilidades únicas. El cambio ocurre conforme el diálogo fluye.
El sistema terapéutico es una **conversación** entre compañeros, donde el terapeuta debe respetar qué es importante para la conversación y quién debe ser incluido. Las decisiones sobre quién participa, cuándo y de qué hablar se toman de manera colaborativa sesión por sesión.
Conversación se refiere a un “hablar con”, es a través de la conversación con los otros y con nosotros mismos que formamos, reformamos, creamos, recreamos, construimos y reconstruimos nuestras realidades y experiencias vitales (Anderson, 1999 en Flores, 2005). Algunas conversaciones aumentan y otras disminuyen las posibilidades.
- Respecto a la **relación**, la terapia tiene que ver con quiénes somos los terapeutas (y quiénes somos en esa relación) como con los miembros de la familia y quiénes son en relación con el terapeuta.
Tiene que ver con nuestras autonarrativas, el cómo nos definimos como personas y nuestras identidades como terapeutas, cómo son las autodefiniciones e identidades del cliente.

Desde esta propuesta la **familia** como tal no existe, representa una configuración particular socialmente construida, es casi imposible darle un significado único porque las familias vienen en muchos tamaños y variedades incluyendo si hay relaciones de sangre o no.

El **problema** y el significado que le atribuimos son realidades creadas socialmente. Hay tantas definiciones del problema como miembros hay en el sistema, por lo que es el problema el que determina al sistema. Anderson prefiere

hablar de un problema desde una perspectiva de realidades múltiples. El **sistema de problema** se organiza a través de conversar sobre los temas vitales que las personas determinan como problemas. Un **sistema de problemas**, igual que los problemas, existen en el lenguaje. Con la disolución del problema, viene la disolución del sistema de terapia, el sistema del problema. Los problemas no son resueltos, sino **disueltos**. El **cambio** es consecuencia natural del diálogo (Anderson, 1999).

Anderson, (1999) retoma a Gergen cuando dice que los **significados** son el resultado del lenguaje que usamos: del diálogo social, el intercambio y la interacción que construimos socialmente.

Anderson cree que el **lenguaje** interpreta, explica y sostiene lo que creemos y suponemos real. El significado (nuestras interpretaciones y comprensiones) es construido lingüística y colectivamente por medio del lenguaje hablado y no hablado. Los significados dependen del contexto y pueden variar de persona a persona.

Por otro lado, la “**expertez**” del terapeuta esta definida por la participación en el diálogo y la conversación y su capacidad de modificarlo. El terapeuta debe de proveer de una atmósfera en donde se de la oportunidad del intercambio dialógico. El cliente es el único experto de su vida, sus problemas y su realidad.

El terapeuta asume una **curiosidad** espontánea y genuina acerca de las historias de los clientes (Anderson, 2005).

El **conocimiento** es producto de nuestras relaciones y no una posesión o producto individual (Gergen, 1994 en Anderson, 2001).

Cuando un cliente ingresa a terapia es porque hay un punto de quiebra conversacional y pérdida del sentido de autonomía, se ha perdido la capacidad para dialogar, la fe para resolver los problemas y el sentido de competencia.

La **terapia** representa un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas. El objetivo de la terapia es encontrar formas nuevas de dialogar. (Anderson, 1999).

El **sistema terapéutico** es aquel en el que la gente genera significados con el otro, de ahí que sus prácticas impliquen relaciones colaborativas y conversaciones dialógicas.

Terapeuta y cliente son compañeros de conversación en una relación dialógica y colaborativa, en la que el intercambio es recíproco, un toma y daca en el que el terapeuta aprende, escucha y trata de entender la historia del cliente desde la perspectiva de éste.

Anderson propone el uso de **transformación** en vez de cambio, ya que considera que el terapeuta no es un agente de cambio (no se cambia a otra persona), la transformación es un proceso continuo (Anderson, 2001).

Para resumir, algunas premisas del modelo colaborativo son (Anderson, 1999):

- Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
- Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyen realidad.
- Una mente individual es un compuesto social.
- La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuímos son fenómenos interaccionales, creados y vivenciados en una conversación.
- El lenguaje es generador, da orden y sentido.
- El conocimiento es relacional y está inserto en el lenguaje.

TÉCNICAS DEL MODELO COLABORATIVO

No hay formatos o esquemas preestablecidos para desarrollar la terapia. La **conversación dialógica** entre terapeuta y cliente representa el medio a través del cual pueden surgir diferentes maneras de entender, explicar y puntuar las experiencias vividas que lleven a la disolución de los problemas. El terapeuta aprende genuina, atenta, respetuosa y abiertamente.

Se le da voz a cada miembro del sistema porque cada uno tiene su propia descripción del problema y de su solución. Se prioriza la riqueza de las diferencias antes que un consenso de la definición del problema y de su solución. (Anderson, 1999 en Almanza, 2007).

La **curiosidad** del terapeuta despierta la del propio cliente para terminar uniéndose en una indagación compartida. La **indagación compartida** (dar y recibir) que se caracteriza por el espacio dialógico, la exploración y el desarrollo mutuos, la comprensión dentro de la conversación, el diálogo interno, la expansión y la expresión de lo no dicho, el trasfondo de la conversación, el pertenecer a la conversación y la intencionalidad compartida (Anderson, 1999):

CUADRO 19: Características de la indagación compartida

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Espacio dialógico o contexto conversacional	El pensamiento de cada uno hace lugar a la consideración de ideas, creencias y opiniones múltiples.
Exploración y desarrollo mutuos	Significa que debe haber un intento mutuo de entender y desarrollar sentidos compartidos.
Comprensión desde dentro de la conversación	Entender es un proceso interpretativo (entender no significa estar completamente de acuerdo) y que la comprensión tiene que ver con el contexto.
Diálogo interno	Se dice que la conversación ocurre en el lenguaje pues al mismo tiempo que conversamos, preparamos y formamos nuestras respuestas.
Expansión y la expresión de lo no dicho	En terapia el recurso de lo no dicho y lo todavía no dicho alude a pensamientos y conversaciones internas, privadas del cliente. Incluye los pensamientos aún no formados, como los aún no hablados. La psicoterapia es un proceso de formar, decir y expandir lo no dicho y lo todavía no dicho – el desarrollo a través del diálogo, de nuevos significados, temas, narrativas e historias-.
Trasfondo de la conversación	Es importante porque el antecedente de todo diálogo es la presencia de un tercero invisible. Shotter cree que estamos vinculados en el dialogar y responder, tanto con acciones ejecutadas previamente, como con acciones anticipadas y posibles.

Pertenecer a la conversación	Tiene que ver con que ser respondido crea una sensación de pertenencia y conexión.
Intencionalidad compartida	Toda conducta es intencional, incluida una conversación. Si esto se analiza desde el construccionismo social, se tiene que la finalidad y la intención son relacionales, son construidas socialmente.

Por otro lado, es importante la **estructura de la conversación**, la cual deber ser espontánea y determinada momento a momento.

Diferentes aspectos prácticos como la organización del espacio, tomar notas o no, la forma en que se hacen las citas y el ambiente institucional pueden facilitar u obstaculizar el diálogo.

Tener una postura de cercanía donde el terapeuta se inclina hacia el paciente se traduce en interés hacia el otro, en un acompañamiento, en una conversación y un diálogo compartido (Anderson, 1999).

Asimismo, Harlene acostumbra escuchar atentamente a un miembro de la familia, de tal forma que los demás empiezan a escucharlo con igual atención. Anderson no se concentra tanto en el habla como en la escucha (Hoffman, 2001).

El terapeuta mantiene una posición de **“no saber”**, sin liderazgo, sin ideas preconcebidas. Lo que se pregunta o se propone se hace de manera tentativa.

Colocarse en el rol de experto reduce la terapia a técnicas. El terapeuta no tiene la verdad, ni un conocimiento superior. El “no saber” es una postura ética: yo no conozco mejor que el cliente como vive su vida. El terapeuta sólo es experto en crear un espacio para el diálogo y facilitar el proceso dialógico.

El “no saber” no implica que el terapeuta sea una pantalla en blanco, que no sabe nada o que no aplica lo que sabe. La posición no jerárquica del terapeuta no es pasiva, el terapeuta es activo, pero no directivo. Cliente y terapeuta se influyen mutuamente.

Anderson cree que el terapeuta debe ser **“público”**, con respecto a sus hipótesis, y juicios de valor. El ser “público” del terapeuta implica: no mantener escondida u oculta su conversación interna, compartir la conversación interior de manera respetuosa y tentativa.

La relación entre terapeuta y cliente se convierte en una asociación con **responsabilidad compartida** para contar, preguntar, interpretar y dar forma a las narrativas (Anderson, 1999, Anderson, 2001 y Anderson, 2005).

En este modelo se utilizan **preguntas conversacionales** formuladas desde una posición de “no saber” y que surgen de la conversación misma, pues no hay una guía de preguntas. Se sugiere que las preguntas sean en forma tentativa, en un lenguaje de sentido común y en sincronía con el tiempo del cliente (Anderson, 1999 en Almanza, 2007).

CONSIDERACIONES GENERALES

Con este enfoque se puede ver cómo la terapia ha evolucionado desde la modernidad hasta la posmodernidad, que no es un modelo, sino una crítica de la primera. Ha habido un cambio desde el terapeuta que pensaba que podía utilizar la razón y el saber para comprender una verdad objetiva hasta el terapeuta que

toma en cuenta la multiplicidad de voces porque no hay una sola verdad y que está dispuesto a ser “público” no sólo compartiendo lo que piensa sino aceptando retroalimentación y críticas.

El posmodernismo invita a examinar y re-imaginar nuestra cultura de psicoterapia y tradiciones y a tener una actitud escéptica hacia la naturaleza y significado de las palabras (Anderson, 2001).

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. HABILIDADES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS

La maestría en terapia familiar forma terapeutas con habilidades para detectar, evaluar y dar tratamiento a diversas problemáticas. Asimismo, se interesa por la prevención y por dar un tratamiento oportuno, con compromiso y ética profesional.

La formación incluye la supervisión bajo diferentes modelos terapéuticos y en diferentes sedes. Los modelos que se trabajaron fueron: modelo estratégico, modelo estructural, de terapia breve orientado a problemas, modelo de terapia breve orientado a soluciones, modelo de Milán; finalmente se aprendieron los modelos derivados del posmodernismo que incluyen el equipo reflexivo, el enfoque narrativo y el enfoque colaborativo.

1.1 INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES DE TRABAJO CLÍNICO POR FAMILIA

Como parte de la sexta generación se atendieron alrededor de 80 casos divididos en familiares, de pareja e individuales. Los motivos de consulta frecuentemente cambiaban de una sede a otra precisamente por el tipo de población que requería el servicio.

De manera general, las problemáticas que presentaron los pacientes atendidos por la sexta generación fueron:

- Problemas familiares:
 - Violencia intrafamiliar
 - Dificultades para comunicarse

- Problemas de pareja como:
 - Establecer acuerdos parentales
 - Infidelidad
 - Problemas para comunicarse
 - Violencia
 - Separación
 - Divorcio
 - Disfunciones sexuales

- Problemas con los hijos, como:
 - Conducta
 - TDAH
 - Límites
 - Enuresis
 - Bajo rendimiento escolar
 - Consumo de drogas o alcohol

Patrones Trigeneracionales de Violencia Intrafamiliar

- Intento de suicidio
- Anorexia

- Casos individuales:
 - Depresión
 - Ansiedad
 - Baja autoestima
 - Intento de suicidio
 - Dificultades para relacionarse con los demás
 - Celos
 - Toma de decisiones

Como terapeuta atendí 13 casos que a continuación se presentan en un cuadro, donde los nombres originales fueron cambiados por motivos de confidencialidad.

CUADRO 20: Familias atendidas como terapeuta

SEDE	NOMBRE	EDAD	NUM DE SESIONES	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	ESTADO ACTUAL	MODELO	MOTIVO DE CONSULTA	TERAPEUTA
MC	Benito	54	22	01/Mar/07	28/May/08	ALTA	Integración de modelos	El paciente solicitó el servicio porque su esposa deseaba divorciarse y él no estaba de acuerdo; asimismo le molestaba el "desaire" que ella le hacía. Además refería tener miedo a la soledad, es decir, le atemorizaba pensar que tenía que empezar una vida con otra persona o estar solo.	-Montero Pardo Xolyanezlin -Trejo Arteaga Ana Lilia -Villanueva Orozco Gerardo Benjamín Tonatiuh
GD	Brenda	28	8	20/Feb/07	19/Jun/07	ALTA	Terapia breve	Relacionarse bien con los demás, incluyendo su familia.	-Trejo Arteaga Ana Lilia -Alvarado Vázquez Aurora
HP	*Fam. Mendoza Villa	M: 36 P: 36 H: 9	21	22/Feb/07	01/Nov/07	ALTA	Modelo estratégico y estructural	La pareja fue remitida por el psiquiatra de su hijo, diagnosticado con depresión. El niño decía que su papá salía con otra señora. La pareja presentaba violencia física por parte de ella y violencia psicológica por parte de él. Gabriel dijo que su esposa era muy celosa.	-Trejo Arteaga Ana Lilia -Villanueva Orozco Gerardo Benjamín Tonatiuh
HP	Fam. Castro Miramontes	M: 42 P: 46 Ha: 17 Ha: 12 Ha.: 9	10	22/Mar/07	28/Jun/07	BAJA	Integración de modelos	La familia fue remitida por el psiquiatra de la hija menor. El motivo de consulta era que ésta peleaba mucho con sus hermanas. La pareja tenía 3 años de haberse separado. El padre sólo asistió a la última sesión. Cabe resaltar que se lograron avances significativos, pero se dio de baja por inasistencia después del periodo vacacional.	-Trejo Arteaga Ana Lilia -Villanueva Orozco Gerardo Benjamín Tonatiuh
HP	Fam. Herrera Márquez	M: 39 P: 41 Pa:40	32	03/May/07	14/Oct/07	ALTA	Integración de modelos	El adolescente diagnosticado con TDAH, le pidió a su psicóloga que enviara a su mamá a terapia porque	-Trejo Arteaga Ana Lilia -Villanueva

III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

CSP	Natalia	30	28	03/Oct/07	06/Nov/08	ALTA	Integrativo Modelo de soluciones, Modelo Narrativo y Modelo Dinámico Sistémico Integrativo	La paciente estaba deprimida y angustiada, deseaba sentirse bien sin medicamento. Desde que se casó "recayó" y se sentía triste.	-Trejo Arteaga Ana Lilia
CSP	*Fam. Santillán Rivera	M: 43 P: 42 Ho: 18 Ha: 16	10	04/Sep/07	19/Feb/08	ALTA	Milán	La familia entera acudió a preconsulta pero cada quien fue atendido por un entrevistador. La queja era que la hija había tenido "relaciones sexuales" con su primo, sin embargo ella dijo que éste la acariciaba sin su consentimiento. No obstante lo anterior, la familia decidió trabajar para que hubiera unión, estabilidad y comunicación. El padre ejercía tanto violencia física como psicológica hacia su familia.	-Trejo Arteaga Ana Lilia
HP	Fam. Campos Castañeda	M: 24 P: 38 Ho: 4 Ho: 2	13	30/Ene/08	14/Oct/08	ALTA	Integración de modelos	La esposa fue quien solicitó la terapia por constantes discusiones en la pareja, había violencia psicológica y hubo violencia física.	-Trejo Arteaga Ana Lilia -Villanueva Orozco Gerardo Benjamín Tonatiuh
MC	Ma. Elena	50	21	20/Feb/08	07/Oct/08	ALTA	Modelo de soluciones, Modelo Narrativo	Baja Autoestima	-Trejo Arteaga Ana Lilia
CSP	Fernanda	19	1	08/Abr/08	22/May/08	BAJA	Milán	Noviazgo inestable. Se le dio de baja porque dijo no querer continuar con el tratamiento porque no le gustaba que la cuestionaran (ya había dejado varias terapias por este motivo).	-Trejo Arteaga Ana Lilia

GD: Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila"
 MC: Centro Comunitario "Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro"
 HP: Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"
 *: Casos presentados en este reporte.

M: Madre
 P: Padre
 Pa: Padrastró
 Ha: Hija
 Ho: Hijo

1.1.1 CASO 1

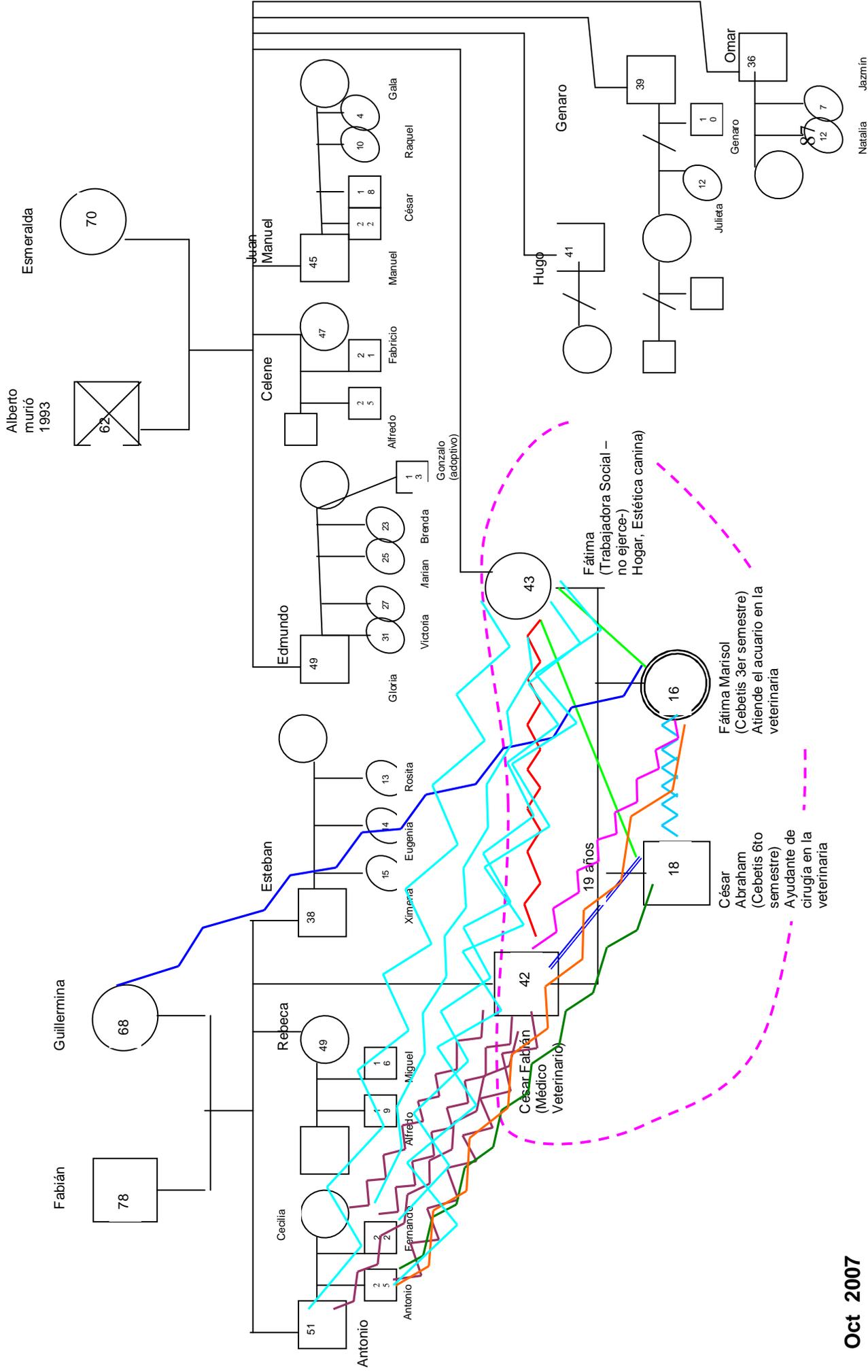
FAMILIA SANTILLÁN RIVERA

“Cuando me enojo y grito mi familia se asusta y reaccionan como –ratitas asustadas–”.
-César Fabián-

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- **MODELO TERAPÉUTICO UTILIZADO:** Milán.
- **NÚMERO DE SESIONES:** 10.
- **FECHA INICIO DEL TRATAMIENTO:** 04 de septiembre del 2007.
- **FECHA DE TÉRMINO:** 19 de febrero del 2008.
- **NOMBRE DE LA TERAPEUTA:** Ana Lilia Trejo Arteaga.
- **NOMBRES DEL EQUIPO TERAPÉUTICO:**
 - Aurora Alvarado Vázquez
 - Claudia Guadalupe Asunción Sánchez
 - Alicia Barrios Muñoz
 - Mauricio Francisco Carmona Arellano
 - Xolyanetzin Montero Pardo
 - Lizette Hayde Rodríguez Chica
 - Marla Naivi Toiber Rodríguez
 - Tonatiuh Villanueva Orozco
 - Aurora Villegas Cortez
- **SUPERVISORA:** Carolina Díaz-Walls Robledo.

II. FAMILIOGRAMA TRIGENERACIONAL



III. MOTIVO DE CONSULTA

La familia entera acudió a preconsulta, pero cada persona fue atendida por un entrevistador distinto. De manera general la queja era que Marisol había tenido “relaciones sexuales” con su primo. Ya en la terapia, Marisol dijo que su primo la acariciaba sin su consentimiento. La familia decidió trabajar para que hubiera unión, estabilidad y comunicación familiar; sin embargo, se descubrió que había violencia intrafamiliar, la cual fue necesario abordar.

IV. DIAGNÓSTICO FAMILIAR

Antes de empezar el trabajo con la familia Santillán Rivera, se hizo una evaluación que incluía ciertas categorías a continuación descritas:

A. Hipótesis circular

- Si la hija se siente abandonada por los padres, entonces buscará una manera de llamar su atención y/o de buscar un vínculo que no encuentra en casa.

Cuando se encontró que la familia era un caso de violencia intrafamiliar se planteó la siguiente hipótesis circular:

- Si César Fabián no encuentra en Fátima la dote afectiva que esperaba, entonces reaccionará con violencia repitiendo lo que vivió en su familia de origen (patrones trigeneracionales de violencia intrafamiliar).

B. Definición del problema (naturaleza de la disfunción)

- ✓ **Rigidez-flexibilidad:** existía rigidez en los roles de pareja, pues César Fabián era el que siempre tomaba las decisiones (ya sean de pareja o de familia). Por lo anterior, se puede decir que César Fabián ejercía una jerarquía superior como esposo y además como padre. Asimismo, había rigidez en la jerarquía según roles de género, ya que Marisol y Fátima se encargaban de labores con menor status en la veterinaria. Por otro lado, existía rigidez en cuanto a “lo sucedido” entre Fernando y Marisol pues se tenía una idea generalizada de que habían tenido relaciones sexuales cuando en realidad Fernando tocaba a Marisol sin el consentimiento de ésta.
- ✓ **Paciente identificado:** Marisol era la paciente identificada al inicio, sin embargo en la primera sesión se distribuyó el síntoma y la pareja refirió que ellos ya tenían problemas y que lo sucedido con su hija sólo fue un detonante.
- ✓ **Alianzas y coaliciones:** padre e hijo tenían una coalición en contra de Marisol, pues el segundo se encargó de informarle a su padre acerca de los mensajes (vía celular) que Fernando le enviaba a Marisol. Asimismo, César Abraham le ha dicho a su hermana que “es buena para las camas” y le ha demostrado su enojo por “lo ocurrido” entre Fernando y ella asustándola al conducir bruscamente.
- ✓ **Reglas:** una regla es que no puede haber relaciones sexuales entre miembros de la familia (lo cual es un rasgo sano). Otra regla es que cuando el padre habla se le debe contestar; no obstante, la familia se atemoriza ante los gritos de César Fabián y en lugar de contestar se quedan callados.

C. Función de la conducta problemática en el sistema (pautas y conducta)

De acuerdo a la hipótesis: si la hija se siente abandonada por los padres, entonces buscará una manera de llamar su atención y/o de buscar un vínculo que no encuentra en casa; la función de la conducta problemática es: lo que sucedió entre Marisol y su primo vino a unir a la familia, ya que Fátima se encontraba en Oaxaca y ahora la pareja estaba unida para atender los problemas de su hija. En el caso de César Abraham, éste había quedado encubierto con la conducta de su hermana por lo que sus padres no le habían dado tanta importancia a que fuera mal en la escuela, por centrarse en lo que sucedió con Marisol y su primo.

D. Hipótesis de la familia acerca de por qué ocurre el problema

César Fabián cree que lo que pasó entre Marisol y Fernando fue por rebeldía de ella, aunque también mencionó que esto es común en nuestros tiempos y que cuando se tienen antecedentes “uno se queda con la espinita”, refiriendo que su hermano Antonio (padre de Fernando) tuvo relaciones sexuales con una prima. Tanto Fátima como César Fabián creen que su sobrino se aprovechó de la situación y que abusó de su hija. No obstante César Fabián culpa a Fátima de lo ocurrido por haber estado en Oaxaca. Finalmente Marisol considera que lo que pasó fue algo muy malo.

E. Hipótesis del impacto del problema en la estructura de la familia

- Dado que se supone que Marisol tuvo “relaciones sexuales” con Fernando, entonces la mamá permanecerá en casa y se reforzará la alianza entre padre e hijo.

F. Hipótesis del impacto del problema en el proceso de la familia

- Si Marisol tiene “relaciones sexuales” con Fernando, entonces esto funcionará como detonador para que se exacerben las problemáticas tanto de pareja como familiares (falta de unión, estabilidad y comunicación; así como la violencia intrafamiliar y la transmisión intergeneracional de la carencia).

- ✓ **Evolución del problema, ¿cómo se conformó?** los problemas de pareja (violencia y falta de comunicación) ya existían antes de lo ocurrido con Marisol y esto fue sólo un detonante. Fátima reportó que las peleas con su esposo se dieron desde que estaba embarazada de su hijo y que llegó a golpearla, por lo que se había ido a Oaxaca con sus padres en repetidas ocasiones. Asimismo, en esta familia había violencia verbal de César Fabián hacia los demás. A lo largo del proceso terapéutico se vio que tanto Fátima como sus hijos vivían en una situación de miedo ante la violencia de César Fabián, lo cual hacía que se les “olvidaran” las cosas, situación por la que se quejaba el padre. Fátima había reportado que cuando su esposo gritaba, le

empezaba a latir muy rápido el corazón, a Marisol le dolía la cabeza y César Abraham prefería evadir la situación.

- ✓ **Historia de las relaciones de la familia:** la sesión 4 permitió observar las relaciones circulares. Se investigó cómo fue la comunicación en la familia de origen de César Fabián y éste destacó que entre sus padres siempre ha habido gritos y que incluso en la actualidad continúan peleando, lo cual señaló como un patrón que a pesar de que en algún momento dijo que “no lo iba a hacer” ahora está repitiendo. El padre de César Fabián los golpeaba y él se sentía como “ratón asustado” e incluso alguna vez intervino para defender a su madre. Asimismo, César Fabián contó que en su familia lo responsabilizaron desde los 14 años, ya que su padre no sabía manejar y él era quien se encargaba de eso, aunado a que su madre le pedía que cuidara de su hermano Antonio, al cual acompañaba a fiestas para cuidar que no bebiera tanto.

Con respecto a Fátima se encontró que desde su familia de origen acostumbraba pedir permiso y ahora continuaba con ello, lo cual le molestaba mucho a su esposo e incluso a sus hijos. César Abraham comentó en la sesión 5 que su mamá era como su hermana y que no tenía autoridad ni decisión. Lo anterior habla de un comportamiento dependiente y fuera de una jerarquía funcional por parte de Fátima.

Asimismo, se encontró que Fátima ya sufría violencia en su familia de origen, pues su mamá, al igual que ahora lo hace su esposo, “la pendejeaba”.

V. RESUMEN DEL CASO

SESIÓN 1: 04/septiembre/07

Personas convocadas: César Fabián, Fátima, Fátima Marisol y César Abraham.
Personas que asistieron: César Fabián, Fátima, Fátima Marisol y César Abraham.

La familia presentaba violencia intrafamiliar según datos obtenidos en las diversas preconsultas, razón por la cual la pareja había tenido 4 separaciones en las cuales Fátima se había ido a Oaxaca con sus padres.

Ya en la primera sesión, el padre refirió que siempre habían tenido problemas de pareja, pero que en octubre del 2006 fue lo “peor”: mientras su esposa se había ido a Oaxaca, César Abraham revisó el celular de Marisol y descubrió que su primo Fernando (de 22 años) le escribía mensajes. César Fabián comentó: “cuando uno tienen antecedentes se queda con la espinita” y contó que su hermano Antonio tuvo relaciones sexuales con una de sus primas. El padre también agregó que después de “lo sucedido” entre su hija y Fernando, el empezó a beber. Además refirió que su hijo había perdido un año en la escuela, pero al parecer no se le dio mayor importancia pues se enfocaron en “lo sucedido” entre Marisol y su primo.

Los golpes más fuertes que Fátima ha recibido fueron cuando su esposo le abrió la ceja y le dio unas patadas. César Fabián agregó que en su relación no hay comunicación y que los golpes eran por problemas económicos. Fátima subrayó: “me decía que era floja y que no apoyaba económicamente”. Los hijos intervenían en los problemas de pareja, César Abraham en una ocasión fue por su madre a Oaxaca y Marisol la defendió en una pelea.

SESIÓN 2: 02/octubre/07

Personas convocadas: César Fabián, Fátima, Fátima Marisol y César Abraham.
Personas que asistieron: César Fabián, Fátima, Fátima Marisol y César Abraham.

La familia acordó trabajar en este espacio terapéutico para que hubiera unión, estabilidad y comunicación. Se trabajó con la pareja para al final hacer un cierre con toda la familia.

Fátima refirió que desde que eran novios su esposo la juzgaba. César Fabián subrayó que en la actualidad toma la iniciativa y que Fátima “estaba envuelta” (se deja manejar), lo cual le ha ido dando el poder para tomar decisiones. El paciente dijo tener el manejo de su familia, lo cual llega a ser molesto porque siente que Fátima es como su hija.

Se encontró una pauta trigeracional que se repite: Fátima acostumbraba pedir permiso cuando era soltera y ahora de casada esto sigue sucediendo con César Fabián. *Otra pauta que se repite* es que el hermano mayor de César Fabián tuvo relaciones sexuales con una prima y ahora la familia cree que Fernando y Marisol también estuvieron a punto de tenerlas.

Respecto a lo anterior, se sabe que los padres de Fernando culparon a Fátima por haber estado en Oaxaca, al igual que César Fabián quien comunicó lo sucedido a la familia extensa de ambos.

SESIÓN 3: 16/octubre/07

Personas convocadas: César Fabián, Fátima, Fátima Marisol y César Abraham.
Personas que asistieron: César Fabián, Fátima, Fátima Marisol y César Abraham.

Todos los miembros de la familia coincidieron en que deseaban que desapareciera la violencia tanto física como verbal.

El papá insistió en que le gustaría que su familia dijera cómo deseaba comunicarse.

Fátima refirió que a su esposo “de un tiempo para acá (15 días) se le suelta la mano”, que le jaló la oreja porque le dio de comer una palanqueta a un perro.

La palabra “ahorita”, es utilizada con frecuencia por esta familia y funciona como un “encendedor” para César Fabián que lo lleva a enojarse, gritar y actuar con violencia.

Posteriormente se trabajó solamente con Marisol, quien comentó que el motivo por el que su familia asistió a terapia fue por “lo que le pasó” (refiriéndose a Fernando) y por los problemas entre sus padres. Marisol refirió tristeza al hablar de “lo ocurrido” porque en esa época Fátima estaba en Oaxaca y su primo se “aprovechó” (llora) y le dijo que “lo tenía a él”, “era mi

“refugio” cuando mi mamá estaba en Oaxaca”. Fernando la tocaba sin su consentimiento y ella tenía miedo de decirlo. Cuando sus padres se enteraron (por medio de César Abraham) ella se sintió muy aliviada, pero después intentó suicidarse (tomando pastillas). Su abuela (madre de César Fabián) la culpó por haber “separado a la familia”. Refirió que lo que más les interesaba a sus padres es que no hubiera tenido relaciones sexuales, lo cual no sucedió. A la única que le comentó todo fue a su mamá. César Abraham la molestaba diciéndole que “era buena para las camas”.

SESIÓN 4: 30/octubre/07

Personas convocadas: César Fabián, Fátima, Fátima Marisol y César Abraham.
Personas que asistieron: César Fabián, Fátima, Fátima Marisol y César Abraham.

César Fabián señaló que a su hijo “se le olvidó” conseguirle un teléfono que le había pedido. Este comentario fue similar al de la sesión anterior respecto a que a su familia “se le olvida todo”.

Fátima dijo que al igual que a su hijo, a ella también se le olvidan las cosas, cuando su esposo le grita, le empieza a latir muy rápido el corazón y se siente muy tensa lo que hace que se le olviden las cosas.

César Fabián cree que cuando se enoja y grita su familia se asusta y reaccionan como “ratitas asustadas” paralizándose y “olvidando todo”.

A Marisol le duele la cabeza y se siente molesta cuando su papá les grita. César Abraham prefiere evadir la situación, sin embargo, anteriormente se asustaba al grado de paralizarse.

César Fabián pudo identificar que cuando se enoja “se crece” y empieza a levantar la voz y las manos. Cuando siente que ya no puede controlar su enojo es cuando vienen los golpes.

La comunicación en la familia de origen de César Fabián siempre ha sido caótica, entre sus padres siempre ha habido gritos, incluso actualmente continúan peleando (otro patrón trigeneracional que se repite), por lo que César Fabián cree que la comunicación caótica es un patrón que se está repitiendo.

César Fabián refirió que su papá los golpeaba y que se sentía como “ratón asustado” e incluso al igual que sus hijos y esposa, solía olvidar lo que su padre le pedía por el miedo que sentía. Asimismo, el paciente refirió haber defendido a su madre de los golpes que le daba su padre.

El paciente fue parentalizado desde los 14 años, él era quien conducía el auto y cuidaba de su hermano Antonio cuando iba a alguna fiesta.

Dentro de las estrategias que le han funcionado a César Fabián para controlar su violencia es “contar hasta 10”, pero sólo cuando no está “tan enojado”.

SESIÓN 5: 13/noviembre/07

Personas convocadas: César Fabián, Fátima, Fátima Marisol y César Abraham.
Personas que asistieron: César Fabián, Fátima, Fátima Marisol y César Abraham.

El padre dijo que necesita que su familia le diga cómo se siente; en ese momento lo interrumpió César Abraham (fue la primera vez que se observó que

contradecía a su papá) aclarando que cada uno ya lo había dicho en la sesión pasada.

César Fabián insistió en que tiene que repetirle a su familia lo que tienen que hacer.

Respecto a la historia en la familia de origen de Fátima, la paciente refirió que le pide permiso a su esposo porque está acostumbrada a hacerlo (“aunque eso no está bien”), ya que así era en su familia y en una ocasión que no lo hizo, su esposo se molestó.

Sus hijos le han dicho que no le pida permiso a su papá y que sólo le avise a dónde va. César Abraham opinó que su mamá nunca ha tenido autoridad y que son como hermanos. A Marisol también le ha sucedido que si no pide permiso, su papá enoja.

En la familia de Fátima, su mamá “era la voz de mando” mientras que su padre era “débil” y alcohólico, la madre le reclamaba porque bebía y él sólo se salía de la casa para no pelear. La madre de Fátima le decía que era una “pendeja”, al igual que lo hace César Fabián (“pendeja naciste y pendeja te vas a morir”, “mientras no cambies los golpes no van a parar”).

El hermano mayor de Fátima era como el padre y junto con sus demás hermanos la ofendían a ella y a su hermana. El padre de Fátima era tranquilo y ella siempre quiso ser así.

César Fabián mencionó que ha tenido que tomar el poder (“aunque hacerlo de manera violenta no fue lo más adecuado”), porque no quería que sus hijos fueran inseguros como su esposa.

SESIÓN 6: 11/diciembre/07

Personas convocadas: César Fabián, Fátima, Abraham.
Personas que asistieron: Fátima, Fátima Marisol y César Fabián que llegó de improviso 45 minutos tarde.

César Abraham no asistió porque estaba haciendo su servicio social y el papá no quiso venir, Fátima cree que su esposo no está dispuesto a cambiar, pues no hizo la tarea (ser firme sin asustar) ya que hace 2 semanas la golpeó porque no veía resultados y “ella sólo decía lo que le convenía”. En el lapso de tiempo que no han asistido, César Fabián la ha golpeado 8-10 veces (cachetadas, jalones del cabello y patadas).

Fátima refirió que cuando sus hijos iban a la primaria, su esposo le decía que era un “parásito” y que tenía que aportar a la economía familiar, por lo que se dedicó a vender ropa. La paciente obtuvo su título en una ocasión que se fue a Oaxaca porque su esposo la había golpeado mucho, sin embargo, en la actualidad no ejerce porque no tiene contactos en el D. F. y cree que por su edad sería difícil.

Marisol preferiría que sus papás se separaran a que él la siguiera golpeando, agregó que estos días ha intervenido para que su papá no golpee a su mamá.

Fátima dijo ya no tener fuerzas para aguantar y que si lo hace es porque tiene la esperanza de que las cosas mejoren y no se ha ido a Oaxaca porque no tiene dinero. Marisol estaría dispuesta a irse con ella, pero tiene miedo

porque cuando lo hizo su padre la regañaba por todo. César Abraham le ha dicho a Fátima que si desea irse la apoya y que se va con ella, siempre y cuando no regresen porque eso lo haría “quedar mal” enfrente de su padre. Fátima agregó que cuando se ha ido a Oaxaca le ha avisado a sus hijos.

Respecto a las redes de apoyo, Fátima cree que quizá su suegra puede hablar con César Fabián para que no la golpee o con su suegro, aunque éste último resulta cuestionado por César Fabián porque también lo golpeaba.

Posteriormente se atendió solamente a César Fabián quien reconoció que estos días ha habido golpes, argumentó que su familia no hace lo que se le pide en terapia y que ellos tienen la culpa porque lo “encienden”. Dijo que se le dificulta controlar su ira y que está enfermo (es diabético), que los corajes le hacen daño y que su familia no lo ve.

El paciente cree que su pretexto para ser violento es su ira y que detrás del enojo porque su familia no le hace caso respecto a su enfermedad, siente que no lo comprenden y que no se preocupan por él.

César Fabián se comprometió a no golpear a su esposa de ésta a la siguiente sesión.

SESIÓN 7: 08/enero/08

Personas convocadas: César Fabián, Fátima, Abraham.
Personas que asistieron: Fátima, Fátima Marisol y César Fabián. César Abraham no asistió por su servicio social.

La primera parte de la sesión se atendió a César Fabián, Fátima y Marisol, posteriormente sólo a éstas dos últimas.

César Fabián reportó que durante este tiempo sólo le dio un empujón y jaloneo a su esposa. Reportó que logró controlar su ira distrayéndose (viendo la televisión, jugando en la computadora o saliéndose de casa).

Marisol percibió un cambio en su padre. Fátima mencionó que su esposo estaba contrariado y le dio a entender que ya no la iba a golpear. César Fabián se observaba avergonzado y a la vez comprometido.

SESIÓN 8: 22/enero/08

Personas convocadas: César Fabián y Fátima.
Personas que asistieron: César Fabián y Fátima.

Primeramente se atendió a César Fabián y después a Fátima. César Fabián reportó que no había habido golpes y que sólo gritó el día anterior porque se desesperó al ver cosas tiradas, no obstante, continuó señalando a su esposa: “se te bota porque sabes que me molesto”.

César Fabián dijo estar en un juego que quiere cortar, pues “ya vio que su esposa no va a cambiar” y que el que tiene que cambiar es él.

El paciente dijo que no goza golpeando y no desea que la violencia se transmita a sus hijos como a él se la transmitieron.

Tal como lo muestra el modelo de Milán, se encontró que el paciente tiene necesidades infantiles no satisfechas y que esperaba que Fátima le proporcionara apoyo tanto económico como sentimental, asimismo esperaba

comprensión y que se anticipara a sus sentimientos, pues refirió que en su familia no hablaban. El paciente aceptó que buscó en Fátima lo que no tuvo en su familia de origen y al no obtenerlo presenta ira que se desencadena en un golpe.

Cree que Fátima esperaba que él le diera seguridad (lo que ella careció en casa).

Fátima reportó que su esposo “va bien, sólo de repente se exalta”. Él le ha dicho que no ve cambios en ella, no obstante ella sí los percibe (estar más al pendiente de los clientes de la veterinaria), incluso Marisol se lo ha dicho.

Cuando se casó con César Fabián, la paciente deseaba respeto y cooperación, ya que César Fabián es muy machista y cree que su función es sólo ser proveedor.

Por otro lado, la paciente comentó que ha visto cambios en su hijo, pues ha estado estudiando más y que por su parte ha estado más alerta en cuanto a la violencia, pues desea estar preparada.

SESIÓN 9: 12/febrero/08

Personas convocadas: Personas que asistieron:
César Fabián, Fátima, Fátima.
Fátima Marisol y César
Abraham.

Fátima comentó que su esposo no quiso asistir porque dijo no ver ningún cambio. Comentó llorando que su esposo ha estado teniendo un comportamiento violento y que a pesar de que no la ha golpeado como antes, ya no aguanta la situación, pues ese día le propinó una patada, asimismo la ha jaloneado, le ha gritado y le ha dicho: “sólo sirves para la cama”.

Hace una semana que Fátima tomó la decisión de irse a Oaxaca pues ya no desea que su esposo la siga maltratando.

Fátima refirió que en ocasiones anteriores que se ha ido a Oaxaca su esposo le ha rogado para que regrese o incluso la ha amenazado con suicidarse, sin embargo, en una ocasión ella no cedió ante sus amenazas y le dijo que dejara la pistola. La paciente se sentía segura en ese momento pues estaba trabajando.

Marisol le ha dicho que se vaya y que ella la alcanzará, pero que no le comente sus planes a César Abraham, pues puede decírselo a su padre (una vez su hijo tomó el dinero que tenía para impedir que se fuera a Oaxaca).

Por otro lado, la paciente se mostró temerosa, pues refirió que su esposo le ha dicho que ella dice lo que le conviene en la terapia.

Fátima tiene a una cuñada que vive cerca y que puede fungir como red de apoyo en caso de que su esposo se mostrara violento.

SESIÓN 10: 19/febrero/08

Personas convocadas: Fátima.
Personas que asistieron: César Fabián, Fátima, Fátima Marisol y César Abraham.

César Fabián refirió no haber asistido la sesión pasada para “castigar” a su esposa porque no ve que cambie. No obstante, aceptó que hubo gritos o empujones de su parte.

El paciente repitió que su familia no lo comprende, que está tratando de cambiar y que ellos no ponen de su parte, especialmente su esposa a quien “se le olvidan las cosas”.

Marisol, César Abraham y Fátima dijeron que no se habían dado cuenta que detrás de la ira de César Fabián estaba la necesidad de que le preguntaran por su salud.

César Fabián no trajo su tarea respecto a escribir qué hay detrás de su ira.

NOTA: el tratamiento terminó en la sesión 10, porque Fátima llevó a cabo su decisión y se fue de casa, al parecer llevándose consigo a Marisol. Lo anterior se supo a través de César Fabián, pues se les hizo una llamada telefónica para confirmar la siguiente cita, a la cual el paciente se negó a asistir pues refirió que su esposa se había ido llevándose a uno de sus hijos consigo (se piensa que es Marisol) y que él no deseaba asistir porque ya tenía otra pareja.

VI. RESUMEN DEL TRABAJO TERAPÉUTICO

- **Hipótesis: se comprobaron ambas hipótesis circulares:** a) al sentirse la hija abandonada por sus padres, buscó un vínculo que no encontraba en casa y b) al no encontrar César Fabián la dote afectiva que esperaba de Fátima, reaccionó con violencia repitiendo lo que vivió en su familia de origen (patrones trigeneracionales de violencia intrafamiliar).

-**Transmisión intergeneracional de la carencia:** se encontró que la violencia del padre están relacionada con su historia en su familia de origen donde él era un “ratón asustado” ante un padre que los golpeaba.

Respecto a Fátima, se vio que su dependencia en su relación de pareja es un patrón que se repite, pues en su familia de origen ella estaba acostumbrada a pedir permiso. Asimismo, su relación de pareja era violenta tal como lo fue la vivencia que tuvo en su familia de origen.

Por otro lado, las expectativas (dote afectiva) que tanto Fátima como César Fabián tenían cuando se casaron no habían sido cubiertas en su relación de pareja. César Fabián deseaba que su esposa lo apoyara tanto económica como sentimentalmente, esperaba comprensión y que se anticipara a sus sentimientos. Fátima por su parte, esperaba que su esposo fuera respetuoso y cooperador.

- **Neutralidad:** se establecieron alianzas con todos y se les dio un espacio para que cada uno expresara su sentir. Cuando se revisaban las tareas se les daba un espacio a cada miembro de la familia validando sus aportaciones. Se le

preguntaba a cada uno que era lo que habían escuchado acerca de lo que dijeron los demás. Se validó lo que cada uno decía con respecto a su vivencia del miedo que les producía César Fabián y se escuchó cómo éste último percibía la situación.

La neutralidad fue difícil en la sesión que César Fabián llegó de improviso, primeramente se trabajó con madre e hija creando un ambiente de confianza donde pudieron expresar cómo se sentían por los golpes de César Fabián hacia Fátima. Posteriormente se elogió a César Fabián por su capacidad para reconocer que golpeaba a Fátima, pero enfatizando que se trataba de una situación grave que estaba repitiendo, tal y como su padre lo golpeaba cuando era niño.

Posteriormente, la terapeuta y el equipo se situaron en posición de **equicercanía** (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999) cuando Fátima trató en sesión individual su situación ante la violencia de su esposo y al ser la receptora se hizo una alianza para hablar de su decisión de irse a Oaxaca y de las instituciones en las que podía apoyarse.

- Técnicas del Modelo de Milán

- **Connotación positiva:** se connotó positivamente a la familia por haber asistido a terapia y se **distribuyó el síntoma** diciendo que cada uno vive situaciones diferentes (Fátima los golpes de su esposo, él lo que siente por lo que pasó entre su hija y Fernando, ésta última lo que vive por “lo sucedido” y César Abraham porque perdió un año en la escuela).

Se hizo una connotación positiva de la actitud de la familia subrayando su interés por mejorar su comunicación enfatizando que el decir lo que sienten ayuda a mejorar la comunicación, pues tenían dificultades para expresar lo que sentían ya que César Fabián con su violencia hacía que “se les olvidara” todo.

- **Cuestionamiento circular:** se le preguntó a cada miembro de la familia su opinión acerca de lo que los otros decían. También se usó para ver qué era lo que César Fabián pensaba acerca de la relación entre Fátima y sus padres y lo que esta última opinaba acerca de los reclamos de César Fabián hacia su hermano y su cuñada cuando lo sucedido entre Marisol y Fernando. Se le preguntó a Fátima su opinión respecto a lo que había pasado entre su hijo y su esposo (que César Fabián decía que a su hijo “se le olvidó” conseguirle un número telefónico) y se encontró que a ella también “se le olvidan” las cosas. A César Abraham se le preguntó cómo ha observado que tanto su hermana como su madre reaccionan antes los gritos de su padre.

También se usó el cuestionamiento circular para preguntarle a Fátima cómo veía la problemática entre su esposo e hijo respecto al miedo que éste siente.

Se les preguntó tanto a César Abraham como a Marisol qué opinaban de que su mamá le pidiera permiso a su papá.

Cuando asistieron Fátima y Marisol solamente, se le preguntó a ésta última qué opinaba de que su papá le pegara a su mamá.

- **Preguntas a futuro:** cuando Fátima decidió irse de su casa se le pidió que imaginara que ya lo había hecho y que visualizara qué tendría que ser diferente

(en comparación con otras ocasiones en que se ha ido a Oaxaca) para que funcionara respecto a su protección y a la de su hija y en relación a qué tendría que hacer para que su esposo no la convenciera de regresar con él, para no ceder ante sus amenazas de suicidio e incluso para trabajar en Oaxaca.

* **Separación entre el subsistema parental/conyugal del subsistema fraterno:** no es una técnica específica como tal, pero es importante destacar que el Modelo de Milán plantea la separación de subsistemas primeramente para desresponsabilizar a los hijos de las problemáticas entre los padres y en segundo lugar para favorecer la solidaridad en la fratría.

Lo que se hizo en esta familia, fue una división de subsistemas para trabajar en ocasiones con la pareja y en otra con Marisol a solas o con Fátima y Marisol o en su defecto con César Fabián o Fátima a solas. Lo anterior permitió además trazar un límite entre el subsistema parental y el fraterno, ya que Fátima parecía formar parte de éste último (recuérdese que César Abraham incluso refirió que su mamá era como su hermana).

Cuando se trabajó con Fátima y con Marisol fue importante que la primera percibiera su propio sufrimiento en su relación de pareja para que posteriormente pudiera dejar de reaccionar con sufrimiento y ser un modelo menos deprimente para su hija.

Por otro lado, el objetivo cuando se trabajó solamente con Fátima fue reconocer su propio sufrimiento en su familia de origen y en su relación actual, lo cual permitió que valorara la gravedad de la relación violenta que estaba viviendo y la importancia de ponerse a salvo.

Asimismo, los espacios que se tuvieron solamente con César Fabián lograron que éste reconociera tanto la violencia sufrida en su familia de origen, como la que actualmente ejercía hacia su esposa e hijos.

Cuando se trabajó con la pareja se vio cómo desde el noviazgo Fátima era juzgada por César Fabián y como en la actualidad él mismo admitía tener el poder y “manejar” a su familia (lo cual hizo notorio la violencia).

Se exploraron:

- **Pautas trigeneracionales:** se exploró la repetición de eventos en la familia nuclear y en la familia de origen. Se les preguntó a los padres si sus experiencias de violencia en sus familias de origen servirían para aprender y no repetirlas.

Se aclaró “lo que pasó” entre Fernando y Marisol y se abordó cómo se sentía Marisol al respecto. Se le preguntó cómo fue que Fernando pasó de ser su “refugio” a “aprovecharse” de ella.

- **Sufrimiento de los padres en la familia de origen:** se le preguntó a César Fabián cómo había sido la comunicación en su familia de origen permitiendo que la familia completa fuera testigo del sufrimiento vivido (como plantea el modelo de Milán, el padre/madre, en este caso César Fabián no podrá reconocer el sufrimiento del hijo hasta que sea capaz de reconocer su propio sufrimiento).

También se investigó cómo fue la historia de Fátima en su familia de origen, se le preguntó si solía pedir permiso como su esposo había referido y también se

encontró que tanto en su familia de origen como en la actual es depositaria de humillaciones.

Se cuestionó a César Fabián cómo lo afectó la violencia que vivió en casa. Se le preguntó a Marisol, a César Abraham y a Fátima si alguna vez habían notado que detrás de la ira de César Fabián estaba la necesidad de que le preguntaran por su salud.

- **Elección de pareja:** se cuestionó tanto a Fátima como a César Fabián sobre cuáles eran sus expectativas cuando se casaron. El paciente, como anteriormente se dijo; deseaba apoyo económico y sentimental, comprensión y que se anticiparan a sus sentimientos. Fátima esperaba que César Fabián la respetara y que cooperara en los quehaceres de la casa.

Otras técnicas:

- **Enfoque (modelo estructural):** se señaló que una constante en las peticiones de la familia era que disminuyera la violencia tanto física como verbal.

Se enfatizó que existen diferentes maneras de comunicarse y se les pidió que practicasen qué ofrecen y qué piden para que la comunicación mejore.

- **Metáfora (utilizada en diversos modelos):** se dijo que cada miembro de la familia es un engrane con diversas problemáticas y que para que haya unión, estabilidad y comunicación familiar todos los engranes deben de embonar. Otra metáfora fue de un estudiante que al momento de la prueba se le olvida todo porque el profesor es muy exigente.

Se utilizó una metáfora para confrontar la violencia de César Fabián: se narró un accidente de autobús donde el conductor había bebido y llevaba prisa, por lo que chocó contra un auto y provocó la muerte de una familia. El conductor se defendía diciendo que la familia que murió tuvo la culpa porque él llevaba prisa y no lo dejaron pasar: ¿el conductor del autobús tenía razón? Esta última metáfora tenía por objetivo **cambiar ciertas representaciones**, de acuerdo al protocolo de tratamiento de la violencia castigo (Perrone y Nannini, 1997), para mostrar la violencia como equivalente de destrucción.

- **Indicadores del cambio (modelo centrado en problemas):** lista de cómo se darían cuenta de que en su familia ya hay unión, estabilidad y comunicación; y qué podrían hacer para que éstas se den.

- **Confrontación:** a César Fabián respecto a si ¿tendría otra manera de reaccionar que no fuera con violencia? Se le preguntó cómo se siente cuando grita y se recalcó la inutilidad de esta estrategia para comunicarse. Lo anterior tuvo como finalidad **cambiar su sistema de creencias** de acuerdo al protocolo de tratamiento de la violencia castigo (Perrone y Nannini, 1997). Lo anterior también tiene que ver con lo que plantea el modelo de Milán respecto a la introducción de información en el sistema familiar.

Se cuestionó a Fátima acerca de qué es lo que la hace permanecer en la relación a costa de los golpes y hasta cuándo está dispuesta a aguantar, lo cual tuvo como objetivo modificar su posición en el sistema.

Se confrontó a César Fabián respecto a si solía “olvidar” lo que su padre le pedía por el miedo que sentía (al igual que le pasa a su familia cuando él les grita). Se le preguntó si alguna vez había defendido a su madre de los golpes como en alguna ocasión su hija lo hizo con Fátima.

Se confrontó a la pareja preguntándole si se pueden combinar los roles: con respecto a Fátima ser firme como su mamá y tranquila como su papá y César Fabián ser firme sin asustar.

Se confrontó a César Fabián preguntándole si su esposa e hijos son los únicos responsables de hacer cambios, ya que la terapia familiar implica a los 4 para que todo engrane bien (lenguaje de César Fabián).

Utilizando la historia personal de César Fabián se le confrontó acerca de si los golpes que su padre le daba a su madre y a él se justificaban por su consumo de alcohol.

Se confrontó a César Fabián acerca de su capacidad para controlar su ira.

- **Elogio (modelo de soluciones):** se elogió a César Fabián por su capacidad para reconocer que golpea a su esposa y que no tiene control de su ira, lo cual indica un cambio urgente.

Por otro lado, se elogió a Fátima (lo cual sirvió para reforzar su autoestima) por haberse titulado y en otro momento por haber tomado la decisión de ponerse a salvo de la violencia de César Fabián. Asimismo, se respaldó su decisión de irse a Oaxaca, para **hacerla conocer su dignidad** (protocolo de tratamiento de la violencia castigo, según Perrone y Nannini, 1997), ya que la alianza con su esposo en ese momento era imposible.

- **Redefinición (modelo centrado en problemas):** de los golpes de César Fabián por falta de control en su ira y no porque su familia lo merezca, lo cual transformó el problema en algo suyo y no de su familia.

- **Reconocer y ampliar el cambio (modelo de soluciones):** se le preguntó a César Fabián qué fue lo que hizo para controlar su ira (cuando logró disminuir los golpes).

Cuando la paciente tomó la decisión de irse a Oaxaca se exploró cómo fue que tomó esta decisión, qué la orilló a hacerlo, por qué no la había llevado a cabo, qué la hizo desistir anteriormente y regresar a casa.

- **Recursos (modelo de soluciones):** para reforzar los recursos de la paciente, se le preguntó qué hizo y qué pensó para no ceder ante la amenaza de suicidio de su esposo cuando ella estaba en Oaxaca.

Manejo de la violencia:

- **Estrategias para controlar la violencia:** se le preguntó a César Fabián cuáles eran las estrategias que le habían funcionado para controlar su violencia (por ejemplo el “tiempo fuera”) y se le pidió que las pusiera en práctica.

- **Empatía:** se le pidió a César Fabián que pensara si el sentir de su familia se parecía a lo que él sentía cuando su padre lo golpeaba.

Se le solicitó además elaborar una lista, por un lado de las reacciones de miedo que observa en su familia (a causa de su violencia) y por otro de los cambios que puede generar en su conducta ser firme sin asustar.

Se utilizó la historia personal del paciente como herramienta para buscar empatía por lo que sienten su esposa e hijos ante la violencia de él, en base a lo que él mismo vivió en su familia de origen. Asimismo, se mostró empatía por la historia tan difícil que vivió César Fabián, haciendo hincapié en que ello no justifica sus acciones.

- **Poner a salvo a los receptores de la violencia:** se le preguntó a Marisol qué opinaría si su madre se fuera de nuevo y si se iría con ella. Se le preguntó a la paciente si se llevaría con ella a sus hijos a Oaxaca. Lo anterior sirvió para reforzar el rol materno.

- **Redes de apoyo:** se cuestionó a Fátima y a su hija acerca de sus redes de apoyo para una posible emergencia. En otro momento se les pidió a Fátima y a Marisol que hicieran una agenda con números de personas que les pudieran ayudar.

- **Leyes:** se hizo explícito que hay leyes que defienden a las personas que sufren violencia y que lo que estaba sucediendo era una situación muy grave, por lo que se consideraba importante ayudar a todos los miembros de la familia.

Se le proporcionó a Fátima un número telefónico de una institución que la podía ayudar proporcionándole refugio en lo que encontraba la manera de irse a Oaxaca. Se le informó que antes de irse debía levantar un acta, para que su esposo no la acusara de abandono de hogar.

- **Manejo de sentimientos:** se cuestionó a César Fabián sobre qué hay detrás del enojo porque no le haga caso su familia (sentirse incomprendido, no se preocupan por él). Se le pidió a César Fabián que escribiera lo que sentía cuando estaba iracundo, es decir qué hay detrás de ese sentimiento.

- **Consecuencias de la violencia:** se trabajó respecto a los sentimientos que la violencia ejercida por César Fabián generaba en su familia (temblor, parálisis, enojo, que se les olviden las cosas, etc.), para enfatizar cómo su ira no le permite ver lo que sienten los demás.

- **Logros:**

Se logró distribuir el síntoma en cada uno de los miembros de la familia, ya que de inicio la paciente identificada era Marisol.

Se aclaró “lo sucedido” entre Marisol y su primo preguntándole a la paciente qué fue lo que pasó y se encontró que ella y Fernando no tuvieron relaciones sexuales, que él la tocaba sin que ella estuviera de acuerdo (abuso sexual) y que no se lo había dicho a sus padres por miedo a que la reprendieran.

Se pudo comprobar la hipótesis que se tenía al principio del tratamiento: al sentirse la hija abandonada por sus padres, buscó un vínculo que no

encontraba en casa, el cuál lo halló en Fernando quien era su “refugio”; según palabras de Marisol, antes de que la acariciara sin su consentimiento.

Lo anterior indica que la falta de intimidad en la familia perturbó la comunicación, lo que originó que Marisol estuviera desprotegida.

Se descubrieron algunos *patrones trigeneracionales* que se repetían (se detallaran en la sección 1.2 de análisis y discusión teórico metodológico): la *violencia*, incesto (Antonio con su prima y Fernando con Marisol, que también era su prima), la parentalización de los hijos (de César Fabián, de César Abraham y del hermano de Fátima), el pedir permiso (Fátima lo hacía en su familia y lo repite de nuevo con su esposo) y que tanto en su familia de origen como en la actual Fátima era depositaria de humillaciones.

Se logró que los padres reconocieran el sufrimiento vivido en sus familias de origen y que los hijos fueran testigos de las experiencias vividas (sin efecto en la disminución de la violencia).

Uno de los logros más importantes fue que César Fabián reconoció que se le dificultaba controlar su ira, lo cual depositaba la responsabilidad en él y no en su familia; pero no tuvo tiempo de asimilar su responsabilidad y aprender a ejercerla.

Asimismo, cada miembro de la familia fue capaz de reconocer qué reacciones fisiológicas tenían ante el miedo que les causaba César Fabián con su violencia.

Tal como lo muestra el modelo de Milán, se encontró que César Fabián tenía necesidades infantiles no satisfechas y que esperaba que Fátima le proporcionara apoyo tanto económico como sentimental, comprensión y que se anticipara a sus sentimientos. El paciente aceptó que buscó en Fátima lo que no tuvo en su familia de origen y al no obtenerlo presentaba ira que se desencadenaba en un golpe. Lo anterior, ayudó a confirmar la hipótesis respecto a la violencia: al no encontrar César Fabián la dote afectiva que esperaba de Fátima, reaccionó con violencia repitiendo lo que vivió en su familia de origen; lo cual tiene que ver con los patrones trigeneracionales de violencia.

Respecto a Fátima, se encontró que cuando se casó con César Fabián, la paciente deseaba respeto y cooperación, lo cual no tuvo en su familia de origen y tampoco encontró con su esposo.

Fue muy importante hacer notar que las reacciones de Fátima, Marisol y César Abraham eran de miedo, tenían en común el sentirse paralizados y “olvidar” las cosas porque estaban como “ratitas asustadas”, lo cual se encontraba relacionado con cómo se sentía César Fabián cuando su papá le pegaba y era un “ratón asustado” (patrón trigeneracional de violencia que se repite), sin embargo ahora pasó de ser el asustado al que asusta. Lamentablemente, César Abraham podría repetir el patrón de violencia, al igual que en la actualidad mostraba una identificación machista de género al ser intrusivo en la intimidad de Marisol (al revisarle su celular) y de su madre (al tomar el dinero que ella tenía para irse a Oaxaca).

Por otro lado, durante la sesión cinco se observó por primera vez que el hijo enfrentó al padre, mostrando una conducta hacia la equidad (“sí lo dijimos, cada uno dijo cómo se sentía”), cuando el padre dijo no recordar cómo se sentía su familia cuando les inflingía miedo (a él también se le “olvidan” las cosas). La pauta de reacción de toda la familia, es decir, paralizarse ante la violencia de César Fabián; daba origen a una pérdida de contacto y de comunicación.

Para la sesión ocho la violencia había disminuido, aunque César Fabián aún no controlaba del todo su ira, pues había gritos y golpes de menor grado que antes. El paciente parecía comprometido sino con su familia, consigo mismo para no estresarse desatando su ira. Marisol opinaba que su mamá si mostraba cambios aunque su papá dijera que no.

Fátima reportó que su hijo estaba estudiando más y que ella por su parte había estado más alerta en cuanto a la violencia, lo cual parece el cambio más significativo, pues a partir de este la paciente tomó la decisión de salir de casa y ponerse a ella y a su hija a salvo; lo que implicó una recuperación de su autoestima colocándose en una posición más asertiva.

VII. CONCLUSIONES

Esta familia fue un caso grave de violencia donde existía una fuerte coalición entre el padre y el hijo contra la madre y la hermana y los estereotipos de género estaban muy marcados.

Era urgente el control de ira por parte de César Fabián, pero en lo que esto sucedía fue útil que Fátima y también sus hijos buscaran redes de apoyo. Mientras Fátima decidía separarse o no de César Fabián, fue necesario empoderarla para que pudiera defenderse de alguna manera. Se utilizó la posición de equicercanía de la terapeuta y el equipo.

Fátima logró tomar consciencia de la gravedad de la violencia que sufría y de adquirir herramientas para estar alerta, reconocer personas que pudieran ayudarla y finalmente hacer un plan y llevarlo a cabo para poner a salvo a su hija y a sí misma; recuperando de tal forma su autoestima y asertividad.

De acuerdo a Perrone y Nannini, (1997) la salida de Fátima y Marisol del ámbito de la violencia constituye una salida de evitación en la relación complementaria, de tal forma que la madre se alió con su hija para cambiar la situación colocándose en una posición superior a César Fabián.

Como propuesta, queda señalar algunas líneas de trabajo de acuerdo al modelo de Milán. Si a pesar de que Fátima y Marisol ya no estaban en casa, César Fabián y César Abraham hubieran continuado en terapia hubiera sido urgente trabajar para interrumpir los *patrones trigeracionales de violencia* y reducir la posibilidad de que en un futuro César Abraham repitiera lo que alguna vez vivió. Se pudo haber hecho hincapié para que padre e hijo tuvieran una alianza que permitiera que cada uno se desarrollara de acuerdo a su posición en el sistema. Hecho lo anterior se rompería el juego y César

Abraham dejaría de ser utilizado como arma contra Fátima y Marisol (disminución o eliminación de la instigación).

Se pudo asimismo, haber trabajado para que César Fabián controlara su ira, dejara de parentalizar a su hijo, de transmitirle una actitud machista y proporcionarle un mejor estilo de apego.

Si se hubiera podido continuar con la alianza con César Fabián, de acuerdo a la propuesta comunicacional de Perrone y Nannini, el tratamiento hubiera girado en torno a cambiar las representaciones de violencia del paciente, hacer un cambio en su sistema de creencias, integrar un regulador, es decir, una instancia exterior que actuara como inhibidor de la violencia, una vez interiorizada. Asimismo, era muy probable que César Fabián sintiera coraje, rencor, etc., hacia Fátima (e incluso hacia Marisol) por haberse ido, lo cual hubiera sido necesario trabajar.

Otra línea de trabajo hubiera sido si Fátima y Marisol hubieran podido continuar con el tratamiento después de salirse de casa, la propuesta según el modelo de Milán hubiera sido en torno a generar un apego seguro para Marisol. Fátima hubiera tenido que trabajar para proporcionarle a su hija una imagen no deprimente.

De acuerdo a Perrone y Nannini se hubiera podido continuar con el cambio en la representación que Fátima tenía de sí misma y se hubieran podido reforzar las redes de apoyo de ambas.

1.1.2 CASO 2

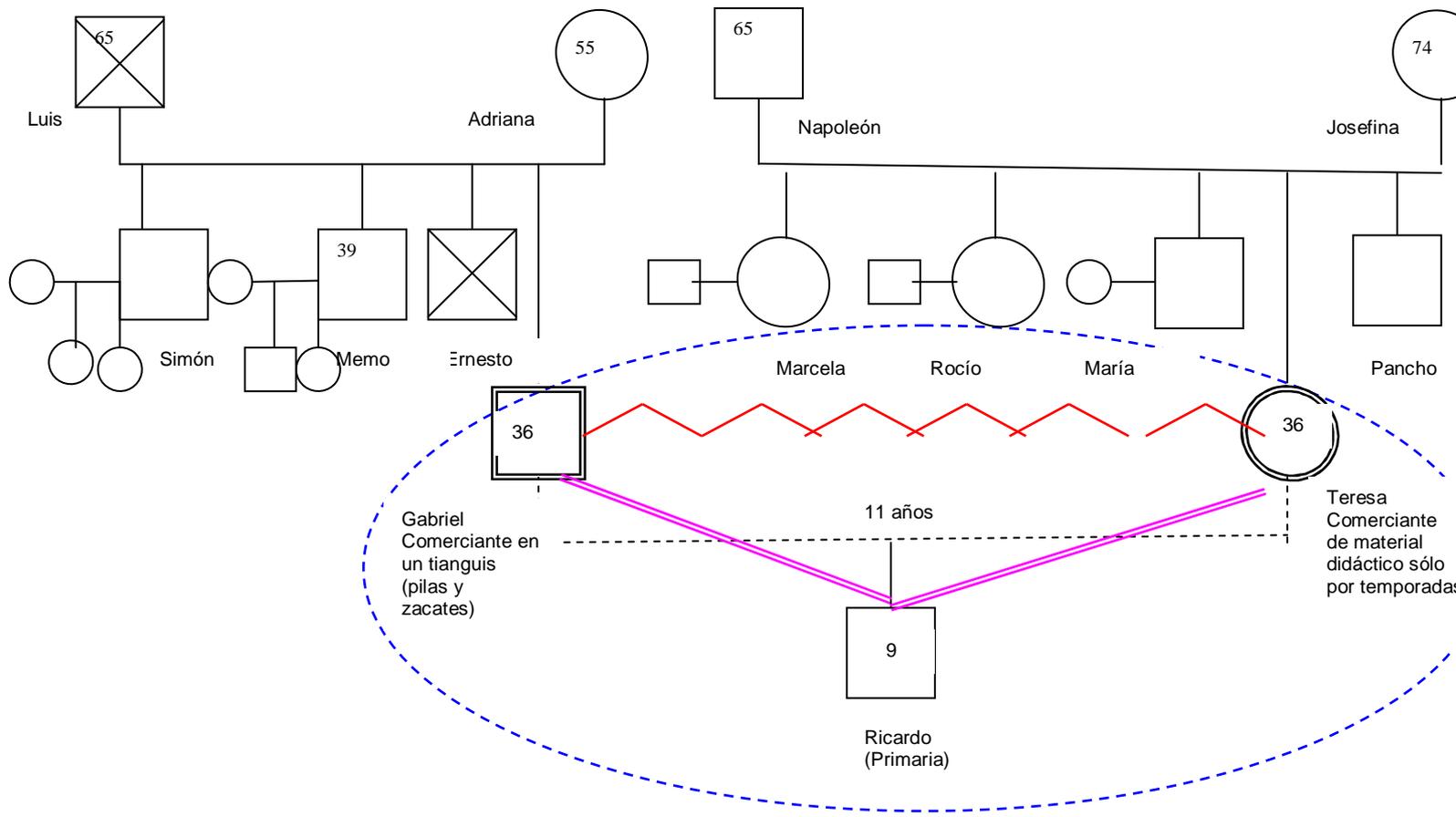
FAMILIA MENDOZA VILLA

“De nada sirve vivir con un hombre que no me quiere y me somete. Para mí la vida hoy es maravillosa”.
-Teresa-

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- **MODELO TERAPÉUTICO UTILIZADO:** Estructural y estratégico.
- **NÚMERO DE SESIONES:** 21.
- **FECHA INICIO DEL TRATAMIENTO:** 22 de febrero del 2007.
- **FECHA DE TÉRMINO DEL TRATAMIENTO:** 01 de noviembre del 2007.
- **NOMBRE DEL TERAPEUTA:** Ana Lilia Trejo Arteaga y Tonatiuh Villanueva Orozco.
- **SUPERVISOR:** R. Silvia Becerril Cervantes.

II. FAMILIOGRAMA TRIGENERACIONAL



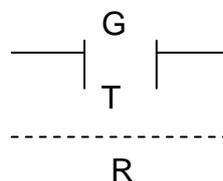
III. MOTIVO DE CONSULTA

La pareja fue canalizada por el psiquiatra del niño quien asistía al Hospital Psiquiátrico porque presentaba depresión. La razón de que el psiquiatra remitiera a la pareja fue porque Ricardo decía que su papá tenía una relación con otra señora. Cuando la pareja se presentó a sesión argumentaron que en la relación existía violencia física y psicológica, la primera de Teresa hacia Gabriel y la segunda por parte de ambos. Asimismo Gabriel dijo que Teresa era muy celosa.

V. DIAGNÓSTICO FAMILIAR

Antes de empezar el trabajo con la familia Mendoza Villa, se hizo una evaluación diagnóstica:

- **Etapas del ciclo vital:** familia con hijo pequeño
- **Límites o fronteras:** los límites al **interior** del sistema familiar eran difusos porque había violencia. Con el **exterior** los límites eran difusos también, ya que Gabriel se quejaba de que la familia de Teresa se entrometía en la relación.
- **Jerarquía:** al parecer ambos gozaban de la misma jerarquía, sin embargo la balanza solía inclinarse más hacia Gabriel.
- **Alianza:** existía una alianza positiva entre Teresa y Ricardo.
- **Coalición:** cuando Teresa y Gabriel tenían alguna discusión el niño solía hacer coalición con su mamá.
- **Triángulo:** cuando se daban las discusiones entre Teresa y Gabriel, Ricardo quedaba triangulado.
- **Geografía:** la familia en general era unida.
- **Territorio:** Teresa era la persona que tenía la figura central en la familia.
- **Mapa estructural**



- **Análisis de las interacciones de cada subsistema**
 - **Subsistema conyugal:** existía una relación simétrica, donde había reclamos constantes, peleas, discusiones, etc.
 - **Subsistema parental:** este subsistema cumplía con sus funciones repartiendo la crianza a Teresa y el rol de proveedor a Gabriel.

- **Resonancia del sistema:** la manera de relacionarse de Teresa y Gabriel había repercutido en Ricardo, pues cuando presenciaba las peleas entre sus padres llegaba a formar parte de ellas.
- **Redes de apoyo:** para Teresa su principal red de apoyo era su familia, cosa que al parecer no funcionaba igual con su esposo.
- **Sistema de creencias**
 - Gabriel: las cosas del pasado ya están en el pasado.
- **Síntoma:** violencia intrafamiliar y depresión en su hijo.
- **Hipótesis sistémica (cuál es la función del síntoma en el sistema familiar)**

Si Ricardo está deprimido, entonces sus padres se preocuparán por él y dejarán de pelear.

PLAN DE TRATAMIENTO

- **Lista de los problemas encontrados en la familia**
 - Existía violencia tanto física como psicológica en la relación conyugal.
 - Comunicación problemática entre Teresa y Gabriel (se interrumpen al hablar, se gritan, etc.).
 - Ricardo estaba triangulado y en ocasiones intervenía en las peleas de sus padres golpeándolos; lo cual le había originado depresión.
 - Al parecer los celos de Teresa eran producto de la infidelidad de Gabriel.
 - Baja autoestima de Teresa e incluso depresión que hacía tiempo estaba tratando con medicamentos.
- **Transformación de los problemas en objetivos de trabajo**
 - Eliminar la violencia de la relación de pareja para que Ricardo deje de estar triangulado y exista una relación de respeto.
 - Promover una relación de convivencia más cordial y respetuosa en pareja.
 - Promover una mejor comunicación entre la pareja, de tal forma que se pidan las cosas de manera directa.
 - No traer al presente cosas del pasado, pues eso lleva a la pareja a pelear continuamente.
 - Que Teresa incremente su autoestima.
 - Que Ricardo se comunique sin golpes.
- **Jerarquización de los objetivos de trabajo**
 - Que Teresa y Gabriel eliminen la violencia de su relación conyugal.
 - Que Ricardo deje de estar triangulado.
 - Que la pareja se comunique de manera directa.
 - Que la pareja no traiga al presente cosas del pasado.
 - Que Teresa incremente su autoestima.
 - Que la familia mantenga una relación de respeto.
 - Que la pareja muestre a Ricardo un modelo de familia más funcional y armónico.

V. RESUMEN DEL CASO

SESIÓN 1: 22/febrero/07 **Personas convocadas:** Teresa y Gabriel. **Personas que asistieron:** Teresa y Gabriel.

Los problemas entre Gabriel y Teresa se presentaban desde tres años atrás. Ricardo había presenciado cuando sus padres discutían e incluso cuando existía violencia física, donde Teresa le pegaba a Gabriel para tratar de desquitar su coraje cuando se ponía celosa.

Durante esta primera sesión la pareja estaba muy enojada, se interrumpían constantemente y levantaban el tono de voz. Teresa refirió que era muy celosa y que su esposo era muy "sociable" por lo que le hacía reclamos constantes ya que sospechaba que la engañaba. Asimismo, existían cosas del pasado que sacaban a la luz, por ejemplo, Teresa se ponía celosa de las ex novias de Gabriel.

Teresa fue diagnosticada con Virus del Papiloma Humano (VPH). Ninguno de los dos está seguro de continuar con la relación.

SESIÓN 2: 01/marzo/07 **Personas convocadas:** Teresa y Gabriel. **Personas que asistieron:** Teresa y Gabriel.

En esta ocasión la pareja no se interrumpió al hablar e incluso estuvieron muy sonrientes.

Se observó una actitud positiva de ambos miembros de la pareja hacia el bienestar de la relación, principalmente por su hijo.

SESIÓN 3: 08/marzo/07 **Personas convocadas:** Teresa y Gabriel. **Personas que asistieron:** Teresa y Gabriel.

La pareja reportó una mejoría en la relación y dijeron que Ricardo se había dado cuenta de ello. Decidieron continuar con la relación (Gabriel tomó la iniciativa y Teresa aceptó). Gabriel quería cambiar pues dijo que cuando se enoja se aleja de los demás. Teresa por su parte dijo que se le dificultaba olvidar los celos que le había hecho sentir su esposo).

Se revisaron las ventajas y desventajas de una separación, tanto desde el punto de vista de Teresa, como desde el de Gabriel.

SESIÓN 4: 15/marzo/07 **Personas convocadas:** Teresa y Gabriel. **Personas que asistieron:** Teresa, Gabriel y Ricardo.

Se estableció rapport con Ricardo, quien estaba bien enterado de la situación de sus padres y habló con mucha facilidad al respecto. Se observó una relación estrecha con la madre y una demanda de atención del padre. Ricardo notó un cambio en la relación entre sus padres a partir de que los tres asistieron al hospital. Dijo que cuando sus padres se peleaban, él solía separarlos y hasta llegó a golpear a ambos para que dejaran de discutir, situación que lo hacía sentir muy triste pero nunca se los dijo. Gabriel y Teresa se dieron cuenta de la tristeza de su hijo y decidieron llevarlo al hospital.

SESIÓN 5: 22/marzo/07 **Personas convocadas:** Teresa y Gabriel. **Personas que asistieron:** Teresa y Gabriel.

Ambos miembros de la pareja destacaron que en los últimos días ambos habían sido más tolerantes y respetuosos. No obstante su tolerancia y respeto se limitaba sólo a escuchar al otro.

Respecto a la educación de Ricardo, Gabriel mencionó que teme que no le haga caso a partir de que ya no lo golpea y se ha dado cuenta que no es suficiente con pagar las cuentas en la casa, sino que necesita brindarle atención a su familia.

SESIÓN 6: 29/marzo/07

Personas convocadas: Teresa y Gabriel. **Personas que asistieron:** Teresa, Gabriel y Ricardo.

Ricardo mencionó que ve a sus papás “mejorados”, pero que su papá aún le grita.

La familia cree que para tener una mejor convivencia familiar lo que les ha funcionado es asistir al hospital y aceptar que tienen errores.

Respecto a la tarea, de la sorpresa, Teresa se dio cuenta que Gabriel cooperó más en las labores de la casa, mientras que Gabriel dijo que su esposa siempre hace cosas para él, pero que no se había dado cuenta.

La pareja mencionó que las cosas que requieren para mejorar su relación son: tolerancia, respeto, confianza, reconocer los errores propios, no alejarse, hablar las cosas y pensarlas antes de hablar para que no dañen a otro.

En una escala del 1-10 donde el 1 es estar mal y el 10 haber resuelto su problemática, la pareja reportó sentirse en el cero cuando llegaron y en el 7 u 8 para esta sesión.

SESIÓN 7: 26/abril/07

Personas convocadas: Teresa y Gabriel. **Personas que asistieron:** Teresa y Gabriel.

Tanto Teresa como Gabriel reportaron que han estado bien en el aspecto de pareja. Teresa ya no ha mostrado violencia física, sólo ha habido gritos. Gabriel se mostró incrédulo ante el cambio de Teresa.

En el ámbito parental Teresa mencionó que se desespera cuando hace la tarea con Ricardo y cree que no es constante con respecto a su firmeza. Por su parte, Gabriel cree que a su hijo le está costando trabajo adaptarse a las nuevas reglas (obedecer sin que le griten).

Teresa mencionó que últimamente ha negociado con Ricardo para que ya no se duerma con ellos (lo que ocurre esporádicamente) y le han prometido que si lo hace le comprarán una lapicera que desea. Creen que otra manera de recompensar a Ricardo, sin que sea materialmente hablando sería convivir con él.

SESIÓN 8: 03/mayo/07

Personas convocadas: Teresa y Gabriel. **Personas que asistieron:** Teresa y Gabriel.

La primera parte de la sesión se trabajó acerca de la educación de Ricardo (explicarle las cosas, dar incentivos y ser firme).

La pareja mencionó que Ricardo no durmió con ellos, pero no le compraron la lapicera que quería porque en la escuela le dieron una (tampoco le explicaron por qué no lo hicieron).

Teresa mencionó que habrá que explicarle más cosas a Ricardo con respecto a su persona, pues no le gusta bañarse, ni cepillarse los dientes.

Con respecto a la pelea que se les había prescrito de tarea, mencionaron que discutieron acaloradamente, pero sin gritar ni insultarse.

SESIÓN 9: 17/mayo/07 **Personas convocadas:** Teresa y Gabriel. **Personas que asistieron:** Teresa y Gabriel.

Gabriel mencionó que Teresa “tuvo uno de sus arranques” porque él llegó tarde a recogerla al hospital, lo que ocasionó que ella se enojara y lo chantajeó con irse de la casa. Ricardo tomó partido solidarizándose con su mamá. Teresa se mostró preocupada y cree que su comportamiento tuvo que ver con que hace mes y medio dejó de tomar su medicamento para la depresión.

SESIÓN 10: 31/mayo/07 **Personas convocadas:** Teresa y Gabriel. **Personas que asistieron:** Teresa.

La paciente refirió que tuvo una pelea el día anterior con su esposo y cree que se debe a su estado depresivo pues eso la hace sentir intranquila y alterada. Teresa reportó que desde hace 10 días está tomando nuevamente el medicamento y cree que por eso en esta discusión no hubo violencia y sólo “lo platicaron”. La paciente insistió en que ella es la que “está mal”.

Cuando se confrontó a Teresa acerca de si su relación ya no funcionaba la paciente se mostró nerviosa y dijo que nunca ha corroborado sus sospechas de que Gabriel le es infiel pero cree que con esto se están lastimando.

SESIÓN 11: 07/junio/07 **Personas convocadas:** Teresa y Gabriel. **Personas que asistieron:** Teresa, Gabriel y Ricardo.

La familia completa dijo que han estado bien. Teresa refirió haber tomado el medicamento para la depresión y sentirse más tranquila, asimismo, dijo que no ha habido reclamos.

Gabriel por su parte refirió que “batallan mucho con la desconfianza, y que para que haya confianza tiene que haber comunicación”. Teresa agregó que lo que le genera desconfianza es que Gabriel le dice que no va a ir a determinado lugar y lo termina haciendo.

Con respecto a la tarea de la pelea estructurada, la pareja reportó que no la hicieron pues “no tuvieron tiempo” de discutir, además de que Teresa no reclamó nada.

Teresa dijo que cuando Gabriel grita ella le avisa que lo está haciendo, y que a ella también le serviría que él hiciera lo mismo.

En cuento a lo parental, la madre mencionó que su hijo sí se ha bañado, aunque ha sido más difícil con el cepillado de los dientes.

SESIÓN 12: 14/junio/07 **Personas convocadas:** Teresa y Gabriel. **Personas que asistieron:** Teresa y Gabriel.

Teresa refirió que su esposo muestra más disposición a decirle a dónde va y él no siente más la necesidad de darle explicaciones.

Con respecto a la tarea de regularse los unos a los otros, Teresa le señaló a Gabriel que le estaba gritando a su hijo. Gabriel mencionó que su hijo no respeta la autoridad y está confundido con respecto a la educación de su

hijo “ya que es un niño y va bien a la escuela por lo que no merece que se le limite”.

Por otro lado, la pareja mencionó que su hijo ya se baña con más frecuencia.

Teresa mencionó que ella y su esposo necesitan más coordinación como padres.

SESIÓN 13: 02/agosto/07 **Personas convocadas:** **Personas que asistieron:**
Teresa y Gabriel. Teresa y Gabriel.

Los pacientes habían faltado y Teresa confesó que Gabriel no quiso asistir a la última sesión, éste titubeante dijo que el tratamiento si le había servido porque ya no había habido violencia, sin embargo han estado distantes como pareja porque desde hace dos meses no han tenido relaciones sexuales.

La paciente expresó no querer continuar con la relación. Gabriel se quejó diciendo que Teresa lo ha hecho sentir culpable por el contagio del VPH y que sigue en la relación por miedo a la reacción de ella.

SESIÓN 14: 09/agosto/07 **Personas convocadas:** **Personas que asistieron:**
Teresa y Gabriel. Teresa.

La paciente refirió que su esposo no quiso asistir a la sesión y cree que es porque le rehúye al tratamiento del VPH. Agregó que su esposo ya no le interesa y que lo que quiere es “estar bien” porque “siempre ha estado atendida a él”.

Teresa confesó que cuando ha tomado sus propias decisiones lo ha hecho a escondidas de su esposo y cuando hace un comentario él se burla de ella.

SESIÓN 15: 23/agosto/07 **Personas convocadas:** **Personas que asistieron:**
Teresa y Gabriel. Teresa.

Teresa comentó que Gabriel se ha acercado a platicar pero solamente con respecto a su rol parental (los útiles, la comida, etc.) e incluso ha estado recogiendo a Ricardo en la escuela, como antes lo hacía. La situación anterior tiene muy confundida a Teresa.

Las situaciones en que Teresa ha tomado sus propias decisiones tienen que ver con ir a trotar, comprarle ropa a su hijo y escogerla ella misma e ir al doctor; aunque a su esposo le moleste. No obstante, la paciente minimiza lo anterior diciendo que han sido muy pocas ocasiones en las que ha tomado sus propias decisiones.

SESIÓN 16: 13/septiembre/07 **Personas convocadas:** **Personas que asistieron:**
Teresa y Gabriel. Teresa.

La paciente decidió salirse de su casa el 10 de septiembre porque su esposo le dijo que no la quería y que él no tenía la iniciativa para irse de la casa.

Acordaron que él pagaría la renta y ella se encargaría de la comida, para lo cual ya vio algunas opciones de empleo.

Ricardo no sabía nada de la separación, Teresa no sabía cómo explicárselo y Gabriel no le quería decir “para no lastimarlo”.

Teresa expresó preocupación ya que dijo no poderle ofrecer a Ricardo lo mismo que Gabriel, por lo que cree que si Gabriel no se va de la casa ella solamente vería al niño de viernes a domingo.

Teresa no regresaría con Gabriel porque sabe que no cambiaría. Agregó que nunca había estado tan segura de la decisión y que algo que le ayudaría a ser constante en su decisión es conseguir trabajo y ser firme en lo que decidió.

SESIÓN 17: 27/septiembre/07 **Personas convocadas:** Teresa. **Personas que asistieron:** Teresa.

La paciente encontró trabajo en un tianguis como vendedora de calcetines. Ricardo está a la defensiva y culpa a Teresa de la separación “porque es muy celosa”. Tanto Teresa como Gabriel platicaron de manera separada con Ricardo, Teresa le explicó que se iban a separar porque no se llevaban bien, pero que iban a estar con él.

Gabriel ya se fue de la casa y se encarga de cuidar al niño por las tardes mientras Teresa trabaja, asimismo se ponen de acuerdo para ir a dejarlo y/o a traerlo a la escuela.

Teresa refiere sentirse bien y cree que la separación no le ha afectado. Todavía hay maltrato psicológico por parte de Gabriel hacia ella, ya que la ofende y se porta indiferente, lo cual todavía le afecta.

Gabriel le ha estado comprando muchas cosas al niño, lo cual hace sentir a Teresa en desventaja.

La paciente refirió que nada podría echar a perder su firmeza, que esto ha sido difícil pero no imposible.

SESIÓN 18: 04/octubre/07 **Personas convocadas:** Teresa. **Personas que asistieron:** Teresa.

Teresa ha dormido menos porque ha tenido muchas actividades, no obstante cree que esto es positivo ya que cuando estaba deprimida solía dormir más.

Cada padre platicó con el niño acerca de la separación. Ricardo ha estado mejor, ya no ha culpado a Teresa y ha dicho que sin su papá están mejor. Teresa ha pasado más tiempo con su hijo e incluso ha seguido haciendo actividades que antes realizaba, por ejemplo ir a trotar por las mañanas.

Teresa y Gabriel ya establecieron acuerdos parentales entre los cuales está que Teresa estará con Ricardo de lunes a viernes y los fines de semana Gabriel se encargará de él, además de ayudarlo a hacer la tarea entre semana.

La plática con Gabriel se dio de manera tranquila y ya no involucraron la parte de pareja.

Teresa mostraba dudas de que Gabriel se llevara al niño ya que lo ha hecho sin avisarle, pero refirió que si Ricardo quisiera irse a vivir con Gabriel ella lo aceptaría.

Teresa dijo haber ganado mucho con la separación (ventajas), ya que no tiene presiones respecto al dinero, tiene más libertad y ya no se siente en desventaja con respecto a lo que Gabriel le pueda dar al niño (“yo le puedo dar otras cosas que no son materiales”).

SESIÓN 19: 18/octubre/07 **Personas convocadas:** Teresa. **Personas que asistieron:** Teresa.

La paciente mencionó que en su trabajo las ventas han estado bajas y que eso la ha motivado para poner un negocio. Cabe resaltar que Gabriel le da semanalmente dinero para la manutención del niño.

Ricardo ha mejorado mucho, al igual que ella está más tranquilo, ya no le grita tanto y tampoco la ha culpado por la separación.

Ricardo le comentó a Teresa que Gabriel se iba a ir a trabajar a Yucatán y quería que se fueran con él, sin embargo la paciente le aclaró que ellos ya tienen una vida aparte y el niño lo tomó bien.

La paciente ha observado que otros, además de su hijo, se han dado cuenta que las cosas han cambiado, e incluso mucha gente la ha felicitado por haber dejado a Gabriel.

Teresa empezó a tener el mando de su propia vida tomando la decisión de tener un negocio propio, de defender su punto de vista ante Gabriel y sentirse satisfecha porque pensaba que no iba a poder solventar sus gastos, sin embargo, lo ha hecho.

SESIÓN 20: 25/octubre/07 **Personas convocadas:** Teresa. **Personas que asistieron:** Teresa.

Teresa percibe que la relación como padres ha mejorado y no se cierra ante la posibilidad de tener una futura pareja y aceptar que Gabriel también la tenga.

Los **cambios** que la paciente percibió fueron: principalmente su separación, ser más comprometida consigo misma y con su hijo, lograr cosas que sentía que no podía hacer (como ir al cine con Ricardo), no estar limitada económicamente, ser más segura de si misma, hacer lo que se propone (como ir al cine), y otras cosas aunque no se lo proponga, mejorar su relación con Ricardo, no ser sumisa, abnegada y dependiente y tomar sus propias decisiones sin tener miedo ni angustia.

A la paciente le gustaría seguir estudiando ya que siempre quiso ser enfermera (incluso ya ha visto opciones de escuelas, lo cual cree que podría llevar a cabo dentro de un año cuando se establezca más económicamente y cuando Ricardo crezca).

La paciente finalizó diciendo: *“para mí la vida hoy es maravillosa”*.

SESIÓN 21: 01/noviembre/07 **Personas convocadas:** Teresa, Gabriel y Ricardo. **Personas que asistieron:** Teresa, Gabriel y Ricardo.

Tanto Teresa como Gabriel dijeron que su relación como padres es buena y que ahora platican sin pelear y pueden ponerse de acuerdo en cuestiones parentales como hacer las tareas e ir a la escuela por Ricardo.

Ricardo dijo que le molestaría menos que a pesar de que su papá “anduviera con Doña Ángela”, lo aceptara y que no la llevara a las actividades escolares.

A pesar del enojo y la tristeza que sintió Ricardo, se dio cuenta que sus padres tienen una mejor relación pues han dejado de pelear.

VI. RESUMEN DEL TRABAJO TERAPÉUTICO

- **Técnicas del Modelo estructural (Minuchin)**
- **Modificación de los constructos cognitivos, utilización de símbolos universales:** se trabajaron las ventajas y desventajas de continuar con la relación, así como de separarse. Se les pidió que pensarán qué necesitaban para tomar la decisión de continuar o no en la relación de pareja.
- **Enfoque:** se destacaron algunas repercusiones que podía tener para su hijo la violencia en la relación de pareja.
- **Intensidad, repetición del mensaje:** se señaló que independientemente que la relación fuera buena o mala ello influirá en Ricardo. Asimismo, se les dijo que era necesario ser firmes en las peticiones, recompensas y castigos. Se repitió el mensaje respecto a que como pareja les ha faltado comunicación, constancia y trabajo mutuo para resolver los problemas, por ejemplo ser responsable con el tratamiento del VPH. Cuando la pareja ya se había separado se resaltó el derecho de Teresa de perdonar a su esposo pero se subrayó la necesidad de tomar en cuenta las características de su relación. Se hizo una diferencia entre actividades parentales y actividades de pareja subrayando el peligro de que las primeras se confundieran con las segundas. Se resaltó la importancia de respetar la petición de Ricardo acerca de no llevar a Doña Ángela a las actividades escolares.
- **Modificación de los constructos cognitivos, consejo profesional:** lo más conveniente es que exista una buena relación, ya sea que continúen como pareja o que se separen pero en buenos términos.
- **Escenificación, modalidades alternativas de interacción:** en el área parental se le pidió a Gabriel que pensara de qué manera podía ser firme con Ricardo y que observara cuáles eran las cosas que le habían funcionado a Teresa con respecto a la educación de su hijo. Además se les pidió que felicitaran a Ricardo por las cosas que hacía bien y que hicieran lo mismo entre ellos. También se les pidió que le exigieran a Ricardo que se bañara, recompensándolo cuando lo hiciera y que le explicaran por qué no le dieron la lapicera que quería y que fueran constantes y firmes con él. Para ayudarse los unos a los otros a regular su comportamiento se le solicitó a cada miembro de la familia que avisara al otro cuando estuviera empezándose a enojar, cuando fuera a gritar, etc.
- **Complementariedad, cuestionamiento del problema:** se repartió el síntoma pues a todos les estaba costando trabajo adaptarse a las nuevas reglas.

- **Intervención paradójica basada en el desafío:** se les pidió que tuvieran una pelea como antes (sin violencia física y sin que su hijo estuviera presente) con la finalidad de asegurar que el cambio era verdadero.
- **Cuestionamiento del problema:** se cuestionó la violencia pues no sólo Teresa, sino también Gabriel regresaba a la situación conflictiva.
- **Desequilibramiento, alianza con Teresa:** para abordar el VPH se le pidió a Gabriel que fuera al médico, pues la única que había recibido tratamiento era Teresa.
- **Lados fuertes:** se reforzó la autoestima de Teresa y se la empoderó diciéndole que no importa la cantidad sino la trascendencia de sus decisiones. Se resaltó la decisión que tomó con respecto a irse a vivir a otro lado y empezar a buscar opciones de empleo. En el área parental se le reconoció a Teresa el cuidado y cariño que le da a su hijo y se le preguntó cómo le ha hecho para ser firme, trabajar, etc. y qué ventajas encuentra en la separación.

- **Técnicas del Modelo estratégico (Haley y Madanes)**

- **- Haley:**

- **Connotación positiva:** por el interés que demostró la pareja al asistir a sesión, ya que eso ayudó en el bienestar de Ricardo.
- **Prescripción de una recaída (tarea paradójica):** cuando la pareja mostró una rápida mejoría. Posteriormente se previno a la paciente de posibles recaídas haciendo mención de que el cambio es un proceso que se va dando poco a poco y se le cuestionó acerca de qué podría hacerla recaer.
- **Metáfora:** se utilizó la canción “No basta” de Franco de Vita para ejemplificarle a Gabriel que existen varias cosas que puede hacer para mejorar la relación con su hijo. Para la coordinación de padres se utilizó la metáfora de un equipo donde todos tienen que trabajar.
- **Redefinición:** se redefinió la confianza, como algo mutuo, pues Teresa insistía en que ella debía confiar en su esposo pero él no hablaba de confiar en ella.

- **- Madanes:**

- **Cambiar la forma de involucración parental, nivel II: ser amado:** se le pidió a Gabriel que compartiera más tiempo con su hijo debido a que su convivencia era poca.
- **Fomentar negociaciones y contratos, nivel I: dominar y controlar:** se le pidió a Teresa que realizaran acuerdos explícitos con Gabriel respecto a las

cuestiones parentales, por ejemplo quién ayudaría a su hijo a hacer las tareas escolares.

▪ **Otras técnicas utilizadas**

- **No apresurarse (modelo centrado en problemas):** se les pidió que no hicieran nada diferente, pues los cambios eran muy rápidos.
- **Diagramas de alternativas de la pareja (Modelo Dinámico Sistémico Integrativo de Raymundo Macías):** se le explicó a la pareja cuáles eran las alternativas para una buena separación, mala separación, buena integración y mala integración.
- **Reconocer un pequeño cambio -ampliar una desviación- (modelo de soluciones):** pidiéndole a Ricardo que hablara sobre cómo veía a sus papás, a partir de cuando había notado el cambio, etc. A cada miembro de la pareja también se le pregunto quiénes se habían dado cuenta de su nueva manera de relacionarse. También se les reconoció a Teresa y a Gabriel cuando dejaron de ejercer violencia física y psicológica respectivamente. Cuando Teresa ya se había separado se le pidió que pensara cuál era el primer paso para que continuara teniendo el mando de su vida, cuáles serían las nuevas reglas para ella, cuáles podrían ser sus objetivos a largo plazo con respecto a si misma, a ser mamá y a su relación parental con Gabriel y quiénes se habían dado cuenta del cambio. Se reconoció que estuviera trabajando, planeando un futuro negocio, defendiendo lo que piensa y tomando el mando de su vida. Todo lo anterior sirvió para reforzar su autoestima.
- **Tarea de la sorpresa (tarea de fórmula del modelo de soluciones):** se le pidió a la pareja que hiciera algo sorprendente, de tal forma que encontrarán soluciones nuevas.
- **Pelea estructurada (llave maestra del modelo de soluciones):** se les dieron las indicaciones para que discutieran estructuradamente (sin que Ricardo estuviera presente, sin golpes ni insultos) con el objetivo de promover la solución ya que se quejaban de sus peleas.
- **Escala del 1-10 (modelo de soluciones):** para evaluar el proceso terapéutico.
- **Excepciones (modelo de soluciones):** se buscaron las situaciones en las cuales Gabriel y Ricardo habían tenido una relación de cercanía. Con Teresa se trabajaron las excepciones en las que había tomado sus propias decisiones (lo cual también incrementó su autoestima).
- **Confrontación:** a Teresa respecto a qué haría si sus suposiciones acerca de la infidelidad de Gabriel fueran ciertas y se le preguntó cuál era el beneficio de estar en una relación que le producía dudas. Se confrontó a la pareja sobre qué los mantenía juntos. Con Teresa se trabajó sobre qué pensaba con respecto a que su esposo no se hacía responsable de la terapia

y que rehuía al tratamiento del VPH. Asimismo se le dijo que su relación parecía más una separación que un matrimonio, pues lo único que compartían eran responsabilidades parentales.

- **Normalizar:** la molestia de Ricardo en relación a la separación de sus padres.
- Se trabajó el **enojo** y la **tristeza** de Ricardo cuando éste pudo expresarle a su papá el motivo por el cual se sentía así (haciendo una diferencia entre el enojo por que Gabriel tenga una nueva pareja y el enojo porque éste no lo acepte).

- **Logros:**

La familia reportó un cambio notable para la sesión 6 pues su convivencia familiar había mejorado y en la siguiente sesión reportaron que ya no había violencia física de parte de Teresa, no obstante los cambios concluyeron con la separación de la pareja y se pueden describir en 4 áreas importantes:

- **Subsistema parental:** tanto Teresa como Gabriel mejoraron su relación como padres y pueden ponerse de acuerdo en cuestiones parentales, en un clima de respeto y con una comunicación directa. Los padres lograron ser más firmes, desarrollaron mayor facilidad para darle explicaciones a Ricardo (por ejemplo cuando se separaron, cuando Teresa le dijo que no podían irse a Yucatán con su papá, etc.) y para darle incentivos.
- **Teresa:** los cambios de Teresa fueron principalmente su separación, hacer acuerdos parentales (de manera directa y respetuosa), ser más comprometida consigo misma y con su hijo, lograr cosas que sentía que no podía hacer (como ir al cine con Ricardo), no estar limitada económicamente, tener mayor libertad, no sentirse en desventaja con respecto a lo que Gabriel le pueda dar al niño (pues empezaba a reconocer que ella le daba a su hijo tiempo, cariño, etc., lo cual Ricardo valoraba mucho), ser más segura de si misma, hacer lo que se propone (como ir al cine), y otras cosas aunque no se lo proponga, mejorar su relación con Ricardo, no ser sumisa, abnegada y dependiente, defender su punto de vista ante el de Gabriel y tomar sus propias decisiones sin tener miedo ni angustia. Todos los aspectos anteriores sirvieron para que Teresa incrementara su autoestima. Al final del proceso terapéutico, Teresa no se cierra ante la posibilidad de tener una pareja y ha aceptado que Gabriel también la tenga. Asimismo, refirió estar más activa a diferencia de cuando presentaba depresión.

Teresa mencionó que lo que le ayudó a cambiar fue la terapia, el medicamento, pero más que nada su “coraje” para ya no vivir en lo mismo ya que “de nada sirve vivir con un hombre que no la quiere y la somete”. La paciente finalizó diciendo: *“para mí la vida hoy es maravillosa”*.

- **Gabriel:** el paciente logró hacer acuerdos parentales con Teresa comunicándose directamente y con respeto. Asimismo, Gabriel logró tener una relación más cercana con su hijo y se dio cuenta que ser proveedor no es suficiente.
- **Ricardo:** mejoró sus hábitos de higiene y cambió la forma de dirigirse a su mamá pues ya no le grita ni la culpa por la separación. Asimismo, se encuentra tranquilo con la separación de sus padres. Ricardo se dio cuenta que aunque sus padres estén separados, la relación que llevan es buena e incluso aceptó a la pareja de su papá siempre y cuando no la lleve a las actividades escolares.

VII. CONCLUSIONES

La familia Mendoza Villa logró muchos cambios, dentro de los cuáles los más significativos fueron: la desaparición tanto de la violencia física como emocional, la separación de la pareja, los acuerdos parentales, la independencia de Teresa con el consiguiente aumento de su autoestima y el que Ricardo aceptara la separación.

Teresa cambió completamente de no tomar decisiones, tener miedo a trabajar, hacer lo que Gabriel le decía y no defender su punto de vista; a tomar una actitud de mayor iniciativa en cuanto al mando de su vida y la toma de decisiones.

La familia respondió bien al tratamiento ya que mejoraron la dinámica que llevaban y a pesar de que Ricardo se encontraba inconforme con la separación (como parte del proceso de aceptación), tanto Teresa, Gabriel como el mismo Ricardo reportaron que la relación parental había mejorado. Además a diferencia de cuando se inició el proceso terapéutico, los padres lograron hacer acuerdos.

1.2 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN TEÓRICO-METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA CON LAS DOS FAMILIAS ELEGIDAS PARA SER INCLUIDAS EN EL REPORTE

▪ Familia Santillán Rivera (Modelo de Milán)

Desde la teoría se puede decir que según las investigaciones hechas por la American Psychological Association, (1993) en Corsi, (2003) cuando existe violencia en la familia de origen, la probabilidad de que un niño también se involucre en comportamientos abusivos o violentos cuando se convierte en adulto también aumenta. Lo anterior, se relaciona directamente con lo que ocurría con este caso, ya que en su familia de origen César Fabián sufrió violencia por parte de su padre y ahora es un *patrón trigeneracional* que se repite.

En la familia Santillán Rivera existían diversas modalidades de agresión desde *verbales* (comentarios que César Fabián le hacía a su esposa e hijos; por ejemplo a Fátima le decía: “arrabalera”, “pendeja naciste y pendeja te vas a morir”, “si no cambias los golpes no van a terminar”) hasta *motoras*, por los golpes que éste le daba a Fátima.

César Fabián era una persona *agresiva* porque solía argumentar que cuando su familia no hacía lo que él les pedía, no tenía otra reacción más que atacarlos con reprimendas que iban desde gritos, insultos hasta golpes; estos últimos en especial hacia su esposa.

Existía una *relación de abuso* de César Fabián hacia Fátima y hacia sus hijos y de César Abraham hacia Marisol. Había daño físico y psicológico, este último en Fátima e hijos y el primero primordialmente en ella (Corsi, 1994).

Fátima como persona que sufre violencia presentaba baja autoestima y temor permanente a ser agredida, características que señala Traverso, (2000). Incluso Marisol y César Abraham tenían temor a ser agredidos por su padre, basta recordar cuando tanto Fátima, Marisol como César Abraham reaccionaban como “ratitas asustadas” ante César Fabián.

Es pertinente decir que desde la perspectiva sistémica no se habla en términos de “víctima” y “victimario” cuando se habla de violencia intrafamiliar, lo que se hace es enfatizar los patrones interaccionales involucrados en los patrones de violencia (Sarquis, 1993).

Perrone, (1998) en Sarquis, (1993) considera la *violencia* como un fenómeno interaccional, en el cual todos se encuentran implicados y son responsables.

Perrone y Nannini, (1997) argumentan que todo individuo adulto con capacidad para vivir de un modo autónomo, es el responsable de su propia seguridad, de tal forma que Fátima era la responsable de su propia seguridad.

De acuerdo al modelo circular se vuelve incompatible el uso de los términos “víctima” y “verdugo” como el marco teórico lo señala; por lo que Perrone y Nannini, (1997) proponen: *emisor* (César Fabián) y *receptor* (esposa e hijos). El tipo de violencia que sufría esta familia según la propuesta de

Perrone y Nannini era *violencia castigo*, ya que se trataba de una *relación complementaria*, donde quien controlaba, es decir, César Fabián era quien imponía los castigos (como no asistir a terapia), los golpes, los gritos. En este tipo de violencia, el emisor (César Fabián), al igual que el receptor (principalmente Fátima); tenían baja autoestima.

De acuerdo a Corsi, (1994), Fátima sufría tanto *abuso físico* como *emocional*. El abuso físico consistía en patadas, bofetadas, jaloneos, inclusive la paciente refirió que el parto de su hijo se adelantó porque su esposo la golpeó. El abuso emocional que César Fabián ejercía hacia su familia comprendía gritos hacia su esposa e hijos, incluso insultos para todos y una constante desvalorización hacia Fátima, le decía por ejemplo que era floja y que no apoyaba económicamente. En general, César Fabián hacía comentarios descalificadores a su familia: “tu deber es...”, “no me entendió”, “es falta de concentración”, “todo se les olvida” (cuando reaccionaban como “ratitas asustadas”). Independientemente de lo que hicieran tanto Fátima, Marisol, como César Abraham resultaban culpados por César Fabián, lo cual los hacía ponerse más tensos.

Cuando el papá gritaba hacía que a los demás se les “olvidaran las cosas” como él solía referir, ya que al ser violentados vivían un estado de ansiedad que se mostraba de diversas maneras.

Siguiendo con Perrone y Nannini, el *consenso implícito rígido* donde se determinaban los mensajes verbales o no verbales que desencadenaban el acto violento, en la familia Santillán Rivera estaba caracterizado por la petición de César Fabián hacia su esposa e hijos para que hicieran determinada cosa que al no ver realizada, gritaba; lo que provocaba en sus hijos la reacción de “ratitas asustadas”, para que posteriormente se desataran los golpes.

La palabra “ahorita” funcionaba como activador que anunciaba el episodio violento.

Durante el proceso terapéutico se intentó hacer uso de los “*relais*”, como los suegros o la cuñada de Fátima para disminuir la tensión en el sistema y para protegerlos de la violencia de César Fabián (Perrone y Nannini, 1997).

Fátima y César Fabián estaban envueltos en un continuo *círculo de violencia* que se alternaba entre el maltrato y la reconciliación cuando César Fabián lograba que su esposa regresara a casa, después de haberse ido a Oaxaca.

Entre las consecuencias de la violencia que sufrían los miembros de la familia Santillán Rivera, está el ámbito del trabajo, el escolar, de la salud y el social (Corsi, 2003):

Debe recordarse que toda la familia colaboraba en la veterinaria de César Fabián, por lo que en ocasiones el trabajo se llevaba a cabo entre gritos y golpes, lo que ocasionaba que el rendimiento laboral de Fátima y de sus hijos disminuyera. Los hijos por su parte tuvieron problemas en la escuela, César Abraham perdió un año y Marisol tuvo bajas calificaciones la última ocasión que su madre se fue a Oaxaca a causa de los golpes que le dio César Fabián. En el ámbito de la salud, Fátima presentaba moretones por los golpes de su esposo. Fátima y sus hijos sufrían de ansiedad, miedo, taquicardia y

dolor de cabeza. La violencia que vivía la familia orilló a Fátima a irse a Oaxaca para ponerse a salvo lo cual habla de las consecuencias en el ámbito social.

Ahora bien, para poder hablar de **patrones trigeracionales de violencia** necesariamente se tiene que hacer referencia al maltrato que tanto César Fabián como Fátima vivieron en su familia de origen. Lo anterior conduce a un análisis del caso de la familia Santillán Rivera de acuerdo al Modelo de **Milán**.

Primeramente es importante decir que es muy alta la probabilidad de que cuando un niño es maltratado o testigo de violencia sea a su vez un adulto que ejerza violencia (Corsi, 2003).

En este caso existía un patrón circular en las transacciones dentro del sistema, lo que llevaba a un funcionamiento violento.

Asimismo, en esta familia hubo una transmisión intergeneracional de la carencia, donde la violencia del padre estaba relacionada con su historia en su familia de origen donde él era un “ratón asustado” ante un padre que los golpeaba. Fátima por su parte también sufrió violencia en su familia de origen, historia que se repetía con su esposo.

En esta pareja, la conyugalidad fue elegida de acuerdo a los patrones de carencia sufridos en las familias de origen de cada uno. Debido a lo anterior, la atención fue deficiente hacia sus hijos ya que los padres estaban enfocados en las reclamaciones de resarcimiento con la pareja.

De acuerdo a lo anterior, en la familia Santillán Rivera se presentaba un *ciclo repetitivo del abuso* (Cirillo y Di Blasio, 1988 en Cirillo y Di Blasio, 1989). Respecto a las 4 etapas de la familia que maltrata (sólo violencia física), propuestas por Cirillo y Di Blasio se tiene que la familia Santillán Rivera se encontraba en la tercera, denominada “*la coalición activa del hijo*”, en la cual César Abraham se había inclinado hacia su padre, lo que lo llevaba a dirigir su hostilidad hacia Fátima, llegando en una ocasión a tomar el dinero que ella tenía ahorrado para irse a Oaxaca. Incluso su hostilidad se dirigía hacia su hermana cuando le hacía comentarios del tipo: “sólo sirves para la cama”, lo cual denotaba asimismo la coalición con el padre.

Lo que hizo que la familia se situara en esta etapa fue que César Abraham alguna vez se rebeló contra su padre yéndose a Oaxaca con su mamá y su hermana, pero recibió una desilusión cuando su madre “lo hizo quedar mal” (palabras de César Abraham) con su padre, pues se reconciliaron y de nada valió que él se hubiera ido con ella. Debido a lo anterior el hijo se sintió traicionado y decidió rebelarse en contra de su madre haciendo coalición con su padre.

Respecto a lo anterior, se puede ver como César Fabián *instigaba* a su hijo porque le hacía parecer que lo prefería al “confiar” en él para que vigilara que su mamá no escapara y que cuidara de su hermana. Esta instigación es parte del *embrollo*, pues la aparente preferencia de César Fabián por su hijo era en realidad un instrumento para molestar tanto a Fátima como a Marisol.

Asimismo, de acuerdo a Cirillo y Di Blasio, (1988) en Cirillo y Di Blasio, (1989) el progenitor que maltrata tiene temor a la pérdida y al abandono, lo

cual era notable en César Fabián cuando su esposa se marchaba a Oaxaca y éste iba a pedirle que regresara. Las reacciones de César Fabián se debían por un lado a la violencia sufrida en su familia de origen y por otro a la percepción confusa que tenía de que sus hijos tenían una coalición contra él, pues en algún momento refirió que parecía que los tres estaban unidos (su esposa y sus dos hijos).

El *juego* que presentaba la familia Santillán Rivera (Cirillo y Di Blasio, 1989) era el del “*abogado defensor*” en donde César Fabián y Fátima tenían un conflicto violento que invitó a los hijos a participar, primero ambos hijos, para finalmente sólo tener a Marisol como la defensora de Fátima, quien intervenía cuando su padre quería golpear a su madre. Lo anterior daba como resultado que la agresividad de César Fabián se transfiriera también hacia Marisol (y en su momento hacia César Abraham, cuando éste se fue a Oaxaca con su madre) por percibirla como aliada de Fátima.

Por otro lado, se observó que la figura femenina en esta familia estaba sometida y sin apoyo; la madre estaba disminuida en la jerarquía parental y “Marisol estaba ahí y Fernando se aprovechó de ella”. Es importante decir que los problemas de pareja ya existían antes de lo ocurrido con Marisol y que esto fue sólo un detonante. No obstante, lo que pasó con Marisol vino a unir a la familia, ya que la madre no había regresado a Oaxaca, asimismo encubrió las malas calificaciones de César Abraham ya que sirvió de distractor.

Con respecto al *género*, se observa que en la familia había una coalición entre los hombres para el control de las mujeres, quienes referían falta de respeto, ya sea la hija diciendo que no le gustaban las críticas o Fátima refiriendo que su esposo la golpeaba.

Por otro lado, César Abraham presenta *modalidades machistas* similares a las de su papá, un ejemplo de ello es el comentario que le hacía a su hermana: “eres buena para las camas”.

Se ha encontrado además que César Abraham estaba parentalizado, ya que cuando su madre se iba a Oaxaca por las peleas con su padre, éste estaba encargado de cuidar a su hermana (patrón que se repite, pues César Fabián cuidaba de su hermano en las fiestas), incluso se entrometía en su sexualidad llegando a revisar sus mensajes en el celular.

Hubiera sido interesante ahondar en los *vínculos* de César Abraham para saber cómo se relacionaba con su pares, si tenía amigos, novia y con qué dificultad se aproximaba a las mujeres; ya que la escuela de Milán plantea que cuando los hijos asumen un rol parental les cuesta afirmarse en el exterior.

Por otro lado, una probable *hipótesis* sería que la vigilancia que el hijo hacía hacia Marisol le traía beneficios con el padre (para ser aprobado) o con la madre (para mostrar autoridad), asimismo, esta conducta podía funcionar para sustituir a alguno de los padres que no estuviera ejerciendo su rol (por ejemplo cuidar a Marisol cuando Fátima se encontraba en Oaxaca), sin embargo, lo único que le correspondía era ser hijo y hermano.

También era probable que César Abraham controlara a su hermana para controlar sus propias inseguridades y afirmarse a sí mismo o quizá esto le funcionaba como distractor hacia sus padres para que no vieran que iba mal en la escuela. Lo anterior puede estar relacionado con una instrumentalización en el sentido de que Marisol le servía a César Abraham para ser reconocido como el controlador, el vigilante o desviar las atenciones.

Asimismo, en esta familia existía una *repetición de patrones* relativa a lo que pasó con Marisol y Fernando, con la violencia del papá, con la parentalización del rol masculino y con la dependencia de Fátima. Primeramente porque el hermano mayor de César Fabián (Antonio, padre de Fernando) tuvo relaciones sexuales con una de sus primas, lo cual implica el *incesto* que se repitió entre Marisol y Fernando (ella refirió que su primo la tocaba en contra de su voluntad). Con respecto a lo anterior, era notable que una *regla* de esta familia era que las relaciones incestuosas estaban prohibidas (lo cual era un rasgo sano). Otra regla era que ante cualquier pregunta del padre estaba prohibido guardar silencio o decir “ahorita”.

El segundo patrón que se repitió fue la violencia ejercida por César Fabián, ya que él la vivió en su familia de origen cuando presenciaba que su padre le pegaba a su mamá o a él y a sus hermanos. Posteriormente él hizo lo mismo con su familia y pasó de ser el “ratoncito asustado” al que asusta. Además el padre refirió que en casa tuvo que hacerse responsable desde los 14 años, ya que su madre le pedía que cuidara a Antonio, asimismo él era el encargado de manejar el coche de la casa (lo cual es una parentalización que se repite con César Abraham cuando se encargaba de vigilar a su hermana mientras su mamá estaba en Oaxaca).

Asimismo, César Fabián tenía necesidades infantiles no satisfechas y esperaba que Fátima le proporcionara apoyo tanto económico como sentimental, comprensión y que se anticipara a sus sentimientos. El paciente aceptó que buscó en Fátima lo que no tuvo en su familia de origen y al no obtenerlo presentaba ira que se desencadenaba en un golpe. Lo anterior, ayudó a confirmar la **hipótesis respecto a la violencia**: al no encontrar César Fabián la dote afectiva que esperaba de Fátima, reaccionó con violencia repitiendo lo que vivió en su familia de origen.

El tercer patrón que se repite tiene que ver con el pedir permiso por parte de Fátima. En su familia estaba acostumbrada a hacerlo y es algo que se repite con César Fabián, lo cual le molestaba mucho a su esposo e incluso a sus hijos, ya que César Abraham comentó en la sesión cinco que su mamá era como su hermana y que no tenía autoridad ni decisión. Lo anterior habla de un comportamiento dependiente por parte de Fátima. Asimismo, se encontró que Fátima ya sufría violencia en su familia de origen, pues su mamá al igual que ahora lo hace su esposo “la pendejeaba” y además percibía los conflictos entre sus padres por el alcoholismo de éste. Inclusive esto último es un patrón que se repite pues se encontró que César Fabián también bebía (al igual que su padre).

Existe la posibilidad de que de alguna manera César Fabián se sintiera confirmado con la actitud de Fátima (aunque refiriera que le molestaba) ya que él había comentado que su esposa se dejaba “manejar” y que eso le había dado poder para tomar decisiones. En la sesión cinco, César Fabián refirió haber asumido el poder en la necesidad de que alguien lo hiciera (“yo tengo el manejo de mi familia, en cierto momento es molesto, es como mi hija” - refiriéndose a Fátima-), sin embargo, eso obviamente no justificaba la violencia que ejercía.

Con lo anterior puede observarse como existía una incongruencia en la jerarquía, donde Fátima figuraba más en el subsistema fraterno que en el parental y/o conyugal.

En lo que respecta a lo que plantea el modelo de Milán en referencia a las *historias de los padres*, César Fabián, fue parentalizado desde los 14 años haciéndola de cuidador de su hermano y de chofer de la casa; tal parentalización se repetía con su hijo. Como argumenta el modelo de Milán, estos hombres suelen tener *actitudes machistas* (que le estaba transmitiendo a César Abraham), lo que se mostraba con claridad en la relación tanto con su esposa como con Marisol.

En la historia personal de Fátima se encontró que era *depositaria de humillaciones* en su familia de origen (su madre la golpeaba e insultaba), situación que se repetía en su relación conyugal. Lo anterior confirma que la incapacidad de Fátima de reaccionar ante los golpes e insultos de su marido provenía, de las humillaciones ya sufridas en su propia familia de origen.

Con respecto a las relaciones de *apego*, todo parecía indicar que el hijo tenía un apego hacia el padre. Por otro lado, es difícil que Marisol haya formado un vínculo fuerte hacia su madre, ya que ésta se iba constantemente a Oaxaca y por otro lado el padre parecía más enfocado a su hijo, lo cual habla de que Marisol podía tener un tipo de *apego C*, es decir, hacia ninguno de sus padres, lo cual la llevaba a decir que su primo Fernando era su “refugio”, con lo cual **se confirmó la hipótesis** que se tenía al principio: al sentirse la hija abandonada por sus padres, buscó un vínculo que no encontraba en casa.

Por otro lado, desde la sesión seis Fátima mostraba deseos de salir de casa, pero no lo hacía porque no tenía dinero y porque de una u otra forma estaba esperanzada en que las cosas cambiaran. No obstante su permanencia en la relación, a partir de esa sesión la paciente se mostró más alerta en cuanto al comportamiento de su esposo y había tomado en cuenta a sus redes de apoyo por si ocurría una emergencia.

En determinado momento de la terapia, se estableció una alianza con César Fabián que le estaba permitiendo disminuir su violencia (sesión siete), lo cual se logró entre otras cosas, usando *metáforas* (chofer de autobús) donde la violencia aparecía como equivalente de destrucción. Asimismo, se intentó *cambiar su sistema de creencias* introduciendo dudas del modo violento que tenía César Fabián de reaccionar.

Cuando en la sesión nueve, Fátima tomó la decisión de ponerse a salvo e irse a Oaxaca (además de que su esposo no quiso asistir esa sesión para “castigarla”) se respaldó su decisión (*hacerla conocer su dignidad*) y se habló

de su derechos; ya que en ese momento la alianza con César Fabián resultaba imposible debido a que él no asistió y a que la paciente ya había tomado la decisión de irse a Oaxaca (Perrone y Nannini, 1997).

Asimismo, cuando Fátima ya había decidido irse a Oaxaca, se logró que tomara conciencia de la gravedad de la violencia que estaba viviendo en casa y se la informó acerca de algunas instituciones que podrían brindarle apoyo. La paciente se mostró más segura que en las sesiones anteriores para llevar a cabo su plan, se encontraba atemorizada, pero no deseaba seguir soportando la violencia, parecía estar consciente de que su hija podría sufrir represalias si se quedaba, por lo que decidió incluirla en su plan para irse a Oaxaca. El trabajo es algo que le daría seguridad e impediría que regresara con César Fabián, por lo que fue algo que se enfatizó, ya que una vez ya lo logró e incluso se tituló.

Lo más importante fue que Fátima tomó la decisión de protegerse a sí misma y a su hija, de tal forma que se fue de la casa llevándose al parecer a Marisol consigo.

▪ **Familia Mendoza Villa (Modelo Estructural y Estratégico)**

De acuerdo a la teoría, esta pareja fue un caso diferente a lo que suele suceder porque de inicio todo parecía indicar que el que recibía el maltrato era Gabriel y si bien es cierto que él era el receptor de la violencia física (como es menos frecuente que ocurra), también es verdad que él ejercía violencia psicológica hacia Teresa. Lo anterior indica que se trataba de un caso de *violencia recíproca o cruzada*, de acuerdo a Corsi, (1994).

La pareja tenía *conflictos*, porque Teresa estaba convencida de que su esposo mantenía una relación con alguien más. Esta pareja mostraba diferentes tipos de agresión, *motoras* de Teresa hacia Gabriel y *verbales* por parte de ambos. Debido a lo anterior, tanto Teresa como Gabriel son *agresores y agredidos* a la vez.

La violencia siempre es un ejercicio de *poder* e implica la existencia de “uno arriba y uno abajo”, que adoptan con frecuencia roles complementarios, como en el caso de Teresa y Gabriel. Lo que propiciaba la violencia era un desequilibrio de poder, donde influían los aspectos socio culturales (Corsi, 1995 en Sanz y Molina, 1999).

En la *relación de abuso* de Teresa y Gabriel existía tanto daño *físico* como *psicológico* (Corsi, 1994).

Desafortunadamente, como señala la teoría, la desigualdad sexual natural se ha transformado en una *desigualdad jerárquica*. En el caso de Teresa y Gabriel, éste en ocasiones gozaba de una jerarquía mayor a la de Teresa (Mesterman, 1989 en Sanz y Molina, 1999).

Por otro lado, la violencia de la pareja originaba que Teresa tuviera baja autoestima aunado a un problema depresivo de tiempo atrás (Traverso, 2000).

La violencia que presentaba esta pareja era un fenómeno interaccional, en el cual ambos miembros de la pareja eran responsables (Perrone, 1998) en Sarquis, (1993).

Tanto Teresa como Gabriel eran a su vez *emisores y receptores* de la violencia. El tipo de violencia que presentaba esta pareja era *violencia agresión* porque se trataba de una *relación simétrica*. El *consenso implícito rígido* donde se determinaban los mensajes verbales o no verbales que desencadenaban la violencia se daban por ejemplo cuando Gabriel llegaba después de la hora pactada y la reacción de Teresa se tornaba en celos lo cual desataba tanto los golpes de ella hacia él (rasguños, jalneos) como los gritos de Gabriel (Perrone y Nannini, 1997).

Teresa y Gabriel estaban envueltos además en un *círculo de violencia* donde solían arrepentirse de sus actos y prometerse que todo cambiaría.

Asimismo, la violencia de la pareja repercutía directamente en Ricardo quien había aprendido a mostrar su enojo hacia sus padres de manera disfuncional, es decir gritándoles. Asimismo, Ricardo estaba en un clima familiar que había propiciado su depresión debido a que presenciaba las peleas entre sus padres (interviniendo en ocasiones), lo que posteriormente también influyó para que su rendimiento escolar disminuyera.

Ahora bien, un análisis del caso a partir de los modelos con los que se atendió (estructural y estratégico), indica que de acuerdo al modelo **estructural** cuando la familia llegó a terapia las jerarquías no estaban bien establecidas porque aunque había una relación simétrica con Gabriel en el ejercicio de la violencia, en la mayoría de las ocasiones Teresa estaba en desventaja porque cuando expresaba su opinión era juzgada, estaba limitada económicamente, etc., no obstante al final del tratamiento la paciente logró ser independiente y recuperar su jerarquía en la relación, ya no de pareja pero sí parental.

Como plantea el modelo estructural, el origen de la depresión de Ricardo estaba en la interacción que había entre sus padres y precisamente el síntoma tenía como función que los padres se preocuparan por su hijo para que dejaran de pelear. El cambio llegó cuando la familia reequilibró su estructura y dejó de haber interacciones violentas.

El tratamiento de la violencia como lo plantea Ochoa de Alda, (1995) siguiendo al modelo estructural deberá incidir para que los límites se clarifiquen. Cuando se inició el tratamiento con esta familia los límites eran difusos tanto al interior como al exterior del sistema y al final de ésta se logró que los límites fueran firmes y así se erradicó la violencia física de Teresa hacia Gabriel y la emocional de éste hacia la paciente. Asimismo, al exterior del sistema Teresa logró poner límites claros, pues los comentarios que su mamá le hacía respecto a su separación, ya no eran tomados en cuenta.

Al final del tratamiento también se logró que Ricardo dejara de estar triangulado ya que sus padres dejaron de pelear y aprendieron a hacer acuerdos parentales sin que la cuestión de pareja estuviera en medio.

El síntoma (tanto la depresión de Ricardo, de Tita, como la violencia de la pareja) era indicador de que la familia presentaba dificultades para desarrollarse en la etapa del ciclo vital que estaban pasando (familia con hijos pequeños). Según lo que plantea Minuchin, es necesario que el subsistema conyugal se reorganice para afrontar nuevas tareas acordes a esta etapa, dentro de lo cual la pareja deberá resolver sus problemáticas sin que los hijos queden triangulados o se formen coaliciones como en el caso de esta familia. La idea anterior es apoyada por lo que dice Ochoa de Alda, (1995) en cuanto al tratamiento de la violencia, donde las coaliciones intergeneracionales deben romperse, asimismo se trabajó para que hubiera un clima de respeto en la familia y que los padres se apoyaran entre sí, lo cual se logró a partir de que ellos aprendieron a hacer acuerdos en cuestiones parentales. Lo anterior también permitió que se trazara un límite claro entre el subsistema parental y el fraternal lo que finalmente ayudó a que Ricardo dejara de estar triangulado.

Con el modelo **estratégico** se tiene que la conducta sintomática (la depresión y la violencia) implicaba que el ordenamiento jerárquico estaba siendo incongruente y que existía una lucha de poder entre Teresa y Gabriel. El síntoma (violencia y la depresión) era la expresión de la problemática de pareja y a la vez una solución insatisfactoria.

Desde el modelo estratégico y de acuerdo a la propuesta de Ochoa de Alda, (1995) para manejar la violencia, se trabajó en el nivel I (fomentar negociaciones y contratos) y II que propone Madanes. Primeramente los padres lograron establecer acuerdos parentales, lo cual fue muy importante pues a pesar de que se separaron lograron construir una relación parental donde ambos se hicieron responsables de su hijo y llegaron a acuerdos. Asimismo, se trabajó en el nivel II (no precisamente para incidir en la violencia) para cambiar la forma de involucración parental donde se le pidió al padre que compartiera más tiempo con su hijo.

1.3 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE UN TEMA PERTINENTE A LOS CASOS DE LAS FAMILIAS CONSULTANTES

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia dentro de la familia no es un fenómeno reciente, ha sido una característica de la vida familiar desde tiempos remotos. La violencia es multicausal y está apoyada en valores, mitos y creencias fuertemente arraigados en la sociedad (Sanz y Molina, 1999).

Corsi, (1994) menciona que el término **violencia familiar** alude a todas las formas de abuso que tiene lugar en las relaciones entre los miembros de una familia.

Bringiotti, (2000) argumenta que muchas actitudes, conductas y normas sociales adquieren índole de “obvias”, así “siempre” ocurrieron y por lo tanto se las naturaliza y se las acepta sin cuestionar. Una de ellas es la problemática de la violencia intrafamiliar. Estamos ante un problema cuyo principal peligro es su naturalización. Esta naturalización se ilustra en algunos dichos populares:

- “La nueva esposa como el caballo recién comprado, consigues domarla a fuerza de montarla todo el tiempo y pegarle sin parar” (proverbio chino).
- “Las cinco peores flaquezas que aquejan a las mujeres son la indocilidad, el descontento, la calumnia, los celos y la estupidez. De ahí procede la inferioridad de las mujeres con respecto de los hombres” (Manual de Matrimonio Tradicional Japonés, siglo XV).
- “Cuando un adulto habla, el niño debe callarse”.

La violencia familiar comenzó a tematizarse cuando se describió el “síndrome del niño golpeado”. En los comienzos de los setenta, el movimiento feminista llamó la atención sobre las formas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres. Posteriormente empezó a hablarse de abuso sexual en niños y las diversas formas de maltrato hacia los ancianos (Corsi, 1994).

Existen elementos de tipo sociocultural relacionados con el maltrato, entre los cuáles, en particular, el elevado índice de estrés relacionado con la marginalidad social, con el desempleo, la falta de vivienda o la superpoblación en viviendas inadecuadas, con la miseria y con la pobreza cultural que limita el recurso de la verbalización en la resolución de conflictos (Cirillo y Di Blasio, 1989).

De acuerdo a investigaciones realizadas por la American Psychological Association, (1993) en Corsi, (2003) se dice que: “a medida que crecen los niveles de violencia en la familia de origen, la probabilidad de que un niño también se involucre en comportamientos abusivos o violentos cuando es adulto también aumenta”. En los últimos diez años se ha enfatizado la importancia de implementar políticas en relación con el problema de la violencia familiar en sus dos formas principales de manifestación: el maltrato y abuso de niñas y niños y la violencia contra la mujer.

Cabe destacar que los primeros estudios acerca de la violencia se centraron en la violencia directa o personal, es decir la que se produce entre dos personas concretas, una que realiza o lleva a cabo una conducta determinada y otra que sufre los efectos de esa conducta (Falcón, 2001).

Por otro lado, es importante diferenciar conceptos que juegan un papel importante en el fenómeno de la violencia intrafamiliar, tales conceptos son: **conflicto, agresividad y agresión** (Corsi, 1994):

- **Conflicto:** la familia, en tanto grupo humano, es un medio especialmente propicio para la emergencia de **conflictos** entre sus miembros. El término conflicto, alude a contrastes intra o interpersonales. Las distintas etapas evolutivas por las que atraviesa la familia favorecen la emergencia de diferentes tipos de conflicto. Algunos de ellos se resuelven sin ayuda externa, otros la requieren. Pero en todos los casos, resulta necesario distinguir entre conflicto intrafamiliar y violencia intrafamiliar. Las peleas, discusiones, enojos, controversias, etc., no conducen necesariamente a comportamientos violentos para su dilucidación.
- **Agresividad:** la psicología la ha definido como la capacidad humana para “oponer resistencia” a las influencias del medio. La agresividad humana tiene vertientes fisiológicas, conductuales y vivenciales. Del mismo modo que el conflicto, la agresividad humana no es un concepto valorativo, sino descriptivo. Por lo tanto, no es ni buena ni mala: forma parte de la experiencia humana y tiene, siempre, una dimensión interpersonal.
- **Agresión:** es la conducta mediante la cual la potencialidad agresiva se pone en acto. Las formas que adopta pueden ser: motoras, verbales, gestuales, etc. Ya que toda conducta es comunicación, lo esencial de la agresión es que comunica un significado agresivo. Entonces podemos decir que: tiene un origen (agresor) y un destino (agredido). Un golpe, un insulto, el romper un objeto, etc. para que puedan ser catalogados como conductas agresivas deben cumplir con otro requisito: la *intencionalidad* (la intención por parte del agresor, de ocasionar un daño). Una persona “agresiva” es aquella que tiende a percibir los datos de la realidad como provocadores o amenazantes y frente a tal construcción cognitiva, reacciona con conductas de ataque o defensa. Los significados culturales o individualmente construidos son indispensables para la comprensión de la estructura de la conducta agresiva.

Asimismo, Perrone, (2006) hace una diferencia entre agresividad y agresión, diciendo que la primera no es sinónimo de la segunda. Ciertas manifestaciones del comportamiento (aprendizajes de los niños y de los adolescentes, interacciones sociales, conflictos, confrontaciones) son expresión de agresividad pero no son agresiones ni violencia. Como es notorio, es importante aplicar estos conceptos de una manera pertinente.

Minuchin afirma que la violencia familiar es el resultado de varias generaciones de privación de poder: el violento se percibe como débil y la represión social puede aumentar su victimismo y su violencia (Linares, 2002).

La violencia siempre es un ejercicio de poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica) e implica la existencia de “uno arriba y uno abajo”, reales o simbólicos, que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios “padre-hijo”, “hombre-mujer”, “joven-viejo”, etc. El empleo de la fuerza se constituye así en un método posible para la resolución de conflictos intrapersonales, como un intento de doblegar la voluntad del otro, de anularlo. La violencia implica una búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder mediante el control de la relación obtenida a través del uso de la fuerza. Para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse la existencia de un cierto desequilibrio de poder que puede estar definido culturalmente o por el contexto o producido por maniobras interpersonales de control de la relación (Corsi, 1995 en Sanz y Molina, 1999).

Corsi, (1994) menciona que el vínculo caracterizado por el uso de la violencia de una persona hacia otra se denomina **relación de abuso**. Para comprender la dinámica de una relación de abuso es necesario definir los conceptos de daño y poder. Por **daño** debe entenderse cualquier tipo y grado de menoscabo para la integridad del otro, puede haber daño físico, psíquico, económico, etc. Por otro lado, es suficiente con que alguien crea en el **poder** y en la fuerza del otro para que se produzca un desequilibrio.

A diferencia de la conducta agresiva, la conducta violenta no conlleva la intención de causar un daño a la otra persona, aunque habitualmente lo ocasione. El objetivo último de la conducta violenta es someter al otro mediante el uso de la fuerza. Por ejemplo, cuando alguien amenaza a otro con un arma, no intenta causarle un daño psíquico, sino obtener lo que el otro haría por propia voluntad. En ambos casos el daño se produce, pero no constituye la motivación esencial de la conducta violenta. Otro ejemplo es: “yo no quería hacerle daño, sólo quería que me entendiera” (“que me entendiera” es sinónimo de “que me obedezca”). Una vez más la fuerza es utilizada para someter, doblegar, subordinar.

Para poder definir una situación familiar como un caso de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanente o periódica.

Por otro lado, la diferencia biológica entre los sexos se ha asimilado a la creencia en una desigualdad por naturaleza en la que el hombre es superior a la mujer y, como consecuencia, tiene mayor poder. Es decir, la desigualdad sexual natural se transforma en una desigualdad jerárquica proveniente de “lo natural”, es decir, una transformación ideológica de las diferencias ha naturalizado la desigualdad. Estas consideraciones valorativas acerca de lo que es masculino y femenino, determina los modelos sociales acerca del lugar del hombre y de la mujer, de las relaciones en el seno de la familia, del lugar de los hijos. Así, se forman supuestos implícitos que subyacen a la organización familiar, como así también a la concepción general de cuáles son las características predominantes de lo “masculino y lo femenino” (Mesterman, 1989 en Sanz y Molina, 1999).

Siguiendo a Mesterman, en el caso de los hijos se tienen algunos supuestos que gobiernan las relaciones con estos, que “legitiman” las acciones violentas hacia ellos y que son compartidos en el contexto cultural:

- Los hijos son propiedad privada de los padres, éstos determinan qué clase de educación les darán, cómo manejarlos y sancionarlos, con exclusividad de derecho de determinar sobre sus vidas, sin participación externa.
- La aceptación de castigos físicos y la utilización de alguna forma de violencia para la corrección de conductas indeseables.
- Todo lo que pasa en casa, es de incumbencia exclusiva del ámbito privado. Cuando hay amenaza de intervención del exterior, la familia reacciona protegiendo sus secretos en su interior.

Lo anterior corresponde al modelo autoritario de familia, donde el respeto no es entendido como reciprocidad entre los miembros del sistema, sino que es definido a partir de una estructura de poder vertical. La dependencia de los más débiles hacia los más fuertes se refuerza y la autonomía es un derecho no reconocido igualitariamente para todos los miembros del sistema familiar.

Tanto Corsi como Mesterman creen que el potencial de violencia en una familia está determinado por la adhesión a los siguientes componentes -que tienen que ver con el **modelo estructural y estratégico**, según el cual se trabajó el segundo caso de este reporte (Sanz y Molina, 1999)-:

- Grado de verticalidad de la estructura familiar.
- Grado de rigidez de las jerarquías.
- Creencias en torno de la obediencia y el respeto.
- Creencias en torno de la disciplina y el valor del castigo.
- Grado de adhesión a los estereotipos de género.
- Grado de autonomía de los miembros.

La utilización de las distintas formas de violencia intrafamiliar -abuso físico, emocional o sexual- suponen el empleo de la fuerza para controlar la relación y habitualmente se ejerce de los más fuertes hacia los más débiles (Corsi, 1994).

En un espacio ideal, todos deben esforzarse para que ese núcleo de convivencia sea un espacio pacífico, armónico, de solidaridad, apoyo, comunicación y amor. Si hay algún cambio (como la pérdida de empleo del papá) la familia funcional debe reorganizarse de tal forma que prevalezca la solidaridad del grupo y que los conflictos que surjan se resuelvan mediante el diálogo, la conciliación, la aceptación de diferencias y el respeto a los demás, pero que no se recurra a la violencia.

Algunas características de una familia disfuncional son (Falcón, 2001):

- Falta de comunicación entre sus integrantes y un consecuente desconocimiento mutuo.
- Distancia emocional de cada uno respecto a los demás y desinterés por lo que les suceda.

- Incapacidad para manejar los conflictos e incluso para hablar de ellos. Fingir que todo está bien, que no hay problemas, mientras el conflicto sigue profundizándose.
- Escasa o nula convivencia. Dificultades para mostrar afecto y en general para expresar las emociones ante los otros miembros del grupo.
- Relaciones rígidas y autoritarias. Pocas posibilidades de expresar las necesidades individuales.
- Incapacidad de adaptación a circunstancias variables y en particular a los cambios que experimente alguno de sus integrantes. Expectativas muy rígidas sobre los demás.
- Específicamente en los casos de maltrato se tiene una incapacidad para manejar y resolver conflictos y de adaptarse a los cambios que ocurran en la familia o en alguno de sus integrantes, así como la formulación de expectativas rígidas sobre los demás.

Existen otros factores que si no se resuelven pueden desembocar en violencia, por ejemplo, la pérdida de empleo del padre. Aquí pueden influir las variantes del modelo individual respecto a la frustración masculina por no poder cumplir los roles asignados de proveedor.

En una familia disfuncional la causa de la violencia no estriba en la frustración individual sino en la incapacidad de *todos* para asumir las nuevas funciones. Desde esta óptica, el problema no está únicamente en el agresor ni en la víctima, sino en el **sistema familiar** y su funcionamiento (lo cual no le quita responsabilidad al agresor).

De acuerdo a Falcón, (2001) una familia funcional (sin violencia) sería un espacio democrático donde todos tienen obligaciones y derechos, donde las opiniones de todos son importantes y donde no existen privilegios en función de la edad o del sexo. Una familia funcional sería aquella en la que no hay un jefe y las decisiones se toman de común acuerdo entre sus miembros (lo cual puede resultar ilusorio y a veces difícil). Debe prevalecer el respeto a los derechos individuales y también a sus diferencias. En una familia funcional sus integrantes tendrían que apoyarse mutuamente.

Paralelamente, sería una familia disfuncional aquella en la que prevalecen relaciones de autoritarismo, dominio y control, en la que no se aceptan las diferencias, en la que los conflictos se ignoran o se manejan mediante la imposición y en la que las jerarquías marcan la desigualdad proclive al ejercicio de la violencia.

Hay que recordar que la familia no está aislada (desde una perspectiva sistémica), más bien son el reflejo de lo que ocurre en un entorno más amplio. La organización social, las instituciones, los mensajes que transmiten los medios de comunicación, los sistemas de educación, las redes de amigos y de parientes, todo ello influye en la composición de los hogares y en las relaciones que establecen sus integrantes.

Por otro lado, la violencia familiar ha sido abordada a partir de tres niveles: a) nivel de análisis intraindividual: se enfoca a las características de personalidad del victimario como el determinante de la violencia y el abuso en

el hogar. Está basada en un modelo psiquiátrico, por ello el término victimario. b) Nivel de análisis psicosocial: se centra en los factores ambientales que impactan a la familia. Es en este nivel donde se puede analizar la interacción familiar como precursora de la violencia. c) Nivel de análisis sociológico o sociocultural: enfatiza la consideración de factores macrosociales vinculados al surgimiento y mantención de interacciones violentas (Sarquis, 1993).

Traverso, (2000) señala que en la violencia existen **factores de riesgo** tanto individuales como de origen social o cultural. Entre los primeros se encuentran el alcoholismo, el bajo nivel educacional del agresor (aunque no siempre), y el hecho de haber estado expuesto a la violencia durante la niñez, ya sea como víctima o como testigo. Entre los de tipo sociocultural figuran la pobreza del hogar y el alto nivel de poder y control que ejerce el hombre agresor dentro de la familia.

Algunas investigaciones han analizado el efecto que tienen en la violencia variables como el estrés, el nivel de aislamiento social de la pareja, las dificultades de comunicación, la duración del matrimonio, el alto nivel jerárquico de la organización familiar y la violencia conyugal de los padres y de los suegros de la víctima (Larraín, 1994, Ferreira, 1989, Minuchin, 1991, Ravazzola inédito en Traverso, 2000).

Un estudio realizado en México indica que cinco de cada diez mujeres que acudieron al hospital para recibir atención médica presentaban lesiones ocasionadas por su pareja (Lozano, 1999 en Traverso, 2000).

Asimismo, se dice que el embarazo se vuelve un factor de riesgo para la violencia doméstica. Una investigación realizada en 1992 en México (Valdez y Sanín, 1996 en Traverso, 2000) señala que de una muestra probabilística de 342 mujeres encuestadas, el 33% de ellas habían sido maltratadas y, de ese total, el 20% había sufrido golpes en el abdomen durante el embarazo.

La mujer que vive en condiciones de violencia presenta un estado físico deteriorado, baja autoestima, temor permanente a ser agredida, depresión, alteraciones emocionales y debilitamiento gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento generalizado de sus problemas de salud.

Toth y otros, (1997) en Linares, (2002) encuentran que los niños maltratados físicamente son más controladores y menos expresivos que el resto, mostrando representaciones más negativas de sí mismos y de sus figuras de apego.

Ahora bien, la **perspectiva sistémica** plantea la eliminación de las categorías de “víctima” y “victimario” cuando se habla de violencia intrafamiliar, por ejemplo la propuesta de Perrone y Nannini que se expondrá a continuación. Sin embargo, Cirillo y Di Blasio quienes estudiaron el maltrato infantil siguiendo el modelo de Milán, sí utilizan la categoría víctima. No obstante lo anterior, es importante destacar que cuando la ley interviene en un caso de violencia intrafamiliar, ésta sí denominará víctima al receptor.

Sarquis, (1993) menciona que Straus es el primer autor que utilizó los conceptos sistémicos para abordar el tema de la violencia en la familia.

Desde esta perspectiva, la familia se concibe como un sistema adaptativo en busca de metas y la violencia como un producto o una respuesta del sistema a su funcionamiento general. Este modelo plantea que el sistema familiar presenta algunos mecanismos de *retroalimentación positiva* que dan cuenta del espiral de violencia al cual la familia puede llegar. Entre estos se menciona:

- La compatibilidad entre el acto de violencia y las metas del actor y del sistema.
- La auto-concepción del actor como persona violenta.
- Las expectativas del rol de la víctima.
- La alta tolerancia a la violencia por parte de la comunidad y
- El limitado poder de la víctima.

El modelo también considera procesos de *retroalimentación negativa* que explican el mantenimiento o disminución del nivel de violencia en el sistema.

TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Es común en la población en general que al referirse al término de violencia se piense solamente en agresiones físicas, no obstante, la violencia posee diversas manifestaciones a continuación descritas.

Perrone y Nannini, (1997) argumentan que la familia tanto puede ser una entidad social que posibilita crecer a sus miembros y desarrollar sus capacidades, su potencial y habilidades para lograr su autonomía; como también puede ser un lugar de sufrimiento, arbitrariedad, injusticia, opresión, pena, amenaza, violencia y abusos sexuales.

La familia puede funcionar como una unidad de comprensión y de solución de los fenómenos de la violencia.

Perrone y Nannini se basan en la **teoría de la comunicación humana de la escuela de Palo Alto** en la que prevalecen la descripción y la explicación del “aquí y ahora” para abordar la violencia. Basándose en lo anterior, creen que la intervención de la violencia consistiría en la creación de relaciones en las que se pueda evitar la necesidad de la violencia.

La comunicación es el vehículo de las manifestaciones observables de la relación entre y dentro de los subsistemas. Toda conducta y no sólo el habla es comunicación y toda comunicación afecta la conducta. De acuerdo a cómo se den las pautas de comunicación se podrá hablar de comunicación patológica o no patológica (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

Dentro de la teoría sistémica, existen dos conceptos que pueden servir para describir la comunicación en la familia y que son útiles para explicar la violencia intrafamiliar: **morfogénesis** que se refiere al feedback positivo que posibilita el crecimiento del sistema familiar, su innovación y su cambio) y **morfostasis**, es decir, el feedback negativo que mantiene el equilibrio (Olson,

Mc Cubbin, Barnes, Larsen, Muxen y Wilson, 1983 en Sussman y Steinmete, 1997).

Perrone, (1998) en Sarquis, (1993) considera la **violencia** como un problema de toda la familia. Se basa en el supuesto de que la violencia familiar es un fenómeno interaccional, en el cual todos se encuentran implicados y son responsables. Perrone y Nannini, (1997) mencionan que ninguna “víctima” ni ningún “verdugo” saldrán de su condición si no logra entrever de qué manera participan en ella y por consiguiente en su modificación.

Las palabras “víctima” y “verdugo” cortan la posibilidad de evolución, se requiere un cambio en el vocabulario y Perrone y Nannini lo logran. Sin embargo, esto solo aplica para la violencia en general. Cuando se habla de *abuso sexual* optan por utilizar los términos “abusador” y “víctima”.

Perrone y Nannini, (1997) argumentan que si no se toma en cuenta la diferencia, la singularidad y los deseos de cada persona, aparece la violencia. Algunas premisas para encarar la violencia de manera dinámica y considerarla desde una perspectiva de cambio son:

1. La violencia es la manifestación de un fenómeno interaccional.
2. Todos cuantos participan en una interacción se hallan implicados y son responsables (un niño puede negarse a hacer la tarea y ser en parte responsable de la palmada (no rayando en el maltrato) que recibirá por desobedecer).
3. Todo individuo adulto con capacidad para vivir de un modo autónomo, es el responsable de su propia seguridad. Si no asume esta responsabilidad puede estimular los aspectos violentos de la otra persona.
4. Cualquier individuo puede llegar a ser violento, con diferentes modalidades.

Las premisas anteriores se sitúan en una perspectiva sistémica donde se estudia la participación de cada persona en el funcionamiento del sistema y cada uno tiene que hacerse responsable de sus propios comportamientos.

Según Perrone y Nannini es conveniente diferenciar la **agresión** de la **violencia**. En la primera existe una definición del territorio de cada uno para hacer valer sus derechos. En cambio en la violencia se rompen los límites del propio territorio y los del otro, se invade la relación y los vuelve confusos. El **acto violento** se puede definir como todo atentado a la integridad física y psíquica del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y de peligro.

Por otro lado, de acuerdo al modelo circular se vuelve incompatible el uso de los términos “víctima” y “verdugo”. En lugar de ello, Perrone y Nannini, (1997) proponen dos tipos de actores:

- **Emisores:** son los que manifiestan la violencia con hechos.
- **Receptores:** son los que reciben la violencia.

Perrone, (1998) en Sarquis, (1993) menciona que la hipótesis de este modelo plantea un patrón circular en las transacciones dentro del sistema, lo

que lleva a un funcionamiento violento. El objetivo terapéutico consiste en poner en evidencia las secuencias comunicacionales repetitivas y las retroalimentaciones positivas que conducen a actos violentos en respuesta a ciertos mensajes.

Asimismo, el modelo de Perrone distingue dos tipos de relaciones en las que se dan distintas formas de violencia:

1. **Relación simétrica:** se manifiesta con golpes y agresiones recíprocas. Se habla de **violencia agresión**.
2. **Relación complementaria:** en ésta se produce la **violencia castigo**, donde un miembro somete al otro a maltratos, hay castigos, torturas, negligencia o falta de cuidado.

De acuerdo a lo dicho con anterioridad, se tienen dos **tipos de violencia** (Perrone y Nannini, 1997):

1. **Violencia agresión (en una relación simétrica).**
2. **Violencia castigo (en una relación complementaria).**

En la **violencia agresión** la **escalada simétrica** (por ejemplo el marido le pega a su esposa, pero está última le grita y le arroja un objeto – cada vez la violencia va aumentando-) desemboca en una agresión mutua y poco importa que uno se más fuerte (como con los niños).

Después del acto violento suele haber una **pausa complementaria**, donde el que ejecutó la violencia pide “perdón” y después sobreviene la reconciliación (círculo de la violencia). Se puede pedir ayuda a otras personas (el marido golpeador puede pedir ayuda médica, mientras que la madre que golpea a su hijo suele llevarlo a que lo curen, lo consuela y le pide disculpas).

La pausa complementaria tiene dos etapas:

1. Sentimiento de culpabilidad.
2. Olvido, canalización, desresponsabilización y desculpabilización, todo ello para mantener la ilusión de la armonía.

A menudo es durante la pausa complementaria cuando se pide ayuda a un terapeuta.

Se tiene que mencionar que en la violencia agresión la autoestima y la identidad están preservadas. El pronóstico es positivo y las secuelas psicológicas son limitadas. Aunque conscientes de la incongruencia de los episodios violentos, los actores de la violencia agresión muestran su preocupación y su voluntad de salir adelante.

Por otro lado, la **violencia castigo** o complementaria es una forma de violencia en la cual la “víctima” pierde el sentido de su integridad y puede llegar a justificar y negar la violencia del otro. La relación de abuso sexual se aproxima a éste tipo de configuración relacional. Lo peor es cuando no existe violencia en el abuso sexual porque esto genera confusión en la víctima que se incapacita para distinguir la gravedad del acto.

La violencia castigo es unidireccional, cuando se da entre adultos se observa que quien controla es quien impone el castigo, muchas veces mediante golpes o privaciones. Cuando se trata de la violencia castigo del adulto hacia el niño (ver maltrato infantil), se pueden mencionar como

ejemplos: la tortura, la privación, las palizas o el mal cuidado en las enfermedades. Los niños que sufren éste tipo de violencia crecen con un sentimiento de indignidad, creen merecer los castigos y son incapaces de mirar de frente. En este punto puede verse como la violencia puede tener efectos avasalladores, por ello la importancia de la prevención.

En la violencia castigo no hay pausa, el emisor considera que debe comportarse así y lo peor es que el receptor está convencido que tiene que soportarlo, por lo que la violencia permanece escondida. En la violencia castigo ambos tienen una baja autoestima. El pronóstico es reservado, el emisor tiene mínima conciencia de la violencia.

Según Perrone y Nannini, (1997) lo desconcertante es la voluntad de permanecer en el lugar del “sacrificio”. Los actores construyen un marco relacional que luego los atrapa.

Perrone, (1998) en Sarquis, (1993) enfatiza que las secuencias de interacción violentas suelen ser repetitivas, casi estereotipadas, por lo que propone una especie de contrato implícito (metacomunicado) entre los participantes, al que denomina **consenso implícito rígido**.

Según Perrone y Nannini, (1997) es en el consenso implícito rígido donde se determinan los mensajes verbales o no verbales que desencadenan el acto violento. La violencia se manifiesta de forma ritualizada: una cierta escena se repite. Se observa generalmente una anticipación e incluso preparación de la secuencia violenta.

Se trata de una trampa relacional: la violencia como una necesidad de mantener el equilibrio.

El consenso se apoya sobre la imagen negativa que cada uno tiene de sí, la noción de límites se modifica, volviéndose paradójicos: “puedes pegarme pero dentro de la casa, no fuera”. Simultáneamente se prohíbe a la vez que se otorga permiso.

A raíz de la baja autoestima suelen justificarse las palizas: “no sirvo para nada, no me merezco una vida diferente”.

Perrone, (1998) en Sarquis, (1993) menciona que en el consenso implícito rígido se establece el marco en el cual se va a llevar a cabo el acto violento, que comprende el aspecto espacial, temporal y el temático. Se dice que se puede romper el contrato (por lo tanto la secuencia de la violencia) si al menos uno de los actores se sustrae a tal consenso implícito rígido.

Perrone y Nannini, (1997) describen los 3 aspectos antes mencionados:

- **Aspecto espacial:** es el territorio donde se admite la violencia, además de la presencia o exclusión de terceros.
- **Aspecto temporal:** determina el momento y la cronología de los hechos, por ejemplo al irse a acostar, durante la comida, etc.
- **Aspecto temático:** hay acontecimientos, circunstancias o contenidos de comunicación que desencadenan el proceso (la infidelidad, los hijos, el trabajo, etc.).

Siempre hay un poderoso activador que autoriza el pasaje al acto y anuncia el episodio violento. Es necesario identificar este mensaje si se desea detener la violencia. El equilibrio previo se ve amenazado por un gesto o por

una mirada. Quien se encuentra en una posición alta es el que decodifica el comportamiento del que ésta en posición baja.

Perrone plantea la participación del “*relais*” y “*reguladores*” en el funcionamiento de los sistemas. En el primer caso, pueden ser los parientes, vecinos, la policía, etc., estos son activados cuando aumenta o disminuye la tensión en el sistema. La función de los “*relais*” es procurar la conservación del sistema. Por otro lado, los reguladores se constituyen cuando las instancias de control externo (los “*relais*”) son interiorizados por el sistema favoreciendo su autonomía. Si hay “*relais*” (tercero incluido) no hay control interno del sistema contra la violencia, no hay resolución.

MALTRATO INFANTIL

El maltrato a los niños, es un grave problema social que esta catalogado dentro de la violencia intrafamiliar, donde el niño es la víctima silenciosa (por ejemplo cuando ve y sufre las agresiones del padre que golpea o incluso mata a su madre).

Cuando un niño padece el maltrato, tenderá a reproducir esas conductas, aunque se puede prevenir a tiempo para impedirlo (Urra, 2002).

Con respecto al punto anterior, Bringiotti, (1999) menciona que la propia historia de crianza de los padres, el tipo y calidad de atención recibida en la infancia, estarían explicando la capacidad para cuidar, atender y educar adecuadamente a los propios hijos (lo cual no justifica el maltrato).

Corsi, (2003) refiere que es altísima la probabilidad de que los menores maltratados o testigos de violencia hacia sus madres sean a sus vez adultos maltratadores en el hogar y/o violentos en el medio social, ya que es el comportamiento que han interiorizado como natural en su proceso de socialización primaria.

El **maltrato infantil** posee las siguientes cuatro variantes (que tienen que ver con lo planteado por Perrone y Nannini (Papalia, Wendkos y Duskin 2001):

- **Abuso Físico:** es la acción efectuada para poner en peligro a un niño, éste incluye una potencial lesión corporal ocasionada por golpes, quemaduras, etc.
- **Negligencia:** se define como la incapacidad de satisfacer las necesidades básicas de un niño, como alimentación, vestido, protección, supervisión y atención médica.
- **Abuso sexual:** es la actividad sexual que involucra a un niño y a una persona mayor.
- **Maltrato emocional:** incluye actos de abuso o negligencia que posteriormente pueden ocasionar trastornos cognitivos, emocionales, mentales o del comportamiento.

Barudy describe dos modalidades de violencia física que coinciden a grandes rasgos con los dos tipos de Perrone y Nannini: la violencia agresiva y la violencia ideológica. En la primera los padres carecen de un lenguaje adecuado, aunque puedan llegar a reconocer con cierta facilidad que hacen daño a sus niños. En la violencia ideológica, determinadas creencias destructoras impiden el desarrollo adecuado de los rituales neutralizadores de la violencia (Linares, 2002).

La **violencia física** quizá sea la modalidad de maltrato infantil que más directamente depende de factores interaccionales en la pareja parental. La **triangulación** característica de las familias organizadas en torno a la violencia física tiene algunos ingredientes que la aproximan a la que se observa en las familias de transacción psicótica: la pasión de uno de los padres es más fuerte que la necesidad de mantener una adecuada nutrición relacional con los hijos. Cirillo y Di Blasio mencionan que el carácter explosivo de la interacción facilita, probablemente una mayor explicitación del juego. Los hijos pueden reprocharle a la madre que no se separe del padre y pueden enojarse con ella, incluso pueden ser ellos los que se separen. La desconfirmación no se produce y el fantasma de la psicosis se aleja, permaneciendo la organización familiar en el campo de la triangulación manipuladora. En el caso de que la violencia sea sólo un ingrediente de un juego desconfirmador, la situación evolucionará hacia un juego psicótico. También puede ocurrir que la violencia se ejerza fuera de pautas relacionales triangulares, sobre unos hijos que difícilmente pueden por su corta edad, participar activamente en el juego del maltrato (Linares, 2002).

La **negligencia** es el tipo de maltrato que con mayor frecuencia suele producirse de forma inconsciente, como una manifestación más de ignorancia, incultura o incapacidad parental para proteger y criar a los hijos (Martínez y de Paúl, 1993 en Lidón y Clemente, 2002).

Con respecto a la **violencia sexual**, se tiene la obra de Malacrea y Vasalli como la continuación de la de Cirillo y Di Blasio, representando ambas las ideas del Centro per i bambino maltrattato de Milán. Mencionan que pueden distinguirse 3 grados de gravedad con respecto al abuso sexual: 1) menos grave: besos sexuales y tocamientos del cuerpo vestido; 2) grave: con tocamientos del cuerpo desnudo y penetraciones manuales y 3) muy grave: felaciones, cunnilingus y penetraciones genitales. Estos autores creen que la máxima incidencia es en la preadolescencia entre los 8 y los 12 años, afectando a cinco niñas por cada dos niños. El abusador más frecuente es el padre con una edad promedio de 33 años y con ausencia de trastornos mentales (Linares, 2002).

Aunque puede cobrar una forma patológica, en cierto modo es un signo positivo el intento de comunicar mediante el comportamiento que se ha sufrido de abuso. La forma más seria que esto puede tomar es cuando un padre que a su vez fue víctima (se habla de víctima porque fue abuso sexual y no de receptor, como anteriormente se señaló que plantean Perrone y Nannini) coloca a su hijo o hija en una situación en la cual puede convertirlo en víctima a su vez, con el fin de poder trabajar lo vivido durante su infancia. Los padres que

hacen esto deben ser atendidos con sumo cuidado, pues aunque su actitud es patológica, de todas maneras están tratando de curar sus heridas de la infancia (Sullivan y Everstine, 1997). Pero también las víctimas de abuso requieren de apoyo para escapar del abusador (Sullivan, 1991 en Kandel, 2003).

Por otro lado, no es fácil identificar el **maltrato emocional**, puesto que sus efectos pueden no manifestarse inmediatamente y ser difíciles de diferenciar de los signos de trastorno emocional y otros problemas de desarrollo (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Asimismo, Cirillo y Di Blasio, (1988) en Cirillo y Di Blasio, (1989) mencionan que el maltrato en la infancia hace más probable el recurso cuando se es adulto de comportamientos violentos hacia los propios hijos; esto es lo que comúnmente se denomina: **“ciclo repetitivo del abuso”**. Estos autores utilizaron como esquema referencial el elaborado por Mara Selvini Palazzoli y otros (1988) para el análisis de los juegos psicóticos en analogía para describir la dinámica de la familia que maltrata.

A diferencia de lo que ocurre en los juegos psicóticos, que permanecen más negados y ocultos, el conflicto conyugal explota en las familias con violencia (Linares, 2002).

No obstante, la atención de Cirillo y Di Blasio sólo se limita a la violencia física. Es importante recordar que cuando se habla de maltrato infantil, se trata de una relación complementaria, donde el tipo de violencia es la violencia castigo, según lo dicho por Perrone y Nannini, (1997). Debe recordarse que la violencia de un adulto hacia un niño siempre se caracterizará por una relación complementaria, aunque en ocasiones el niño entre en escalada con el padre. Debido a lo anterior, cuando se habla de violencia física, es comprensible que Cirillo y Di Blasio se refieran al niño, como víctima y no como receptor; asimismo, estos autores enfatizan una posición activa (dominador) y una inactiva (víctima) que tendría que ver con un emisor y un receptor respectivamente, en este caso una víctima porque se trata de un niño.

A continuación se presentará un cuadro con las 4 etapas de la familia que maltrata (Cirillo y Di Blasio, 1988) en Cirillo y Di Blasio, (1989):

CUADRO 21: Cuatro etapas de la familia que maltrata

ETAPA	DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA
1. El conflicto de pareja	Oposición constante de un integrante de la pareja hacia el otro. Existen rupturas breves, amenazas de separación y reconciliaciones. El conflicto perdura por la expectativa que cada uno de los integrantes de la pareja tiene de modificar al otro y de lograr que se rinda. Hay dos posiciones: una de víctima (posición inactiva) y la otra de dominador aparentemente activo. El niño sólo es un espectador mostrando ansiedad e irritabilidad.
2. La inclinación de los hijos	A medida que perdura el conflicto, los hijos son empujados al campo de batalla y a ponerse de parte de uno de los padres. El niño se implica emotivamente con el progenitor que percibe más débil. Este tipo de implicación emotiva comienza a detectarse a partir de los 3-4 años. El progenitor que ahora es consolado, pudo haber sido consolador de su propio padre en la infancia. Es fácil observar una coalición entre un progenitor y su hijo en contra de su cónyuge; misma que puede desaparecer si el conflicto se resuelve. Si no hay reconciliación puede haber separación. El niño muestra ansiedad y miedo.
3. La coalición activa del hijo	Se puede llegar a una tercera etapa, donde el niño que se ha inclinado hacia uno de los padres comienza a dirigir su propia hostilidad hacia el otro. Ya no es un

	simple espectador, ahora actúa en defensa de uno de los padres. El niño reacciona con furia y agresividad acompañadas por comportamientos de oposición y rebelión dirigidos hacia uno de los padres. Si el conflicto perdura, el niño puede adoptar de manera estable respuestas agresivas, que utilizará incluso fuera de la familia.
4. La instrumentalización de las respuestas del niño	El niño asume la posición de instigador activo del maltrato. Los padres no pueden interpretar las respuestas emotivas y de comportamiento del niño como señales directamente ligadas con el conflicto de pareja. Creen que su hijo es desobediente y entonces lo castigan. Las reacciones del niño son utilizadas para hacer reproches recíprocos de incompetencia. Los padres asumen papeles estereotipados (uno puede ser excesivamente permisivo y el otro excesivamente autoritario). En una competencia por ver quién es el mejor padre, el niño se siente traicionado y termina por detestar a ambos. Sus reacciones de rabia, hostilidad y agresividad se expresan ahora indistintamente contra los dos padres. De tal modo, que con su comportamiento se vuelve tanto víctima como instigador de la violencia. Se transforma así en protagonista activo.

El niño posee un esquema de lectura lineal, lo que lo lleva a pensar que las acciones más evidentes deben ser castigadas. Comenzará a rebelarse para castigar al culpable esperando un reconocimiento del progenitor al que cree estar defendiendo. La desilusión de estas expectativas, la connotación negativa de su comportamiento y el conflicto entre sus padres; lo harán sentirse traicionado y querrá rebelarse posteriormente tanto en su familia como fuera de ella.

El progenitor que maltrata se basa en el temor a la pérdida y al abandono. Reacciona con rabia, ansiedad y hostilidad, no sólo por causa de sus experiencias pasadas, sino también porque percibe confusamente que está excluido de la coalición que se ha establecido entre su pareja y su propio hijo.

Por otro lado, en la familia que maltrata el conflicto conyugal explota de modo violento y manifiesto. Cirillo y Di Blasio, (1989) hablan acerca de los **juegos familiares** típicos de las familias que maltratan y esbozan una **tipología de las familias que maltratan** distinguiendo entre las familias en las cuales el papel del niño maltratado puede ser considerado insignificante y aquellas en las cuáles los hijos se utilizan activamente para mantener el juego relacionado con el maltrato.

En la primera categoría se encuentra el padre que maltrata o descuida, quien generalmente es incapaz de hacer atender y criar a sus hijos. **La incapacidad de los padres como mensaje** es la definición que se le puede dar a este grupo de juegos.

En la segunda categoría se tiene a las familias en las cuales es objeto de maltrato más que de descuido, un hijo específico. En estas familias los niños maltratados tienen al menos dos años. Los juegos más destacables en estas familias serán del tipo **chivo expiatorio**.

A continuación se describirán con más detalle cada una de estas categorías:

1. La incapacidad de los padres como mensaje

Es posible asignar al maltrato un significado de reclamo frente a un pariente que se muestra desinteresado hacia el progenitor que maltrata. Se puede reconocer como destinatario de este mensaje, ante todo, al otro **padre**. El progenitor que maltrata puede ser tanto el padre como la madre. Para

entender más fácilmente este tipo de juego se elabora la hipótesis acerca de que el progenitor que maltrata es la madre que ha quedado sola. El maltrato del niño es por tanto la expresión de un complejo conjunto de sentimientos: por un lado la intolerancia hacia el hijo, por otro lado la madre cree que el padre puede gozar de la vida ahora que se liberó del hijo, mientras que ella que antes había deseado y amado al niño se siente ahora oprimida. Sin embargo, a veces puede ocurrir que la madre atienda a su hijo de manera perfeccionista de modo que el padre note lo inútil que es. Pero cuando la madre descubre que no puede sola con la crianza del niño, éste último se convierte en un obstáculo que el padre le ha puesto. Si el niño es maltratado, esta acción se entiende como dirigida al padre.

Puede que también ocurra que la madre se sienta abandonada por el padre y entonces ejerza el maltrato a su hijo privándolo de afecto.

Por otro lado y con mucha frecuencia, el destinatario del mensaje que expresa la incapacidad para criar a los hijos es el **progenitor del padre inepto**. Es como si la madre quisiera castigar a su propia madre con el maltrato de los niños porque ella misma sufrió descuido de pequeña. Muchas veces la madre espera que su madre cuide a los niños como una especie de resarcimiento, pero si la abuela no accede, la madre puede sentirse más frustrada. En caso de que acepte, la madre se daría cuenta que ese resarcimiento no la satisface.

Lo anterior es muy frecuente en el caso de muchachas toxicodependientes.

Se ha hablado de la madre como la que ejerce el maltrato porque esta conducta es usada por la joven madre para llamar la atención de la abuela. Lo anterior sucede en configuraciones familiares en donde el padre de la muchacha está ausente o periférico.

La muestra máxima de descuido que la hija reprocha es que su madre no se haya opuesto a su matrimonio, siente como si la hubiera entregado al primer hombre a pesar de que ella misma lo quisiese.

Otro destinatario de la incapacidad de los padres puede ser un **hijo**, en cuanto éste se incorporó de manera inesperada en la pareja (por ejemplo, un embarazo no deseado), mientras los otros hijos aparecen de cierta manera fuera del juego.

2. El maltrato del chivo expiatorio

Frecuentemente el hijo que asume el papel de chivo expiatorio (quien es el único maltratado o quien lo es más llamativamente) mantiene vínculos con cualquier miembro de la familia de origen. A veces, sólo es hijo de uno de los cónyuges y por este motivo ha sido durante un tiempo atendido por los abuelos. Lo anterior suele denominarse el juego del “**patito feo**”.

El juego del “patito feo” se presenta con muchas variantes: la más significativa se refiere a aquellos casos en los cuales un padrastro y una hijastra son empujados uno hacia el otro por una **profecía de incesto** que todos – ellos incluidos- conjuran para que se cumpla.

Otro caso es el del “**abogado defensor**” donde el maltrato se sostiene por una parte activa desarrollada por el hijo. Los cónyuges se exponen recíprocamente en un conflicto violento pero sin salida, que invita a los hijos a participar, defendiendo al padre, quien aparece para ellos como el más débil. La defensa del hijo a favor del padre a quien considera como víctima (en realidad también el provocador, pero de manera más encubierta) obtiene generalmente la transferencia sobre el hijo de la agresividad del padre hipotéticamente más fuerte y de esta manera desencadena la explosión de maltrato.

Una variante de este juego, es el “**defensor del ausente**”, en el cual el hijo toma partido por el progenitor que le parece más débil, se da en las situaciones de separación conyugal.

Muchas veces el padre (directamente o por intermediarios) mantiene contacto con los hijos, de tal modo que estos conocen las miserables condiciones en las que vive. A los ojos del niño es probable que el padre aparezca como “echado de la casa” por su madre, el padre describirá a la madre como la “mala” que le impidió estar con él. De este modo, por un lado el niño se compadecerá del padre y por el otro tendrá resentimiento hacia la madre.

Asimismo, la división del tiempo para estar con los padres (los deberes con la madre y los placeres con el padre) contribuirá a la idealización del padre bueno y de la madre exigente.

A la madre le comienzan a pesar los sacrificios para mantener al hijo ella sola, de ahí el maltrato que frecuentemente explota.

VIOLENCIA CONYUGAL

Otra parte de la violencia intrafamiliar es la violencia conyugal, la cual desafortunadamente se da con mucha frecuencia y en ocasiones (al igual que en el maltrato infantil) se oculta o no se percibe como tal porque “no se ve” (“si me golpea es violento, pero si me ignora no lo es”).

Corsi, (1994) menciona que la **violencia conyugal** incluye situaciones que se producen en forma cíclica y con intensidad creciente, entre los miembros de la pareja conyugal. El 2% de los casos corresponde a abuso hacia el hombre, el 75% de los casos corresponde a maltrato hacia la mujer y el 23% restante son los casos de violencia recíproca o cruzada. Básicamente se tienen las mismas categorías de maltrato descritas con anterioridad y que como ya se dijo tienen correspondencia con lo que plantean Perrone y Nannini.

- El **abuso físico** puede comenzar con un pellizco y continuar con empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, torceduras, pudiendo llegar a provocar abortos, lesiones internas, desfiguraciones hasta el homicidio.
- El **abuso emocional** comprende una serie de conductas verbales tales como insultos, gritos, críticas permanentes, desvalorización, amenazas, etc. La mujer sometida a este clima emocional sufre

una progresiva debilitación psicológica, presenta cuadros depresivos y puede desembocar en el suicidio.

- El **abuso sexual**, consiste en la imposición de actos de orden sexual contra la voluntad de la mujer. Incluye la violación marital.
- **Violencia recíproca y cruzada:** para poder clasificarla de esta manera es necesario que exista simetría en los ataques y paridad de fuerzas físicas o psicológicas en ambos miembros de la pareja. El maltrato recíproco puede ser verbal y/o físico.

Muchos de los casos de violencia están inmersos en el continuo **círculo de la violencia**, en donde el maltrato, el abuso, las amenazas, etc., se entremezclan con momentos de arrepentimiento, paz y demostraciones de cariño. Lo anterior dificulta tomar conciencia de la gravedad del problema, por lo que se continúa en la misma dinámica familiar (Bottinelli, 2000 en Navarro, 2006).

La violencia en la pareja afecta a toda la familia, los golpes y amenazas pueden limitarse o no al subsistema conyugal, que de todas formas resuena en el subsistema fraterno. Los hijos viven en un clima donde aprenden una manera disfuncional de mostrar su enojo y de resolver problemas, asimismo, están dentro de un clima hostil, con miedo, inseguridad, mala relación con uno o ambos padres, problemas en la escuela o con sus coetáneos, baja autoestima, etc.

La modalidad de relación característica de la pareja parental en las familias abusadoras es básicamente **complementaria** (Linares, 2002).

A continuación se mostrará un cuadro que resume los resultados de las principales investigaciones acerca de la violencia familiar llevadas a cabo en los últimos 20 años:

CUADRO 22: Resultados de las investigaciones acerca de violencia hechas en los últimos 20 años (tomado de Corsi, 2003)

ÁMBITO	CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN EL ÁMBITO FAMILIAR
Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de ausentismo laboral. - Disminución del rendimiento laboral.
Educación	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del ausentismo escolar. - Aumento de la deserción escolar. - Trastornos de conducta y de aprendizaje. - Violencia en el ámbito escolar.
Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Consecuencias para la salud física (lesiones, embarazos no deseados, cefaleas, problemas ginecológicos, discapacidad, abortos, fracturas, adicciones, etc.). - Consecuencias para la salud mental (depresión, ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos pseudopsicóticos, etc.). - Trastornos del desarrollo físico y psicológico. - Consecuencias letales (suicidio y homicidio).
Social	<ul style="list-style-type: none"> - Fugas del hogar. - Embarazo adolescente. - Niños en situación de riesgo social (niños en la calle). - Conductas de riesgo para terceros. - Prostitución.

III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

Seguridad	<ul style="list-style-type: none">- Violencia social.- Violencia juvenil.- Conductas antisociales,- Homicidios y lesiones dentro de la familia,- Delitos sexuales.
Economía	<ul style="list-style-type: none">- Incremento del gasto en los sectores Salud, Educación, Seguridad, Justicia.- Disminución de la producción.

Respecto a la violencia en México, se tiene la encuesta de la Opinión Pública sobre la Incidencia de Violencia en la Familia, realizada en 1995 por la Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, AC (Covac), y la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar que a finales de 1999 realizó el INEGI. La encuesta se aplicó en el área metropolitana del Distrito Federal, encontrándose que una de cada tres familias sufre algún tipo de violencia y que generalmente los agresores son hombres en el 85.3% de los casos (Pastrana, 2001).

Por otro lado, Alvarado, Moysén, Estrada y Terrones, (1998) realizaron un estudio para evaluar la violencia intrafamiliar en Durango y encontraron que: la prevalencia de violencia intrafamiliar más frecuente en las mujeres de la ciudad de Durango fue la sexual, seguida por la física y la emocional. En la mayoría de los casos la violencia física va acompañada de violencia emocional en forma de intimidación y abuso verbal.

Más recientemente el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), dieron a conocer los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH). La encuesta fue llevada a cabo durante octubre y noviembre del 2006 en aproximadamente 128 mil viviendas con representatividad nacional, rural-urbano y por entidad federativa en 25 entidades federativas.

En dicha encuesta se encontró que la violencia contra las mujeres perpetrada por la pareja tuvo un 43.2% a nivel nacional, con un 54.1% en el estado de México y un 33.7% en el estado de Coahuila de Zaragoza.

De estas mujeres, 37.5% ha recibido agresiones emocionales; 23.4% recibió algún tipo de agresión para controlar sus ingresos y el flujo de los recursos monetarios del hogar, así como cuestionamientos con respecto a la forma en que dicho ingreso se gasta.

Dos de cada diez mujeres declararon haber sufrido algún tipo de violencia física que les provocó daños permanentes o temporales. En Tabasco 25.7% de las mujeres sufrió algún tipo de violencia, mientras que en Tamaulipas el porcentaje alcanzó 13 por ciento.

Las mujeres víctimas de violencia sexual cometida por sus propias parejas representan el 9%; quienes refirieron diversas formas de intimidación o dominación para tener relaciones sexuales sin su consentimiento (INEGI, 2007).

Las cifras anteriores deben ser tomadas cuidadosamente porque cuando el control sobre las mujeres es mayor, y la subordinación y el sometimiento son

más tolerados socialmente, la “naturalización” de la violencia está tan asimilada que no es percibida como tal por las propias mujeres.

TERAPIA DE LA VIOLENCIA

Intervención a partir del modelo de Milán

La *prevención* siempre es más deseable que la intervención en un problema de la magnitud de la violencia intrafamiliar.

Existen patrones que pueden detectarse en determinado momento para que no se repitan a generaciones posteriores, tal es el caso de los *patrones trigeneracionales de violencia intrafamiliar*.

Como el primer caso que se presentó en este reporte, es notorio que la historia de crianza vivida en la familia de origen repercute de alguna manera cuando se es adulto. El modelo de Milán plantea que cuando se ha estado expuesto a maltrato en la familia de origen, es probable que cuando se es adulto se utilice la violencia hacia sus propios hijos y cónyuge.

Debido a lo anterior, es de suma importancia interrumpir los patrones trigeneracionales de violencia intrafamiliar trabajando para evitar que un progenitor utilice como arma a alguno de sus hijos en contra del otro cónyuge (instigación), pues de esta forma se evitaría que el hijo cayera en el juego de la pareja que sólo le originaría posteriormente una desilusión; ya que en realidad el padre que cree que lo prefiere sólo lo está utilizando como arma contra el otro padre. Si se impide que el hijo entre en el juego de los padres, se evitará que éste posteriormente se rebele tanto con su propia familia como fuera de ella.

Por otro lado, será de suma importancia trabajar con la historia de los padres, pues si estos no son capaces de reconocer su propio sufrimiento, no podrán entonces reconocer el sufrimiento de sus hijos. Será importante que tanto los padres como los hijos se escuchen los unos a los otros, no como manera de justificar la violencia, sino como una forma de entender que el otro también está sufriendo.

Dentro de la historia de cada uno de los padres deberá ahondarse en cómo fue la relación con su madre, si el padre estuvo presente o ausente, o ambos progenitores fueron emocionalmente lejanos y poco confiables; lo que llevaría a saber qué tipo de apego tuvieron: hacia el padre, hacia la madre o hacia ninguno de los dos porque fueron criados por alguien más. Este punto, lleva al terapeuta a saber si el progenitor experimentó abandono o no, en su propia familia de origen. Deberá recordarse que generalmente existe una idealización de los padres, aunque la relación con ellos no haya sido buena por lo que habrá que aclarar lo encubierto.

Conviene averiguar también cómo es que la pareja se unió, qué los llevó a estar juntos (suele suceder que las parejas se unan esperando que el cónyuge satisfaga las necesidades infantiles no cubiertas) y cómo es su relación en la actualidad.

Otro punto a destacar será saber cómo fue la relación madre-hijo en la infancia, si estuvo al cuidado de la madre o de alguien más, por ejemplo, la abuela. La adolescencia es otro punto a trabajar, se deberá investigar cómo fue ésta porque es frecuente que en esa época se den las parentalizaciones. Asimismo, se deberá saber cómo fue la relación con el padre, si estuvo presente o no.

Las sugerencias anteriores para prevenir los patrones de violencia intrafamiliar tienen que ver con la revelación del *juego* familiar, donde se tendrá que reconstruir el juego y se darán indicaciones (ya no paradójicas) en la dirección del cambio.

Intervención a partir del modelo estructural

La detección precoz de la violencia intrafamiliar es un elemento esencial para el tratamiento (Cobo, 1999).

Si la prevención debe anticiparse al maltrato para tratar de evitarlo, el tratamiento tiene como misión fundamental interrumpirlo. Es decir, hacer que cese de producirse lo antes posible y que disminuya cuanto antes su intensidad y su gravedad, introduciendo, liberando y potenciando recursos de todas clases que garanticen la nutrición de las personas maltratadas (Linares, 2002).

Ahora bien, los episodios de violencia desde una postura estructural, se pueden conceptuar como un problema de **límites y jerarquía**, de tal manera, que el terapeuta ha de organizar las reglas familiares en torno a límites claros y flexibles y a una jerarquía congruente que posibiliten el crecimiento y una relación sana entre los componentes de la familia.

El tratamiento de las familias violentas exige primeramente cautela por parte del terapeuta, ya que éste no debe precipitarse a cambiar determinados patrones que de momento son adaptativos. Posteriormente se debe trabajar sobre los cambios conductuales y proteger a los miembros maltratados en caso de que los episodios violentos aún continúen. Los cambios deben ir dirigidos a alterar las coaliciones intergeneracionales que a largo plazo conducen a una tensión y un conflicto mayores y los patrones de cismogénesis simétrica o complementaria. Es necesario un respeto entre los miembros del sistema familiar, lo que será posible a medida que los límites entre los subsistemas se hagan más precisos y los padres se apoyen entre sí (Ochoa de Alda, 1995).

Se debe proceder cuidadosamente y buscar cambios paulatinos en algunos aspectos, posteriormente cuando se haya logrado una estrategia mejor adaptada, el terapeuta debe intervenir para volverlo más normal. Por ejemplo, puede existir una coalición madre e hijo en contra de un padre violento que es necesario atenuar, sin embargo existen momentos en que la madre requiere del hijo para defenderse del padre (Fishman, 1990 en Ochoa de Alda, 1995). Lo que se debería hacer es animar a la madre para apoyar al padre, uniendo a los progenitores se traza un límite preciso entre el subsistema parental y el conyugal que evita la triangulación. Se supone que si el progenitor violento percibe que su pareja lo apoya y no se alía en su contra con el hijo, no necesitaría recurrir a la violencia.

Ya iniciado el tratamiento, el terapeuta debe verificar la existencia de nuevos patrones de interacción que no incluyan la violencia.

Intervención a partir del modelo estratégico

El objetivo en este enfoque es dar congruencia al ordenamiento jerárquico según la propuesta de Haley, pues existe una lucha de poder.

Madanes también se centra en las incongruencias jerárquicas, haciendo hincapié en los niveles de organización frente a los niveles de comunicación. Los síntomas son actos comunicativos analógicos con una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales. La tarea del terapeuta será modificar estas analogías para impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas (Madanes, 1984 en Ochoa, 1995).

Para intervenir en los casos de violencia intrafamiliar, según la propuesta de Madanes, (1990), existen cuatro niveles distintos de interacción familiar con sus metáforas características. Madanes propone cuatro estrategias para cada nivel junto con sus metáforas terapéuticas. Los niveles son:

- Nivel I: dominar y controlar
- Nivel II: ser amado
- Nivel III: amar y proteger
- Nivel IV: arrepentirse y perdonar

Ya que lo que en este caso interesa es abordar la violencia solamente se hablará del primer y último nivel que parecen los más pertinentes para tratar la violencia.

Nivel I: dominar y controlar

Éste es el nivel más bajo, aquí los individuos están interesados por dominarse unos a otros y por disputar el control y el poder sobre su vida y sobre las vidas ajenas. La tarea del terapeuta es redistribuir el poder entre los miembros de la familia y cambiar su modo de uso.

Las mejores estrategias terapéuticas para este primer nivel de interacción familiar (el más primitivo) son cuatro:

1. **Corregir la jerarquía:** la idea es que los parientes mayores (por ejemplo los padres) proporcionen la guía benévola para reorientar al joven hacia una conducta socialmente aceptable.
2. **Fomentar negociaciones y contratos:** el terapeuta ayuda a los miembros de la familia a expresar sus preferencias y a establecer compromisos entre ellos.
3. **Cambiar los beneficios:** muchas veces los actos hostiles son recompensados con atención e interés, en tales casos es conveniente revertir la situación.
4. **Impartir rituales y ordalías:** los rituales sirven para marcar la transición entre dos etapas de la vida familiar o para indicar una transición dentro de una relación. Por otro lado, Madanes retoma la ordalía, que es una estrategia inventada por Milton Erickson, con el propósito de que a una persona le resulte más difícil tener un síntoma que no tenerlo.

Nivel IV: arrepentirse y perdonar

Lo principal será el arrepentimiento del emisor y el perdón del receptor, aunque éste último no estará obligado a otorgar el perdón. La labor terapéutica girará en torno a la redistribución de la carga de la vergüenza. Se tienen 4 estrategias:

1. **Crear un marco positivo:** será importante que la familia mejore su comunicación, su capacidad de afirmación y la de dar y recibir amor.
2. **Encontrar un protector:** se echará mano de personas fuertes y responsables (trátase de la familia extensa o de la comunidad) para que funcionen como redes de apoyo.
3. **Inducir al arrepentimiento y la reparación:** a pesar de que esta estrategia está destinada a situaciones de abuso sexual, puede ser fácilmente utilizada a situaciones de incesto y maltrato físico
4. **Suscitar compasión y sentimiento de unidad:** se escuchará y atenderá al paciente de tal forma que recupere sus recuerdos para luego pasar a cosas mejores de la vida.

Intervención a partir de la comunicación

De acuerdo a Perrone y Nannini, (1997) todas las personas utilizan a diario estrategias para evitar la escalada que conducirá a la violencia. Pero los protagonistas de la violencia emplean estas estrategias de maneja pobre.

Existen dos maneras de salir de la violencia:

1. **Salidas de evitación:** impiden la emergencia del acto violento, sin cambiar las conductas que provocan su aparición.
2. **Salidas de resolución:** cambian las condiciones que hacen que el acto sea probable.

Los protagonistas de la violencia familiar emplean diferentes salidas de evitación, según se encuentren ligados por una relación simétrica o complementaria. Las salidas de resolución parecen ser las mismas en ambos casos.

Salidas de evitación en la relación simétrica

Estas técnicas resultan eficaces ya que sin ellas resultaría un campo de batalla, algunas son:

- Uno de los miembros de la pareja puede abandonar la simetría para ponerse en posición de complementariedad, donde acepta la superioridad del otro.
- Utilizar un síntoma: el sujeto no acepta la superioridad, pero se sustrae a la relación simulando un dolor de cabeza o sufriendo síntomas reales.
- En una disputa, uno de los miembros puede abandonar el lugar, fumar un cigarrillo, romper un objeto, etc., tal maniobra que es siempre la misma sirve para evitar la violencia. Estas acciones en forma de ritual triangulan la relación. Otra posibilidad para evitar la violencia es pues el ritual.

- A veces otra persona como amigos o vecinos se mezclan en la disputa. El tercero es quien hace posible que se evite la violencia (se convierte en el *relais*).
- A veces se da una separación o incluso una ruptura más definitiva.

Salidas de evitación en la relación complementaria

En la violencia de tipo castigo quien tiene posibilidad de encontrar las estrategias de transformación es el que se encuentra en la posición baja. El orden de las salidas de evitación que se presentaran a continuación y que son las que emplea la persona que está en posición inferior corresponden desde la más trivial, cotidiana y funcional hasta la más disfuncional.

- Por ejemplo, buscar alianzas exteriores o descubrir una pérdida de fuerza por el otro para reintroducir la simetría.
- Alegar o experimentar síntomas.
- Se autoacusan, se autocastigan, piden perdón para que el otro no castigue (es la *sobremetacomplementariedad*).
- Puede ser que una madre se alíe con sus hijos en contra del padre o puede haber cambios en la situación del cónyuge (como una enfermedad o pérdida de empleo), entonces el que estaba en la posición inferior pasa a una superior y viceversa (esto es una *complementariedad invertida*).
- Procedimientos de separación como la hospitalización, abandono, divorcio, etc.
- La intervención de un tercero que se propone como *relais*.

Salidas de resolución posibles en los dos tipos de violencia

Se trata de cambios de una manera espontánea. Perrone y Nannini dicen que los siguientes mecanismos han resuelto definitivamente la violencia:

- **Interiorización de la ley:** el sujeto reconoce una instancia superior a él y que le sirve para regular su propia violencia.
- **Cambio del sistema de creencias:** se trata de un cambio en la visión del mundo y por consiguiente de su comportamiento.
- **Cambio de consenso implícito rígido:** cuando uno excede los límites, el otro cobra conciencia; esto proporciona fuerza de voluntad para escapar de la violencia.
- **Cambio de representación:** en algunos casos se produce un cambio en las representaciones que puede repercutir sobre el sistema cognitivo del sujeto y hacer que éste cambie su comportamiento.
- **Aprendizaje ligado al estado (bioquímico):** cuando el sujeto vive una experiencia significativa se producen anclajes bioquímicos y neurológicos que condicionan ulteriormente su comportamiento. Tales aprendizajes pueden modificarse.
- **Metacomunicación:** quien hace un metacomentario con respecto a la situación puede colocarse momentáneamente fuera del contexto y sustraerse de la violencia.
- **Reguladores:** son instancias exteriores con respecto al individuo. Una vez interiorizado le sirven para regular su comportamiento.

Protocolo de tratamiento

A continuación se presentará en forma de cuadro el protocolo de tratamiento en los dos tipos de violencia, posteriormente se proporcionará una descripción más amplia.

CUADRO 23: Protocolos de tratamiento para la violencia (tomado de Perrone y Nannini, 1997)

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA LA VIOLENCIA AGRESIÓN	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico del tipo de violencia. 2. Significar la ley social en sustitución de la ley privada de la familia, introducirla, hacerla admitir, explicarla. 3. Introducción del <i>relais</i>: asistente social o terapeuta con miras a iniciar o continuar el tratamiento. 4. Análisis del sistema de creencias. 5. Alianza apuntando al cambio, con la totalidad del sistema (padres, hijos, cónyuges). 6. Introducción de un tercero o ritual postviolencia (reforzar la toma de conciencia). 7. <ol style="list-style-type: none"> a) Reencuadramiento de las activaciones puntuales. b) Cambio en el consenso implícito rígido. 8. Bloqueo de la pausa complementaria. 9. Integración de reguladores. 10. Otras acciones terapéuticas: cuando se ha suspendido la violencia, 	
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PARA LA VIOLENCIA CASTIGO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico del tipo de violencia. 2. Significar la ley social en sustitución de la ley privada de la familia, significarla mediante comunicación oficial; explicarla. 3. Introducción de <i>relais</i>: trabajador social o terapeuta como miras a comenzar o proseguir el tratamiento. 4. Análisis del sistema de creencias. 5. Alianza con el actor emisor en posición alta y trabajo con el subsistema. 	
Si es posible crear la alianza:	Si la alianza resulta imposible:
<ol style="list-style-type: none"> 6. Cambio de representación. 7. Reencuadramiento de las activaciones puntuales. 8. Cambio del sistema de creencias. 9. Integración de los reguladores. 10. Otras acciones terapéuticas. 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Cambio de representación. 7. Introducir una simetría en la relación. 8. Usar el concepto de igualdad. 9. Cambio del sistema de creencias. 10. Otras terapias.

1. **Diagnóstico del tipo de violencia:** hay que identificar cuál es el tipo de violencia (agresión o castigo).
2. **Trasmitir el significado de la ley:** el esclarecimiento de la relación con la ley es particularmente importante en el caso de la violencia complementaria. Las familias que sufren violencia agresión saben que la ley existe y que es transgredida por lo que debe hacerse lo necesario para que la familia admita la ley. En las familias con violencia castigo la ley carece de significación, no hay culpabilidad por parte del emisor que se encuentra en posición alta y cree tener el derecho a ejercer el castigo.
3. **Introducción del relais:** se designa a alguien (familiar, asistente social) para que proteja a los actores e intervenga.

A partir de aquí las etapas del tratamiento se distinguen según se trate de violencia agresión o violencia castigo.

VIOLENCIA AGRESIÓN

4. **Análisis del sistema de creencias:** aclarar cuáles son los modelos de comportamiento a que los pacientes se refieren, qué modelo educativo los guía, qué condición e importancia le dan a los conceptos de obediencia, respeto, etc. Se tiene que explorar qué definición de la violencia da la familia.
5. **Búsqueda de alianza:** alianza con todo el sistema apuntando al cambio.
6. **Introducción de un tercero o de un ritual:** un tercero es alguien que puede intervenir en caso de interacción violenta. El ritual ocurre después de las escenas de violencia que podían haberse evitado. Estos rituales tienen como objetivo reforzar la toma de consciencia con respecto a la gravedad de los actos, del sufrimiento. Se subraya el impacto y las consecuencias de la violencia, de tal manera que no vuelva a surgir.
7. **Reencuadramiento de las actividades puntuales y cambio en el consenso implícito rígido:** se deben sustituir las imágenes que desencadenan la violencia por otras imágenes alternativas. Se trata de introducir “desvíos” en la mecánica de la respuesta violenta. Se tienen que bloquear los temas fuentes de la violencia, cambiar el lugar y modificar las secuencias.
8. **Bloqueo de la pausa complementaria:** la pausa complementaria desresponsabiliza y brinda una reconciliación falsa y desculpabilizante. El objetivo es que ésta no se utilice más.
9. **Integración de los reguladores:** es uno de los medios más eficaces para disminuir las respuestas violentas.
10. **Otras terapias:** una vez detenida la violencia pueden emerger otros síntomas como la depresión o el narcisismo, por lo que se necesitaría un tratamiento además del enfocado en la violencia.

VIOLENCIA CASTIGO

4. **Análisis del sistema de creencias:** antes de trabajar en la alianza es necesario averiguar el sistema de creencias, puesto que la alianza estratégica se basará en las “verdades del cliente”.
5. **Búsqueda de la alianza:** es imprescindible trabajar con el emisor que se sitúa en la posición alta. Hacer alianza no significa legitimar la violencia ejercida, sino abstenerse de formular juicios. El tratamiento será diferente según sea o no posible la alianza.

a) Si se puede establecer una alianza con el actor en posición alta:

6. **Cambiar ciertas representaciones:** introducir imágenes diferentes de las que provocan el acto violento. Algunas metáforas en las que la violencia aparece como equivalente de destrucción pueden ser útiles.
7. **Reencuadrar las actividades puntuales:** es tan eficaz como en la violencia agresión. Por ejemplo: ella prefiere no hacer sus deberes porque teme equivocarse. Prefiere recibir una bofetada que hacer una tontería.
8. **Cambiar el sistema de creencias:** para introducir dudas en el sistema de creencias se puede inducir otra visión de la realidad.

9. **Integrar el regulador:** los reguladores son instancias exteriores que una vez interiorizadas actuarán como inhibidores del acto violento.
10. **Otras acciones terapéuticas:** los cambios pueden originar cólera, odio contra la familia, etc., lo que puede requerir un tratamiento aparte.

b) Si la alianza resulta imposible:

6. **Cambiar la representación de sí mismo y la de sus relaciones con la persona violenta:** por ejemplo: sólo una persona tan fuerte puede soportar la violencia que usted ha sufrido, es una gran cualidad, pero resulta muy peligrosa.
7. **Proponer modelos de simetría relacional:** alentar y modificar el equilibrio de la relación desigual cambiando la posición del sujeto y buscando alianza y apoyo exterior. Se trata de brindarle el soporte de una red solidaria como un grupo de mujeres.
8. **Para ello se le ha de hacer conocer su dignidad:** se debe respaldar la decisión de cambiar la relación y convencerlo de su derecho de reivindicar la igualdad. Transmitir el respeto que debe exigirse.
9. **Cambio del sistema de creencias:** cambiar la idea del destino y de la fatalidad que han sido aceptadas como verdades.
10. **Otras acciones terapéuticas:** pueden complementar una parte del tratamiento o darse a continuación de ellas.

Después de lo que Perrone y Nannini plantean, se puede decir que la mayoría de los éxitos terapéuticos corresponden a casos de violencia agresión. En el caso de la violencia castigo, el acceso al sistema es difícil.

Si no se piensa que cada uno es responsable de su destino, ninguna terapia ni ningún cambio resultan posibles. La lógica circular ayuda a comprender las interacciones y a construir un protocolo de tratamiento (Perrone y Nannini, 1997).

Hay que recordar que cuando la violencia no es atendida a tiempo puede atentar contra la tranquilidad y bienestar físico y emocional de los miembros de la familia, la dinámica familiar y hasta con la propia vida.

Con la experiencia adquirida como terapeuta puedo decir que es más deseable trabajar en aras de la prevención de la violencia que cuando esta se presenta, pues el trabajo será más arduo y con resultados no pocas veces insatisfactorios. No obstante, cuando el problema ya existe lo primordial será proteger al receptor de la violencia.

1.4 ANÁLISIS DEL SISTEMA TERAPÉUTICO TOTAL BASADO EN OBSERVACIONES CLÍNICAS COMO PARTE DE LOS EQUIPOS TERAPÉUTICOS EN LAS SEDES QUE FUERON ESCENARIOS DE TRABAJO CLÍNICO

Durante la maestría se llevó a cabo el proceso de supervisión que consistía en ser terapeuta y tener tras el espejo al supervisor y al equipo terapéutico o bien, no ser terapeuta al frente, pero estar detrás del espejo junto con el supervisor y el equipo.

El propósito de esta modalidad de supervisión es desarrollar habilidades (como terapeuta o como parte del equipo), ampliar recursos y poner en práctica los conocimientos adquiridos en las clases teóricas.

Ahora bien, el sistema terapéutico total está compuesto por la familia, pareja o paciente individual, terapeuta al frente, equipo terapéutico y supervisor que se encuentran tras el espejo unidireccional.

La **familia, pareja o paciente** son los solicitantes que acuden a resolver alguna queja, quienes son atendidos de manera directa por un **terapeuta** cuyo objetivo será llevar al paciente a encontrar soluciones eficaces, aplicando determinado modelo terapéutico que se adapte a las necesidades del paciente y trabajando éticamente, lo que también incluye reconocer los propios sentimientos que el paciente le despierta. Asimismo, se tiene al **equipo terapéutico** que está constituido por varios terapeutas (en este caso nueve u ocho dependiendo si era terapia o coterapia) quienes observan detrás del espejo y proveen diferentes visiones al terapeuta a cargo, asimismo, deberán reconocer qué es lo que el paciente les provoca. Finalmente, se tiene al **supervisor**, que está a cargo de dirigir al grupo de terapeutas y ser guía para el terapeuta al frente, lo anterior incluye dar retroalimentación, propiciar la participación del grupo, resolver dudas, proponer alternativas y también debe estar al tanto de lo que el paciente le produjo.

En la mayoría de las supervisiones, el supervisor se encontraba detrás del espejo, y en unas más que en otras se hacía uso del intercomunicador. En otras ocasiones las supervisiones fueron narradas pudiéndose utilizar como apoyo el material videograbado.

Es importante mencionar también, que de acuerdo a la sede o al semestre de la formación, en ocasiones el trabajo ya se hacía sin equipo terapéutico y sin supervisor en vivo; trabajando entonces en coterapia o siendo terapeuta individual.

Como se dijo, a inicios de maestría la modalidad consistió en ser supervisados trabajando en coterapia, lo cual tenía la facilidad de tener a alguien que tuviera otra alternativa o una pregunta que abriera otro sendero, la dificultad fue en pocas ocasiones trabajar bajo la misma línea, idea o modelo terapéutico. Conforme la formación avanzó, la coterapia se fue dejando dando paso a ser terapeuta individual, lo cual daba la impresión de tener la mayor responsabilidad (“pues ahora no era compartida entre dos”), pero más bien

daba la oportunidad de desenvolverse, de adquirir o reforzar el estilo personal, de practicar el modelo terapéutico a supervisar y por supuesto de disfrutar dando terapia.

Como terapeuta a cargo de la familia aprendí mucho; variedad de vivencias pasaron frente a mí para enriquecerme como terapeuta y como persona. Pude además poner en práctica el modelo revisado y descubrir otras alternativas de solución propuestas por el equipo y el supervisor que observaban detrás del espejo, lo cual enriqueció el abanico de posibilidades para atender a la familia. Asimismo, siendo terapeuta individual se tiene la oportunidad de desarrollar un estilo propio y aplicar el modelo acorde a la problemática del paciente, a su personalidad y a la del terapeuta.

Dentro de mi formación descubrí que ser parte de un equipo terapéutico significa enriquecerse de los diferentes puntos de vista de los compañeros, así como de las alternativas de solución propuestas, ya que estas tienen que ver con diferentes estilos y modelos terapéuticos.

En el equipo terapéutico se analiza el caso y se reflexiona de acuerdo al modelo en el que se está supervisando o también se pueden establecer comparaciones con otros modelos terapéuticos.

Una parte muy importante del análisis que se da en el equipo terapéutico tiene que ver con qué provocan los pacientes en la persona del terapeuta, lo cual puede facilitar u obstaculizar el proceso terapéutico, por lo que es muy conveniente que se exponga.

No está por demás mencionar, que la relación existente entre terapeuta-paciente, pareja o familia, terapeuta-supervisor, terapeuta-equipo terapéutico, supervisor-equipo terapéutico; influyen de una u otra manera en el proceso terapéutico.

2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

La formación como terapeuta familiar no sólo incluye ser terapeuta, sino desarrollar habilidades para la investigación.

2.1 REPORTE DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA USANDO METODOLOGÍA CUANTITATIVA Y CUALITATIVA

Durante esta residencia realicé dos trabajos, uno con enfoque cuantitativo y otro con una aproximación cualitativa. El primero de ellos se titula: “Código de negociación en el noviazgo” y el segundo “Estilos de negociación en la relación de pareja en universitarios”. Ambas investigaciones se realizaron en colaboración con Marla Naiví Toiber Rodríguez.

2.1.1 CÓDIGO DE NEGOCIACIÓN EN EL NOVIAZGO (CON METODOLOGÍA CUANTITATIVA)

CÓDIGO DE NEGOCIACIÓN EN EL NOVIAZGO

La negociación es una habilidad fundamental, no sólo para la sobrevivencia matrimonial sino para crear una unión estable y duradera. El noviazgo es la base sobre la cual se establecen los cimientos para una futura unión (matrimonio o unión libre). Se elaboró un código para medir los estilos de negociación que las parejas utilizan durante el noviazgo, el cual es una herramienta para la evaluación e intervención terapéutica. Se utilizaron las dimensiones del Inventario de Estilos de Negociación (Levinger y Pietromonaco, 1989) que son: colaboración-equidad, acomodación, evitación y contienda (Flores, Díaz, Rivera, y Chi, 2005). Es un estudio cuantitativo, de campo transversal *ex post facto* con una muestra no probabilística de 41 parejas heterosexuales seleccionadas por conveniencia (con edades de 16-40 años) cuya duración mínima del noviazgo es de 1 año. El código de negociación está compuesto por 22 indicadores organizados en 3 factores: colaboración- no acomodación (con 13 indicadores), ventajas y desventajas (con 4 indicadores) y comunicación (con 5 indicadores). Se determinó la confiabilidad y validez del código (94% de confiabilidad entre observadores). La confiabilidad del código fue medida por el método *test-retest* y la validez de criterio (concurrente) utilizando el Autoinforme de Autoestima (Aladro, 1993 en Aladro, 2005). El código tiene confiabilidad y validez factorial, sin embargo, se encuentra pendiente la validez de criterio ya que no se encontró relación entre el criterio elegido y el código de negociación en el noviazgo.

Palabras clave: negociación, colaboración-equidad, acomodación, evitación, contienda.

La negociación es una situación en la que dos o más partes interdependientes reconocen divergencias en sus intereses y deciden intentar un acuerdo por medio de la negociación (Munduarte y Martínez, 1999).

La esencia de la negociación es que el acuerdo resulta más beneficioso para las partes que la ruptura de las relaciones. En la situación de interdependencia cada parte influye en la otra y ambos satisfacen sus necesidades e intereses sólo si toman en cuenta a la otra parte (Alzate Saénz, 1998).

Tres aspectos importantes en una relación de pareja son intimidad (aquellos sentimientos dentro de una relación que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión), pasión (expresión de deseos y necesidades) y decisión/compromiso (este componente tiene dos aspectos que no necesariamente se presentan de forma simultánea: a) a corto plazo: es la decisión de amar a otra persona y b) a largo plazo: es el compromiso de mantener ese amor) (Sternberg, 1990 en Rage, 1996).

En una pareja, se deben tomar en cuenta sus tres partes esenciales: un yo, un tú y un nosotros. La verdadera pareja es aquella en la que ambos se permiten tener su propia intimidad y vida propia, pero también tienen una vida en común.

La **negociación** es una actividad permanente e inherente al ser humano, que se desarrolla en casi todas las actividades de su vida. Negociar es una actitud que se da en forma distinta en las diferentes ocasiones de la vida de cada persona y por lo tanto es distinta en cada una de ellas (Rodríguez y Ramos, 1988, Bellanger, 1984 y Pruitt, 1981 en Munduarte y Martínez, 1999).

El código de negociación tiene como base las dimensiones del Inventario de Estilos de Negociación (Levinger y Pietromonaco, 1989). Esta escala incluye cuatro subescalas: colaboración/equidad, acomodación, evitación y contienda, que se explicarán a continuación (Flores, Díaz, Rivera, y Chi, 2005):

- **Colaboración-equidad:** tanto ella como él resultan ganadores, porque hay una preocupación tanto por sí mismo como por el otro.
- **Acomodación:** aquí existe una preocupación mayor por el otro que por sí mismo. Se sacrifican las propias metas para satisfacer las necesidades del otro.
- **Evitación:** ninguna de las dos partes se preocupa, por lo que el problema queda sin resolver o en dado caso alguna de las dos partes toma la responsabilidad en la solución de éste.
- **Contienda:** existe una preocupación alta por sí mismo más no por el otro. Hay una lucha por ganar.

Por otro lado, es importante hablar de **conflicto**, que etimológicamente significa *choque*. Cuando el conflicto es manejado **negativamente** existe una lucha de contrarios, en un clima de destructividad, que pasa por las etapas de enfrentamiento, desgaste y aniquilamiento; el resultado de tal negociación será

la tensión, la frustración, la agresión y la destrucción. En cambio, cuando el conflicto es manejado **positivamente** existirá una conciliación de puntos de vista diferentes en un clima de creatividad, con la apertura para investigar nuevas formas de solución. Las etapas que conforman este tipo de solución son el encuentro, la identificación y la unificación; los resultados serán el enriquecimiento y la evolución (Rodríguez y Ramos, 1988).

Para Millar, (1993 en Rage, 1996) existen cinco formas que la gente tiene para resolver **conflictos**. Dichas formas están muy relacionadas con la propuesta de las dimensiones de la negociación de Flores, Díaz, Rivera, y Chi, (2005):

1. **Evitarlo:** evitar el conflicto incluye soslayarlo, oscurecer el asunto, posponerlo o retirarse del conflicto.
2. **Competir:** esta posición incluye un juego de poder y la posición de “yo gano y tú pierdes”. Uno busca la satisfacción a expensas del otro.
3. **La adaptación:** el que se adapta sacrifica sus propios intereses a favor de los de la otra persona.
4. **El compromiso:** cada persona pone algo para resolver el conflicto. Algunos lo catalogan como otra forma de colaboración.
5. **La colaboración:** tratar de satisfacer las necesidades del compañero, para lo cual es necesario el diálogo para saber qué es lo que desea o le molesta. Se deben compartir los sentimientos propios de manera honesta y abierta, para buscar las soluciones adecuadas.

Rodríguez y Ramos, (1988) proponen que hay negociaciones tan breves como de 5 minutos o tan largas como de 20 años. Distinguen 8 fases:

1. **Definición del asunto:** el primer paso de la negociación consiste en definir lo que se desea.
2. **Establecimiento de objetivos específicos:** son la meta a la que deseamos llegar.
3. **Plan de acción:** es el diseño de la manera en que vamos a llegar a la meta.
4. **La transacción propiamente dicha:** se necesita seguridad, sinceridad, honestidad y confianza en la persona y en el éxito de la negociación. Asimismo es de utilidad una conducta asertiva, tono de voz mesurado y sereno (que no comunique ansiedad), mantener la calma del interlocutor, postura corporal que refleje seguridad y naturalidad, etc.
5. **Evaluación de resultados parciales:** es recomendable analizar los resultados que se van obteniendo, las propias conductas y las conductas de la otra parte.
6. **Plan de acción correctiva (si es el caso):** el conocimiento de los apoyos y debilidades propias y ajenas, y la consideración de nuevas opciones posibilitan una redefinición de los objetivos y, en consecuencia, un nuevo plan de acción.
7. **Solución:** se deben satisfacer los objetivos, dentro de lo que la otra parte reconozca o conceda.

8. **Puertas abiertas para nuevas negociaciones:** el término de una negociación nunca es garantía de que será la última, las puertas deben quedar abiertas.

La **comunicación** es muy importante en una relación de pareja (Rage, 1996).

Cuando dos o más personas están hablando, hay por lo general dos niveles de comunicación:

1. Lo que se transmite por el intercambio verbal (el contenido).
2. Una serie de mensajes distintos que se transmiten de modos diferentes (velocidad, tono, intensidad).

Asimismo, en la negociación, la **comunicación no verbal** juega un papel importante. Inclusive puede haber comunicación con doble mensaje, por ejemplo: “hija cuídate mucho” (interpretación= no eres lo suficientemente lista).

Los métodos para resolver las dificultades dependen mucho de la comunicación, pero las estrategias dependen de la creatividad, el ingenio y la perseverancia. No todas las parejas tienen las mismas cualidades para manejar los problemas, pero todas pueden desarrollar sus potencialidades con creatividad (Rage, 1996).

De igual forma, la **percepción** es un aspecto fundamental para la negociación, pues interviene la manera como vemos al otro y cómo éste nos percibe a nosotros mismos. La **acción y plazos** tienen que ver con el tiempo en que la pareja toma una decisión y si ésta se lleva a cabo o no (a corto, mediano o largo plazo). También el **contexto** en el que está envuelta la pareja tiene mucho que ver, pues se permean creencias, estereotipos, etc.

No necesariamente el mismo estilo de negociación es útil en todos los casos, pues depende de la problemática a acordar y del propio estilo de cada miembro de la pareja (Rodríguez y Ramos, 1988).

El éxito en la negociación da como resultado el mayor grado posible de satisfacción para el negociador y la satisfacción de la otra parte. Algunas de las características de un buen negociador son: empatía, honestidad, sinceridad, respeto a los derechos de los otros y consideración a sus valores, apertura a los demás, flexibilidad, creatividad, centrarse en los intereses y no en las posiciones, es necesario manifestar y explicitar las emociones de ambas partes, que haya retroalimentación, que se observe de manera objetiva y con escucha activa.

Entre las tácticas eficaces para la negociación, se encuentra el propiciar la identificación, neutralizar los ataques, cuestionar la decisión, bajar la agresión, pedir ayuda, generar sentido de pertenencia, sugerir alternativas, inducir al compromiso, condicionar las respuestas, plantear ideales, objetar las problemáticas, verificar la información, solicitar asesoría, reconocer la competencia, averiguar más información, promover la cooperación, emplear el buen humor, concatenar preguntas, luchar juntos contra el problema, ubicarse en el presente, protocolizar la solución, buscar gratificaciones adyacentes,

lamentar la decisión, motivar la participación, crear expectativas, animarse a correr riesgos, persistir en un punto, censurar la actuación nociva, moralizar la decisión, demostrar con hechos, facilitar la elección, recurrir a sentimientos nobles, delatar la manipulación, reclamar por un mal trato y finalmente alegrarse por la solución (Rodríguez y Ramos, 1988).

La negociación es una parte muy importante en todas las relaciones interpersonales. En este caso el trabajo se enfocó al noviazgo debido a que en éste se van cimentado las bases que la pareja negociará. Debido a lo anterior se consideró importante la creación de un código que permitiera conocer el tipo de negociación de la pareja.

OBJETIVO

Crear un código que permita registrar el tipo de negociación que la pareja utiliza, a través de la observación de su conducta en la resolución de determinada problemática.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer los estilos de negociación de parejas de novios universitarios a partir de un código.

MÉTODO

Muestreo

▪ Muestra

41 parejas heterosexuales con duración de noviazgo mínimo de 1 año. Con edades entre 16 y 40 años. Su grado de escolaridad fue licenciatura (estudiantes o egresados).

▪ Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Aparatos o materiales

- Código de negociación diseñado para la investigación, que constó de 80 indicadores originales agrupados en 4 categorías: colaboración – equidad, evitación, acomodación y contienda (20 en cada una).
- Para la validez de criterio se utilizó el Cuestionario de Autoestima (Aladro, 1993 en Aladro, 2005).

Procedimiento

Las indicaciones dadas a las parejas fueron las siguientes: “necesitamos que planeen las actividades que harán su siguiente fin de semana, que definan

la hora, el lugar, dónde van a verse y qué van a hacer. Si no acostumbran verse el fin de semana pueden planear su siguiente cita en los días que acostumbran. La duración aproximada del diálogo será como máximo 10 minutos. Nosotras solamente vamos a observarlos, adelante”.

Ambas observadoras registraron en el código de negociación, la conducta de la pareja mientras ésta negociaba.

Cuando la pareja terminó de negociar se le pidió a cada uno de los miembros de la pareja que contestara el Cuestionario de Autoestima (Aladro, 1993 en Aladro, 2005).

RESULTADOS

▪ **Piloteo**

Se puso a prueba el código de negociación y se encontró que las parejas no tuvieron dificultades para realizar la tarea requerida.

▪ **Comprensión**

Se sometió a prueba la comprensión de los observadores. A 4 jueces estudiantes de la maestría en Terapia Familiar de segundo semestre (3 mujeres y un hombre) se les pidió que leyeran el código de negociación para que identificaran las conductas que iban a evaluar, posteriormente se les dijo que observarían la negociación de la pareja de novios y que se enfocaran en aquellos aspectos que pedía el código de negociación y que registraran las conductas según lo que hubieran observado (por ejemplo si la pareja se miraba a los ojos mientras realizaban la negociación).

Los jueces sugirieron: señalar con negritas la conducta a evaluar para que fuera más fácil su identificación.

Después de la aplicación del código de negociación se compararon los resultados de los 4 registros y se encontró una gran concordancia (100%).

▪ **Validez de facie**

Se realizó por medio del método Q-Sort con el jueceo de 10 Psicólogos con estudios diversos (maestría, doctorado, o en su defecto experiencia clínica). Aquellos enunciados cuya proporción de acuerdo fue menor al 70% fueron eliminados. De los 80 indicadores originales (20 en cada categoría), permanecieron 58 en total.

▪ **Calidad discriminativa de las dimensiones del código de negociación**

Para conocer la calidad discriminativa de los indicadores se realizó un análisis de frecuencias y de acuerdo con la distribución binomial los indicadores que no tuvieron calidad discriminativa fueron eliminados, es decir, aquellos con una frecuencia de aparición menor al 85%.

Posteriormente se realizó un análisis factorial con rotación Varimax con el objetivo de organizar los indicadores en factores que indicaran en qué dimensión del código se encontraban.

- **Estructura factorial del código de negociación**

De los 58 indicadores que se tenían se eliminaron 26 quedando un total de 32 indicadores. Recordar que al inicio el código contaba con 4 dimensiones: colaboración-equidad, acomodación, evitación y contienda, pero el análisis factorial arrojó 3 factores significativos y la dimensión de contienda fue eliminada.

A los 32 indicadores que quedaron se les aplicó un análisis factorial con rotación Varimax.

El análisis factorial con rotación Varimax se detuvo a las 9 iteraciones. Los resultados mostraron que en cuanto a las comunalidades (que ocurrieron entre 0.562 a 0.955) se puede decir que existe una alta correlación entre los indicadores.

El análisis de los 32 indicadores arrojó 3 factores significativos, donde quedaron 22 indicadores, mezclándose diferentes dimensiones en cada factor:

- **Factor 1 Colaboración – no acomodación:** formado por 13 indicadores que incluyen 7 de la dimensión colaboración-equidad y 6 de la dimensión acomodación. Este factor es un continuum donde la acomodación es el lado negativo de la negociación y la colaboración – equidad el lado positivo. El porcentaje de varianza que explica este factor es de 26.707.
- **Factor 2 Ventajas y desventajas:** consta de 4 indicadores, dos de la dimensión de evitación y dos más de la dimensión colaboración – equidad creando un continuum donde la evitación es el lado negativo y la colaboración – equidad el positivo. Este factor explica el 14.248 por ciento de varianza.
- **Factor 3 Comunicación:** tiene 5 indicadores (de las dimensiones de acomodación, colaboración – equidad y de evitación). Este factor está relacionado con la expresión de desacuerdo en la pareja teniendo los indicadores de colaboración – equidad como negativos y los de evitación y el de acomodación como positivos. Este último factor explica el 11.506 por ciento de varianza.

- **Confiabilidad test – retest**

El objetivo fue someter a prueba la estabilidad de los resultados obtenidos con el código de negociación.

Se aplicó el método **Test-Retest** a 10 de las 41 parejas y se obtuvo como promedio una confiabilidad de 94% en el pretest y una confiabilidad entre observadores del 100% en el postest.

- **Validez de criterio (concurrente)**

Para someter a prueba la validez concurrente del código de negociación se tomó como criterio el cuestionario de autoestima (Aladro, 1993 en Aladro 2005).

Primeramente se calificaron los cuestionarios de autoestima de cada uno de los miembros de la pareja, para después correlacionar esta calificación con la calificación que la pareja obtuvo en el código de negociación.

Se realizó una correlación de Spearman entre los factores del código de negociación y la suma total del Cuestionario de Autoestima (Aladro, 1993 en Aladro, 2005) de cada uno de los miembros de la pareja. No se encontró ninguna correlación.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El código tiene confiabilidad y validez factorial, sin embargo, se encuentra pendiente la validez de criterio. No obstante, el código de negociación es capaz de discriminar entre una negociación positiva (colaboración – equidad) y una negativa (evitación y acomodación).

Es una herramienta útil tanto para la evaluación como para la intervención terapéutica que permite elaborar un tratamiento ya sea para prevenir (en el caso de un futuro matrimonio o unión libre) o para resolver problemas de negociación.

Cabe resaltar que existen varios factores por los que se cree no se encontró relación entre el criterio elegido y el código de negociación, entre ellos que el instrumento de autoestima no es sensible para medir la capacidad de negociación, o que las características de la muestra según el cuestionario de autoestima tenían una autoestima alta en general, lo cual no permitió suficiente variabilidad para que se correlacionara con los factores del código de negociación. Otra posible explicación es que quizá el código de negociación no tenga validez concurrente por la falta de relación entre la autoestima y la negociación, porque el hecho de que una persona tenga una autoestima alta no necesariamente indica que sus habilidades de negociación sean buenas.

Asimismo, se cree que un código de negociación de este estilo puede tener deseabilidad social por eso se eliminó la dimensión de contienda, ya que se cree que a la pareja le fue difícil mostrar ante las observadoras conductas “mal” vistas, como alzar la voz.

Las recomendaciones para futuras investigaciones tienen que ver con que la muestra esté formada por sujetos que pertenezcan a diferentes estratos socioeconómicos así como de diferentes niveles de escolaridad. Además sería interesante usar como criterio externo parejas clínicas y no clínicas para que el código de negociación pueda ampliarse al ámbito de matrimonio o unión libre y no sólo se quede en el noviazgo. Se sugiere utilizar un instrumento que mida satisfacción en el noviazgo ya que se cree que ésta es un elemento que comparten ambos, y sin embargo, la autoestima es una característica individual.

2.1.2. ESTILOS DE NEGOCIACIÓN EN LA RELACIÓN DE PAREJA EN UNIVERSITARIOS (CON METODOLOGÍA CUALITATIVA)

ESTILOS DE NEGOCIACIÓN EN LA RELACIÓN DE PAREJA EN UNIVERSITARIOS

La negociación es una habilidad fundamental, no sólo para la sobrevivencia matrimonial sino para crear una unión estable y duradera. El noviazgo es la base sobre la cual se establecen los cimientos para una futura unión (matrimonio o unión libre). Se llevó a cabo una investigación cualitativa donde el objetivo principal fue conocer el tipo de negociación más utilizado en noviazgos universitarios. Es un estudio cualitativo de corte transversal, descriptivo con una muestra de 3 parejas heterosexuales. Se realizó una entrevista a profundidad a las parejas de novios (cada uno por separado y al final juntos) con por lo menos un año de relación. Se utilizaron las dimensiones del Inventario de Estilos de Negociación (Levinger y Pietromonaco, 1989). Esta escala incluye cuatro sub-escalas que evalúan las dimensiones a estudiar: colaboración-equidad, acomodación, evitación y contienda (Flores, Díaz, Rivera, y Chi, 2005).

En una negociación dos o más partes interdependientes reconocen cuáles son sus divergencias e intereses para así intentar un acuerdo. (Munduarte y Martínez, 1999). El acuerdo resulta más favorecedor para los que negocian que la ruptura de las relaciones (Alzate Saénz, 1998).

Existen tres aspectos en una relación de pareja: el primero es la intimidad, que se refiere a los sentimientos que promueven el acercamiento, el vínculo y la conexión. El segundo aspecto es la pasión, la cual puede definirse como la expresión de deseos y necesidades. Finalmente está la decisión/compromiso, que cuenta con dos aspectos (que no necesariamente se presentan de forma simultánea): primeramente está el de a corto plazo, donde se toma la decisión de amar a otra persona y el de a largo plazo, que tiene que ver con el compromiso de mantener ese amor (Sternberg, 1990 en Rage, 1996).

En una pareja, se deben tomar en cuenta tres partes esenciales: un yo, un tú y un nosotros.

La **negociación** es permanente e inherente al ser humano y se desarrolla en casi todas las actividades de la vida cotidiana. La negociación se da en forma distinta en las diferentes ocasiones de la vida de cada persona y por lo tanto es distinta en cada una de ellas. Es una confrontación entre personas que son interdependientes y están ligadas por una relación de poder. (Rodríguez y Ramos, 1988, Bellanger, 1984 y Pruitt, 1981 en Munduarte y Martínez, 1999).

La dimensión de la negociación (en la que se basa esta investigación) incluye las siguientes categorías:

- **Colaboración-equidad:** ambas partes resultan ganadoras, porque hay una preocupación tanto por sí mismo como por el otro. Hay una integración de las necesidades mutuas.
- **Acomodación:** existe una preocupación mayor por el otro que por sí mismo sacrificando las propias metas para satisfacer las necesidades del otro.
- **Evitación:** ninguna de las dos partes se preocupa, por lo que el problema queda sin resolver o en su defecto alguna de las dos lo soluciona.
- **Contienda:** existe una preocupación alta por sí mismo más no por el otro. El primero procura maximizar sus beneficios mientras que provoca altos costos para el otro. Hay una lucha por ganar o perder.

Por otro lado, es importante hablar de **conflicto**, que etimológicamente significa *choque*. El conflicto puede ser positivo o negativo. En el primero hay una conciliación de puntos de vista. El conflicto será negativo cuando hay destructividad y lucha de contrarios (Rodríguez y Ramos, 1988).

La **comunicación** es muy importante en una relación de pareja y por lo tanto en la negociación (Rage, 1996).

Existen dos niveles de comunicación: lo que se transmite verbalmente, es decir, el contenido y una serie de mensajes transmitidos de diversas formas (velocidad, tono, intensidad).

En la negociación, la **comunicación no verbal** también juega un papel importante. Inclusive puede haber comunicación con doble mensaje.

Otros temas que también tienen que ver con la negociación son la **percepción**, la **acción y plazos** y el **contexto**. La primera es importante porque se debe tomar en cuenta la manera como vemos al otro y cómo éste nos percibe a nosotros mismos. Asimismo, se deberá analizar el tiempo que la pareja toma para decidir determinada problemática y cuál es el contexto que permea la relación de pareja y por lo tanto la negociación.

Dentro del tema de la negociación en el noviazgo es importante tomar en cuenta la cuestión de género, ya que ésta está implícita de una u otra manera. Nogués, (2003) define el **género** como el conjunto de roles y estereotipos atribuidos a los sexos y que resultan del moldeado que la sociedad realiza sobre la diferencia sexual.

Por otro lado, el poder juega un papel fundamental en la negociación. Rivera y Díaz-Loving, (2002) mencionan que el constructo "**poder**" tradicionalmente ha sido entendido a partir de su aspecto negativo. Aquel que se caracteriza por la modalidad dominio-sumisión. Sin embargo, el poder también puede tener un aspecto positivo.

Shimanovich propuso una tipología del poder retomando a Rollo May (Rivera y Díaz-Loving 2002). Estos tipos de poder tienen que ver con las dimensiones de la negociación antes mencionadas:

- **Explotador:** una persona somete a otra para su propio beneficio.
- **Manipulador:** es aquel que pudo ser originalmente inducido o provocado por el que se somete debido a su propia desesperación y angustia.
- **Competitivo:** se compite por el poder. Puede ser positivo cuando da vitalidad y estimula las relaciones humanas y será negativo cuando una persona adquiere poder no por sus propios méritos y logros sino aprovechando la caída del contrincante.
- **Nutriente:** el poder se ejerce para satisfacer las necesidades del otro y no las propias.
- **Integrativo:** el poder de uno, apoya y favorece el poder del otro.

OBJETIVO

El **objetivo principal** es conocer el tipo de negociación más utilizado en noviazgos universitarios.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el tipo de negociación más utilizado en noviazgos universitarios?

UNIVERSO

Los **participantes** fueron 3 parejas heterosexuales, con grado de escolaridad de estudiantes de licenciatura.

El universo de donde fue tomada la muestra de las mujeres fue de la población de los alumnos de la Facultad de Psicología (Ciudad Universitaria) de la Universidad Nacional Autónoma de México. Asimismo, uno de los novios de estas chicas pertenecía también a la UNAM (era estudiante de Lic. En Derecho en la FES Aragón), otro de ellos estudiaba en el Instituto Politécnico Nacional (Lic. en Administración Industrial) y el último estudiaba la Lic. en Químico Farmacéutico Biólogo en la Universidad Tecnológica de Nezahualcóyotl.

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Se aplicaron entrevistas a profundidad a cada miembro de la pareja (2 a cada uno) y posteriormente se hizo una entrevista con ambos miembros de la pareja (en total 5 entrevistas por pareja). La entrevista incluyó preguntas de las siguientes categorías: comunicación no verbal, comunicación verbal, conflicto, percepción, acción y plazos, contexto, género y poder.

RESULTADOS

Las categorías que se obtuvieron a partir de las entrevistas a profundidad fueron colaboración-equidad, colaboración-acomodación y acomodación. A continuación se presenta una tabla que resume las características principales de cada categoría.

CUADRO 24: Categorías de la negociación

	COLABORACIÓN-EQUIDAD	COLABORACIÓN-ACOMODACIÓN	ACOMODACIÓN
C O M U N I C A C I Ó N N O V E R B A L	<ul style="list-style-type: none"> - Tanto uno como el otro se ponen atención, se escuchan, se miran a los ojos. - Se dan cuenta del estado de ánimo del otro por medio de su tono de voz. - Conflictos: uno puede evadir la mirada, puede haber silencio o alzar la voz (no gritos). - Actitud activa de ambos. - A uno de ellos se le dificulta expresar su desacuerdo negando con la cabeza (puede tolerar mucho). - Después de un año se empiezan a conocer mejor en este rubro. - Abrazo: cuando platican o cierran en acuerdo. - Enojo: mayor distancia física al hablar. - Consideran importante: la confianza, disposición de ambos, interés, familia e incluso la iglesia. - Denotan seguridad, sinceridad, honestidad y confianza. - Empatía: negociación, gustos, actividades y problemas en la familia de origen. - Hay flexibilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ambos se ponen atención y se escuchan. - Ambos son activos al tomar una decisión. - Cuando negocian se miran a los ojos. - Hay empatía, confianza y honestidad. - Hay flexibilidad. - Sí expresan no verbalmente su desacuerdo, por ejemplo disintiendo con la cabeza. - Terminan la negociación con un beso o un abrazo. - Postura corporal cuando están enojados: uno sentado y el otro acostado. Si ambos están sentados no se miran a los ojos. - Cuando están enojados es fácil notarlo de manera no verbal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hay un contacto visual mutuo. - Uno de los dos tiene la posición activa en la relación; es la que usualmente grita cuando está enojada, sin embargo si la discusión es fuerte ambos pueden llegar a gritar. - Se dan cuenta del estado de ánimo del otro a través de su comunicación no verbal. El que ejerce la postura activa es quien suele expresar su desaprobación o aprobación de manera verbal y el que tiene la postura pasiva da un beso en la frente y un abrazo a su pareja cuando termina la negociación. - Se consideran una pareja honesta, con confianza, sinceridad, honestidad y seguridad. - Conflictos por desconfianza de alguno de ellos (celos). - Quien se acomoda siente que sí se pone en el lugar del otro, pero que el que ejerce la posición activa no se pone en el lugar de éste. - Hay flexibilidad (mayormente por parte de quien se acomoda).
C O M U N I C A C I Ó N V E R B A L	<ul style="list-style-type: none"> - Es clara y directa. Si a uno de los dos se le dificulta decir algo, esperará a que el otro lo note. - Tono de voz medio y tranquilo. - Al principio de la relación, sólo uno expresa lo que piensa ("ya que no conocen al otro"). - Ambos expresan su opinión y proponen opciones. - Analizan las ventajas y desventajas, sin embargo, se supeditan al permiso que puedan conseguir en casa. - Existe retroalimentación. - A veces, y más al principio de la relación uno intenta convencer al otro. - Cuando no expresan su acuerdo o desacuerdo inmediatamente, el otro se da cuenta de manera no verbal. - El enojo sí se expresa de inmediato. 	<ul style="list-style-type: none"> - Es clara y directa. - Tono de voz del enojo: serio, pausado o con gritos. - Ambos expresan su punto de vista. - Competencia por quien propone opciones. - Al inicio de la relación, la comunicación es complementaria y no analizan las ventajas y desventajas. - Toman en cuenta tanto los gustos personales como los de su pareja. - En ocasiones uno intenta convencer al otro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación es clara y directa, aunque parece que no siempre, pues quien ejerce la posición activa pide que se le digan las cosas directamente. - Quien ejerce la posición activa es quien expresa su acuerdo y desacuerdo. El que se acomoda sólo lo hace cuando ya no aguanta. - Tratan de llegar a un acuerdo, analizando las ventajas y desventajas pero la persona activa suele intentar convencer al otro, lográndolo en muchas ocasiones. A veces el que tenga una posición pasiva intenta convencer al otro (lográndolo también en ocasiones). - Existe retroalimentación en la conversación de la pareja. - Tienen gustos en común y quien se acomoda suele tomarlos más en cuenta. - Proponer opciones: quien ejerce una posición activa puede decir que su pareja es quien más propone opciones y que ésta/e suele acceder, sin embargo, el que tiene la posición pasiva es quien realmente cede (aunque éste/a también diga que es quien más propone opciones).
C O M U N	<ul style="list-style-type: none"> - Lo resuelven de manera que les satisfaga a ambos. - Problemas no son frecuentes, cuando los hay pueden ser por celos. 	<ul style="list-style-type: none"> - No son muy frecuentes, es decir, que consideran que su relación ha sido tranquila. - Los motivos son por acciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Un miembro tiene más problemas que el otro en su familia y eso repercute en su relación de pareja.

Patrones Trigeneracionales de Violencia Intrafamiliar

<p>F L I C T O</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conflicto "no tan grande": hablan tranquilamente. - Conflicto con mucho enojo: no se escuchan ni a sí mismos ni a su pareja. Pero al final llegan a una conclusión que los hace sentir que hay interés del otro. - No platican sobre temas inconclusos. - Cuando el enojado es uno mismo, se ignora al otro; si el enojado es el otro, hay culpabilidad. - Han aprendido: a hablar, a ser tolerantes y a conocerse mejor. 	<p>personales que les molestan al otro (fumar, beber).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La pareja llega a conclusiones, lo cual los hace sentir felices y tranquilos. - Sentimientos durante la discusión: molestia, intranquilidad e impaciencia. - Ambos escuchan tanto al otro como a sí mismos. - Platican de temas del pasado pero a manera de charla o en broma. - Han aprendido a: no recordar los conflictos pasados, escuchar antes de discutir, el que no es tan impulsivo interviene viendo quién empezó la discusión y dándose tiempo. A no estar "sobre" su pareja. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de pareja: se dan con frecuencia regular. - Motivos: La manera de ser de cada uno o por la desconfianza existente (celos). - Quien se acomoda es el que busca con mayor frecuencia a su pareja, además de pedir disculpas aunque ambos tenga responsabilidad en el problema. - Ninguno de los dos escucha al otro, e incluso el que se acomoda suele enojarse también, al grado de tampoco escucharse a sí mismo. - No necesariamente llegan a una conclusión, a menos que el problema sea grande. - Suelen traer cosas del pasado aunque digan que no lo hacen. - Sentimientos en la discusión: furia, enojo, ganas de llorar y tristeza. - Han aprendido: a poner un límite, ser directos cuando se dicen las cosas y a confiar en el otro.
<p>P E R C E P C I Ó N</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Negociación es importante, pero no siempre la utilizan. - La negociación es más fácil ahora que al principio. - Consideran que su relación es hermosa y con confianza. - Lo que más les cuesta trabajo: se preocupan por el bienestar del otro y conseguir permisos. - Lo más fácil: hacer a un lado a los pretendientes y comprenderse. - Se sienten satisfechos con su relación. - Han aprendido del otro a: ser humildes, sinceros, a perdonar, etc. - No desean cambiar nada del otro y se consideran una pareja feliz. - No suelen recordarse los tratos a los que han llegado. 	<ul style="list-style-type: none"> -La negociación es un factor con 80% de importancia en la relación y la llevan a cabo en la misma proporción. - Factor problemático: permisos de los padres (al cual ya se han acostumbrado). Buscan la manera de poder estar juntos sin transgredir las normas de casa. - Lo más fácil: comunicación y confianza. - Cambios en la pareja: al inicio de la relación un miembro (el hombre) se acomoda a lo que su pareja quiere. Después él ve por los gustos de los dos y no sólo de su pareja. -En ocasiones un miembro le recuerda al otro el acuerdo al que habían llegado. - Consideran su relación como algo positivo y bello. - Aprendizaje de ambos: controlar los impulsos, confiar más en sí mismo, no exponerse a situaciones de riesgo y a no lastimarse y no lastimar al otro. - Aceptan a su pareja tal y como es. - Se consideran una pareja feliz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Varias incongruencias; uno de ellos cree que siempre negocian y la otra cree que lo hacen la mitad de las veces. Coinciden en que la importancia de negociar es del 100%. - Cambios a lo largo de la relación: antes uno le pedía al otro que tomara la decisión, actualmente ambos participan en la decisión aunque haya uno que se acomode a lo que el otro quiere, es decir, éste menciona lo que desea hacer pero si su pareja quiere hacer otra cosa optan por hacer lo que ésta desea. - Cambios oscilatorios en los que uno de ellos no se siente totalmente satisfecho con la relación. - Lo más difícil: mantener la confianza y enfocarse en ellos y no en terceras personas. - Lo más fácil: ponerse de acuerdo en cuestiones cotidianas y la comunicación. - Lo que han aprendido: a tratar a personas con las que se juzgaba que no se podía tener una interacción, a darse su lugar y valorarse. - Quien se acomoda no quiere que su pareja cambie y el otro sí quiere que éste cambie en ciertas características. - Coinciden en sentirse felices con la relación. - Ambos en algún momento se recuerdan convenios a los que ya habían llegado.
<p>A C C I Ó N</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Llevan a cabo la decisión tomada. - La negociación no es relevante en las decisiones de inmediato plazo, pero sí a corto plazo. - Negociaciones a largo plazo sí se hablan, pero no son tan concretas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Llevan a cabo las decisiones que toman, sobre todo las que tienen que ver con acciones a inmediato, corto y mediano plazo. - Platican de las decisiones a largo plazo, pero no son muy concretas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las decisiones que con más frecuencia llevan a cabo son las inmediatas y en ocasiones no las cumplen como habían quedado. - Hay un acuerdo general de

III. Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

Y P L A Z O S			<p>las decisiones a largo plazo sin que sean concretas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viven las decisiones al día.
C O N T E X T O	<ul style="list-style-type: none"> - Se dan su tiempo para tomar una decisión, aunque muchas veces ésta tiene que ver con conseguir un permiso. - Lugar de negociación: camino a casa o por teléfono. Cuando son temas más relevantes lo hablan a solas. - Los padres pueden dar consejos, pero es la pareja quien toma la decisión. - La religión puede influir. - No es tan importante la creatividad, sino que la decisión sea por el bien de los dos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se dan el tiempo necesario para tomar una decisión, aunque hay temas que no requieren tiempo para decidirlo. - Lugar de negociación: cualquier lugar, lo importante es que se encuentren solos. - No permiten que terceras personas intervengan en sus decisiones. - Tienen varias posibilidades aunque no sean muy creativas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se da el tiempo necesario para tomar una decisión dependiendo de la importancia de ésta. Si es muy importante la decisión la toman en el momento. - Lugar en donde toman decisiones: sitio cómodo para ambos (la casa de ambos, lo importante es que estén solos). - Aunque ha sido un acuerdo implícito el no permitir que terceras personas se involucren en su relación, puede existir algún amigo de ambos, al que sí le permitan que les de consejos, intervenga cuando están enojados o les de alguna crítica. - Las opciones no son muchas.
G É N E R O	<ul style="list-style-type: none"> - Roles y estereotipos pueden estar fuertemente moldeados por la religión. 	<ul style="list-style-type: none"> - El rol de la mujer es de una adolescente o joven adulta que busca la igualdad en varios aspectos. Aunque también hay ciertas cuestiones en los que se pudiera acomodar como una forma de adaptarse a las situaciones sociales. - Aunque la pareja viva en casa con sus padres una relación de superior (hombre), inferior (mujer). Esto no los ha moldeado. - Cada uno ha creado su criterio a partir de lo que ha vivido y de las experiencias de amigos o familiares. - Rol de madre: al cuidado de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Roles equitativos. Uno de ellos ha aprendido su rol a partir de lo que ha visto en casa lo cual no pertenecen a un sistema tradicional. - Repartición de funciones igualitaria, aunque la persona que se acomoda esta dispuesta a hacer muchas cosas por la relación. - La otra persona toma algunos aspectos que ha aprendido en casa. Se basa en el exterior para decidir qué es lo que no quiere repetir. Debido a lo anterior busca igualdad, aunque también comodidad (que su pareja se la brinde).
P O D E R	<ul style="list-style-type: none"> - La "superioridad" e "inferioridad" no está explícitamente definida, pero el "inferior" se acomoda al "superior" aunque su estilo de negociación sea colaboración- equidad. - No necesariamente cubre un solo tipo de negociación. - El poder puede ser nutricional (satisfacer las necesidades del otro) cuando uno se acomoda. 	<ul style="list-style-type: none"> - La "superioridad" o "inferioridad" no está definida. - No hay roles rígidos en cuanto a sumisión-dominio en la relación. - El poder que los caracteriza es integrativo, ya que el poder de uno, ayuda y favorece el del otro; es decir, no están en una competencia por el poder sino que buscan lo mejor para ambos. 	<ul style="list-style-type: none"> - La pareja no ha establecido quien es "superior" o "inferior", sin embargo uno de los miembros se acomoda en muchas situaciones. - El tipo de poder es manipulador, porque el que se acomoda tiene la idea de trasfondo de que está haciendo lo necesario para conservar una pareja como la que tiene.

Asimismo, se encontraron algunos aspectos importantes dentro de la investigación: a) la negociación es un continuum, b) identificar el estilo de negociación puede servir para la prevención de futuros conflictos, c) la negociación es superficial o inexistente al inicio de la relación, d) las negociaciones a corto plazo son más comunes que a largo plazo, e) la familia de origen es un factor que interviene o promueve el proceso de negociación, f) las relaciones sexuales son un factor importante a negociar y g) el orgullo y el perdón son un tema presente en la negociación.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Las parejas de esta investigación se encuentran en una etapa de transición del enamoramiento al amor, al compromiso de permanecer juntos aceptándose tal como son. Al inicio de su relación, estas parejas dejaban que la decisión la tomara el otro.

A través del paso del tiempo, la pareja cambió su negociación, pues pasó de ser superflua o inexistente a presentarse con un estilo más definido de colaboración – equidad, colaboración – acomodación, o acomodación.

Se encontró que la negociación es un continuum donde ningún tipo de negociación es mejor que el otro, pues ello depende de cada pareja y hasta de la problemática a acordar, sin embargo, la negociación puede ser “negativa” cuando la acomodación se vuelva constante (o la evitación o la contienda).

La investigación no arrojó la categoría contienda (tampoco la de evitación) como el marco teórico la refiere. Hay varios factores por los que se cree no se encontró tal categoría, uno de ellos es que la entrevista a profundidad no permitió que las parejas fueran totalmente sinceras con respecto a las preguntas referentes a contienda, todo ello quizá por la deseabilidad social que como psicólogos se tiene. Asimismo, puede que también la ausencia de la categoría contienda tenga que ver con las características del universo, lo cual no permitió suficiente variabilidad.

Para futuras investigaciones sería conveniente que el universo esté formado por sujetos que pertenezcan a diferentes estratos socioeconómicos así como de diferentes niveles de escolaridad.

Un aspecto importante que se propone abordar también es la prevención, es decir, crear talleres (ver el punto 3.2 respecto a Programas de intervención comunitaria) y espacios para las parejas de novios con el fin de que se conozcan más a si mismos y al otro para que si en un futuro deciden casarse o vivir en unión libre, el estilo de negociación que practiquen sea uno que este de acuerdo con ambos, es decir en el que ambos ganen.

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

En la residencia también se hizo hincapié para crear productos tecnológicos que estuvieran relacionados con los conocimientos adquiridos y que de alguna manera fueran algo creativo, innovador y con la finalidad de ser compartido con los estudiantes que lo requieran.

Asimismo, nuestro desempeño como psicólogos permitió incidir en la comunidad, realizando y aplicando un taller.

3.1 PRODUCTOS TECNOLÓGICOS

A lo largo de la maestría se elaboraron dos productos tecnológicos:

1. Manual para la aplicación del Código de Negociación en el Noviazgo
2. Diagnóstico Familiar usando como herramientas:
 - Esquema de Evaluación Familiar (Raymundo Macías)
 - Modelo Mc Master de Evaluación Familiar y
 - Modelo Triaxial de la Familia

A continuación se hará una breve descripción de cada uno de ellos:

▪ Manual para la aplicación del Código de Negociación en el Noviazgo

Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007b). *Manual para la aplicación del Código de Negociación*. Manuscrito no publicado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Como se indicó en el apartado dos de habilidades de investigación del capítulo III, durante la formación como terapeuta familiar también se realizó investigación, una de ellas fue con enfoque cuantitativo, por lo que se decidió realizar un Manual para la aplicación del Código de Negociación que se realizó.

a. Fundamentos teóricos

Los seres humanos **negociamos** en casi todas las actividades cotidianas, por ejemplo en la familia, con la pareja y en relación con los hijos (Rodríguez y Ramos, 1988). Lussier y Achua, (2002) argumentan que la **negociación** es un proceso en el que dos o más partes en conflicto tratan de llegar a un acuerdo.

El código de negociación tiene como base las dimensiones del Inventario de Estilos de Negociación (Levinger y Pietromonaco, 1989). Esta escala incluye cuatro subescalas: colaboración/equidad, acomodación, evitación y contienda, -ver el apartado de habilidades de investigación- (Flores, Díaz, Rivera, y Chi, 2005):

b. Factores que componen el código de negociación

El código de negociación está compuesto por 22 indicadores agrupados en 3 factores (ver anexo 1):

- **Factor 1 Colaboración – no acomodación:** cuenta con 13 indicadores. Existen 7 indicadores de la dimensión colaboración-equidad (1 - 7) y 6 indicadores de la dimensión acomodación (8 - 13). Este factor es un continuum donde la acomodación es el lado negativo de la negociación y la colaboración – equidad es el lado positivo. El porcentaje de varianza que explica este factor es de 26.707.
- **Factor 2 Ventajas y desventajas:** consta de 4 indicadores, dos para la dimensión de evitación (14 y 15) y dos más para la dimensión colaboración – equidad (16 y 17) formando un continuum donde la evitación es el lado negativo y la colaboración – equidad el positivo. Este factor explica el 14.248 por ciento de varianza.
- **Factor 3 Comunicación:** con 5 indicadores. En la dimensión de acomodación está el indicador 18, con respecto a colaboración – equidad se tienen los indicadores 19 al 21 y finalmente la dimensión evitación en el indicador 22. Este factor esta relacionado con la expresión de desacuerdo en la pareja, donde los indicadores de colaboración – equidad son negativos y los de evitación y el de acomodación son positivos. Este último factor explica el 11.506 por ciento de varianza.

c. Aplicación

Materiales:

- Hoja de registro (ver anexo 1)
- Un lápiz con goma

Instrucciones:

Las indicaciones para la pareja serán las siguientes: “necesitamos que planeen las actividades que harán su siguiente fin de semana, que definan la hora, el lugar, dónde van a verse y qué van a hacer. Si no acostumbran verse el fin de semana pueden planear su siguiente cita en los días que acostumbran. La duración aproximada del diálogo será como máximo 10 minutos. Nosotras solamente vamos a observarlos, adelante”.

Posteriormente él observador registrará en el código las conductas observadas.

d. Calificación

Después de registrar las conductas en el código de negociación se procederá a calificarlo tomando cada uno de los indicadores con un valor de uno y haciendo una sumatoria para cada uno de los factores. Aquellas parejas que presentan problemas en sus habilidades para negociar son aquellas que presentan la calificación señalada de acuerdo a los puntos de corte

presentados en la siguiente tabla. Por ejemplo, si una pareja obtiene una calificación menor a 2 en el factor 1 Colaboración – no acomodación, eso indicaría que presenta problemas en sus habilidades para negociar puesto que uno de ellos se acomoda.

Tabla 1: Puntos de corte para los factores del código de negociación

FACTOR	PUNTO DE CORTE
Factor 1 Colaboración - no acomodación	Calificación menor a 2
Factor 2 Ventajas y desventajas	Presenta efecto de piso*
Factor 3 Comunicación	Presenta efecto de piso*
Total	*

*El factor 2 y 3 tienen efecto de piso, ya que de acuerdo a la muestra en que se aplicó el código estos factores no resultaron lo suficientemente sensibles para medir lo que pretenden, por lo que requieren de mayor investigación.

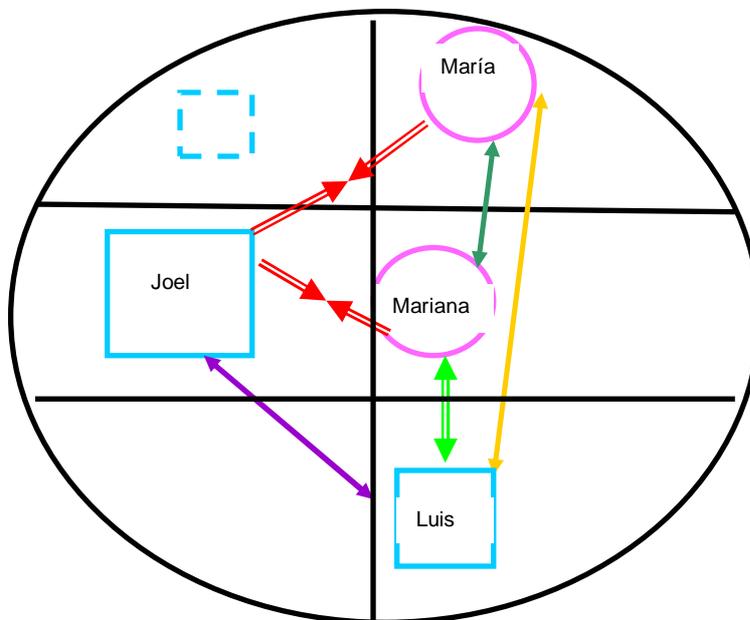
- **Diagnóstico Familiar usando como herramientas: Esquema de Evaluación Familiar (Raymundo Macías), Modelo Mc Master de Evaluación Familiar y Modelo Triaxial de la Familia**

Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2008). *Diagnóstico Familiar usando como herramientas: Esquema de Evaluación Familiar (Raymundo Macías), Modelo Mc Master de Evaluación Familiar y Modelo Triaxial de la Familia*. Manuscrito no publicado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Este producto tecnológico tuvo la finalidad de funcionar como una herramienta para un diagnóstico familiar más completo, mostrando una explicación de cómo se utiliza cada uno de ellos, sus ventajas y desventajas, así como un ejemplo práctico que permite aplicar cada herramienta. A continuación se hará una breve descripción del producto tecnológico, recordando que está disponible con la responsable esta maestría para quien desee consultarlo.

a. Esquema de Evaluación Familiar

El Esquema de Evaluación Familiar fue desarrollado por el Dr. Raymundo Macías Avilés (Macías, 2006) y funciona como una herramienta para el diagnóstico familiar ya que en el diagrama se muestran los aspectos más importantes de la estructura familiar; sus límites (al interior y al exterior), relaciones, nivel de significancia que cada quien ocupa, involucración de cada uno, así como la jerarquía con la que cada uno cuenta.



En este esquema, los límites son normales tanto al interior, como al exterior del sistema. Mariana es la persona que se encuentra más involucrada. Aunque Joel no esté tan involucrado como su esposa, goza de mayor jerarquía y significancia. Las relaciones entre Mariana y Joel son negativas, al igual que entre éste y su suegra. Mariana y su hijo llevan una relación positiva, al igual que ésta con su propia madre y que Luis y su abuela.

▪ **Ventajas y desventajas del Esquema de Evaluación Familiar**

Con la utilización del Esquema de Evaluación Familiar se logra un análisis más completo de la familia en un solo esquema, pues a diferencia del genograma de Mc Goldrick y del Mapa Estructural de Minuchin; el Esquema de Evaluación Familiar permite graficar los límites al exterior del sistema, la involucración que tiene determinado miembro de la familia, asimismo, es posible observar quién tiene mayor o menor jerarquía, además de permitir plasmar la significancia de los miembros de la familia. Debido a lo anterior, el Esquema de Evaluación Familiar resulta una herramienta útil para el diagnóstico familiar más completo.

Las desventajas que podría implicar utilizar el Esquema de Evaluación Familiar, sería la dificultad de dibujar a una familia con gran cantidad de miembros o en cuyo análisis se requiriera más de cuatro, cinco o más generaciones; pues al ser tantos símbolos se correría el peligro de hacer el esquema más complejo visualmente.

b. Modelo Mc Master de Evaluación Familiar

El modelo **Mc Master de Evaluación Familiar** fue desarrollado por **Epstein N. Baldwin** en la Universidad Mc Master. Este modelo se enfoca en los aspectos intrapsíquicos para aplicarlos en el aquí y ahora. Además enfatiza consecuencias mayores en la salud física y emocional de los miembros de la familia que van desde el “mas adecuado” hasta “el menos adecuado”.

La función primordial de la familia es mantener el equilibrio de sus miembros en tres niveles: psicológico, biológico y social. La familia enfrenta problemas en tres áreas: **1) área de necesidades básicas:** la familia debe proveer alimentación, habitación, etc. **2) área de desarrollo:** diferentes estadios como matrimonio, embarazo, etc. **3) área de obstáculos:** crisis relacionadas con accidentes, muertes, enfermedades, etc.

La familia que no puede desarrollarse en estas tres áreas enfrenta problemas.

A continuación se describirán las dimensiones del Modelo Mc Master de Evaluación Familiar (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1996):

Cuadro 25: Dimensiones del funcionamiento de la familia en el Modelo Mc Master

DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
<p>1.SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</p>	<p>Es la capacidad de la familia para resolver problemas y mantener el equilibrio. Las familias funcionales son las que resuelven sus problemas. Hay dos tipos de problemas: instrumentales y afectivos. Los primeros tienen que ver con la organización de la casa, los segundos son provocados por la interacción emocional y sentimental. Cuando la familia soluciona un problema generalmente: lo identifica, se comunica con la persona adecuada, estudia alternativas para su solución, se decide por una de ellas, la aplica, sigue la acción y evalúa los sucesos; cuando se llevan a cabo todos estos puntos se soluciona efectivamente el problema. La familia puede tener pequeños</p>

	problemas no resueltos, que no les crea desajuste.
2. COMUNICACIÓN	Es el intercambio de información para transmitir y definir relaciones. Existen cuatro tipos de comunicación: a) Clara y directa: donde el mensaje es claro y va dirigido a quien se requiere. b) Clara indirecta: la comunicación es clara pero se utiliza otro canal para decirlo, lo cual genera angustia. c) Oscura o enmascarada directa: el mensaje no es entendible pero se dirige a la persona adecuada, lo anterior genera patología en el emisor. d) Oscura o enmascarada indirecta: hay más patología porque hay dobles mensajes, no son claros y se dirigen a otra persona.
3. ROLES	Lo importante es la flexibilidad en los roles, los cuales se llevan a cabo a través de tareas y funciones en las siguientes áreas: a) Provisión de recursos: son las tareas y funciones asociadas a provisión de dinero, alimentos, etc. b) Nutrición y manutención: se refiere a la provisión de confort, manutención, etc. c) Gratificación sexual adulta: ambos miembros de la pareja deben tener satisfacción sexual mutua y sentir que pueden satisfacer a su pareja. d) Desarrollo personal: se debe apoyar a los miembros de la familia en las áreas física, emocional, educacional, social y vocacional. e) Manejo y mantenimiento del sistema familiar a través de: toma de decisiones, incluyendo el liderazgo; límites y funciones de pertenencia al grupo, diferenciándose de amigos, vecinos, etc.; control de la disciplina, reglas y normas; identificar problemas de salud y mantener prescripciones médicas.
4. RESPUESTA AFECTIVA	Se relaciona con responder con el sentimiento apropiado. La expresión del afecto tiene un aspecto cualitativo y otro cuantitativo. Hay dos categorías de afectos: a) Bienestar: ternura, apoyo, amor, etc. b) Emergencia o malestar: enojo, tristeza, etc. La familia funcional expresa toda la gama de afectos.
5. INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO	Es la tendencia que muestra la familia hacia determinada actividad o interés de cada miembro. Hay diferentes tipos de involucración: a) ausencia total de involucramiento. b) Involucramiento narcisista: existe interés por los otros cuando se gratifica el narcisismo propio. c) Involucración empática: hay afecto como para ponerse en el lugar del otro. d) Involucramiento excesivo: se vive a través de otro. e) Involucración simbiótica: con falta de individuación, diferenciación, por lo que es la más patológica.
6. CONTROL DE LA CONDUCTA	Es la forma en que la familia impone sus reglas, existen 3 áreas: a) Situaciones físicas peligrosas. b) Expresión de necesidades psicobiológicas, como comer, dormir, sexo. c) Comportamiento social e interpersonal. Tanto las reglas culturales como las familiares son transmitidas. El control de la conducta puede ser de 4 tipos: a) Rígido. b) Flexible. c) Laissez – Faire (no hay reglas) y d) Caótico (se desconocen los patrones, lo que genera más patología). Es importante decir, que no todas las reglas mencionan igual en todas las familias.

▪ **Ventajas y desventajas del Modelo Mc Master**

La utilización del Modelo Mc Master como herramienta para el diagnóstico familiar tiene como ventaja poder analizar de una sola vez cuál es la capacidad que tiene la familia para resolver sus problemas (ya sean instrumentales o afectivos), así como definir qué tipo de comunicación utilizan. Asimismo, abarca cómo son los roles en diversas áreas y qué tanto la familia responde con el sentimiento adecuado ante sus problemáticas. Permite saber también cómo es el involucramiento afectivo de la familia y finalmente cómo es que la familia impone sus reglas en diferentes áreas.

Las desventajas del Modelo Mc Master es que no puede utilizarse del todo desde la primera sesión, pues se requiere mayor número de sesiones para averiguar todos los puntos que este modelo requiere.

c. Modelo Triaxial de la Familia

Este modelo fue desarrollado por **Wen – Shing Tseng** y **John F. McDermott Jr.** Presupone un conocimiento de la psiquiatría infantil, la cual considera a la familia no solo como un agregado de individuos relacionados y separados a la vez, sino como la matriz de un grupo especial con una liga para vivir juntos y con el potencial para desarrollarse, crecer y contraerse. La familia está involucrada en funciones de comunicación, división de roles y transacciones.

Tseng y colaboradores propusieron un sistema de diagnóstico y clasificación basado en: la historia del desarrollo familiar, el estado mental “presente” de la familia y el resultado de la separación de un paciente infantil identificando el estado de la familia.

El **modelo triaxial de la familia** está compuesto por tres ejes: el primero se refiere a aspectos del desarrollo de la familia (dimensiones históricas o longitudinales). El segundo eje se centra en los subsistemas, y sus problemas. Finalmente, el tercer eje se enfoca a la familia como matriz e intenta categorizar a la disfunción familiar a través de la dimensión visual.

Una familia puede tener una disfunción en una dimensión en tanto que puede estar funcionando normalmente en otras. Se debe priorizar la intervención aún cuando haya más de una alteración.

Hay que recordar que la familia es entendida como una organización dinámica (que crece y cambia) por lo que no puede admitir una etiqueta diagnóstica fija.

▪ Ventajas y desventajas del Modelo Triaxial

El Modelo Triaxial tiene la ventaja de ser una herramienta diagnóstica que ubica en tres áreas las disfunciones de la familia: en el desarrollo, en los subsistemas y en la familia como sistema. Como se puede observar el Modelo Triaxial permite ahondar en el desarrollo de la familia, de acuerdo al ciclo vital que estén viviendo, además, permite saber qué tipo de complicaciones ha presentado la familia a lo largo de su desarrollo, es decir, si ha habido separaciones o divorcios, por ejemplo. Otra ventaja más que representa la utilización del Modelo Triaxial es tener información precisa acerca del subsistema conyugal, padre-hijos y fraterno; tomando en cuenta en cada uno qué tipo de disfunciones los aquejan. Asimismo, el terapeuta que utilice este modelo, sabrá qué disfunciones tanto estructurales como sociales presenta la familia que atiende.

El Modelo Triaxial además ayuda a comprender la patología desde un enfoque multidimensional. Con este modelo se puede hacer énfasis en un miembro individual, en un subsistema o en la familia como grupo.

Como el Modelo Triaxial presenta tres ejes, la información que se requiere para utilizar este modelo no se sabrá en la primera sesión, lo cual se traduce en una desventaja si se requiere un diagnóstico más rápido.

A continuación se presenta un cuadro con las características de cada uno de los ejes (Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1996):

CUADRO 26: Ejes del Modelo Triaxial

EJE I: DISFUNCIONES EN EL DESARROLLO FAMILIAR	EJE II: DISFUNCIÓN EN SUBSISTEMAS FAMILIARES	EJE III: DISFUNCIONES DE LA FAMILIA COMO SISTEMA
<p>A) DISFUNCIONES DEL DESARROLLO</p> <ul style="list-style-type: none"> . Familiar primaria: puede haber incapacidad de la pareja para establecer una relación, fracaso en las responsabilidades, dificultad para separarse de su familia de origen. . Relacionada con la crianza de los niños: hay una inadecuada preparación de los padres, dificultad para desplazar o movilizar roles parentales y maritales. Asociada con expectativas neuróticas. Con el primer niño y con los subsecuentes. . Relacionada con la educación de los hijos: la crianza falla en la proporción de un ambiente psicológico adecuado, dificultad para organizar a la familia como un grupo, incapacidad para solucionar un conflicto triangular. . De la familia madura: cuando los hijos son jóvenes hay problemas con la diferenciación de roles y la separación. . De la familia que se contrae: falta de preparación o incapacidad para aceptar la pérdida de un miembro y para reajustarse a un patrón. 	<p>A) DISFUNCIONES EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL: en la pareja existen interacciones dominadas por necesidades neuróticas inconscientes y conflictivas que se pueden desplazar e involucrar a toda la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Marital complementaria: hay una conducta patológica complementaria, las personalidades son conflictivas. La relación es frágil, lábil y desequilibrada (dominante- sumisa o frío afectivamente contra necesidad afectiva). . Marital conflictiva: los dos tienen la misma tendencia a controlar y a ejercer poder, son competitivos y rivalizantes. . Marital dependiente: ambos son mutuamente dependientes, inseguros o inmaduros. . Marital desvinculada: con interacción disminuida, poca involucración emocional, mantienen el matrimonio por razones culturales o religiosas. . Por incompatibilidad: hay diferencias en las personalidades, valores, estilos de vida, edad, educación y profesión. 	<p>A) DISFUNCIONES ESTRUCTURALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Familia de bajo rendimiento: padres inmaduros, poca habilidad para guiar a la familia. La familia tiene dificultad para comunicarse o tomar decisiones. . Familia sobreestructurada: padre perfeccionista, la familia tiende a funcionar a través de órdenes pero carece de interacción y calidez emocional. . Familia patológicamente integrada: la división de roles es inapropiada pero patológicamente balanceada entre los miembros de la familia, pueden funcionar superficialmente. . Familia desvinculada: cada uno está insatisfecho con el otro. Hay ira, hostilidad, desvinculación, dificultad para involucrarse como grupo. Se mantienen como familia por razones financieras, culturales, etc. . Familia desorganizada: roles indefinidos y confusos, comunicación ambigua e inefectiva y la organización es caótica. <p>B) DISFUNCIONES SOCIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Familia socialmente aislada: excesivo aislamiento de la comunidad, poco o ningún contacto con la familia extensa. Inseguridad interna. . Familia socialmente desviada: en contra de la moral comunitaria. . Familia con un tema especial: dominada por mitos, secretos o creencias culturales comúnmente compartidas. El tema familiar se desarrolla por ambos padres y lo comparte toda la familia.
<p>B) COMPLICACIONES Y VARIACIONES DEL DESARROLLO</p> <ul style="list-style-type: none"> . Familia interrumpida: hay una crisis asociada con la separación o divorcio. . Familia de un solo padre: existen dificultades alrededor del mantenimiento, cuidado y disciplina de los niños, así como en la identificación psicosexual. . Familia reconstruida: en una nueva familia con miembros nuevos hay problemas de división de roles. . Familia crónicamente inestable: son frecuentes los cambios, separación o divorcios, poca diferenciación de roles y límites. 	<p>B) DISFUNCIÓN EN EL SUBSISTEMA PADRE-HIJO: la disfunción se puede situar en alguno de los padres, en el hijo o en el padre-hijo.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Disfunción ante uno de los padres: hay expectativas patológicas del padre respecto a uno de los hijos, identificaciones proyectivas, favoritismo extremo del padre. Condición neurótica del hijo. . Disfunción ante uno de los hijos: el niño puede tener una alteración orgánica, maduracional, del desarrollo, neurótico o psicótico que altera el funcionamiento de la familia. . Disfunción en la relación padre-hijo: como la sobreprotección, las interrelaciones hostiles mutuas y rechazantes padre- hijo. . Disfunción triangular padre-hijo: patología de los padres que involucra al niño y da por resultado un conflicto triádico. Los padres tienen conflictos no resueltos. 	<p>C) DISFUNCIÓN EN EL SUBSISTEMA DE LOS HERMANOS: primero entre los hermanos y se puede extender a otros. Puede haber rivalidad, sobreidentificación o no diferenciación entre hermanos, coaliciones en contra de uno o ambos padres.</p>

3.2 DESARROLLAR Y PRESENTAR PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA (CONFERENCIAS, TALLERES, ETC.)

En el último semestre de la maestría se desarrolló y aplicó un taller como intervención comunitaria. En este caso, se dio continuidad a las investigaciones hechas acerca de la negociación y se elaboró el taller: ¿Negociar, terminar, aguantar o evitar?

TALLER: ¿NEGOCIAR, TERMINAR, AGUANTAR O EVITAR?

En la formación como terapeuta se tiene la oportunidad de observar cómo las problemáticas de pareja pudieron haberse tratado en otro momento no como intervención, sino como prevención.

Es importante que cuando se establece una relación de pareja, los integrantes de ésta cuenten con herramientas que les permitan tener una relación satisfactoria para ambos, tal es el caso de la negociación. Debido a lo anterior, se consideró de suma importancia crear un taller que ayudara a las parejas a prevenir futuros conflictos otorgándoles herramientas para mejorar su negociación.

Lussier y Achua, (2002) mencionan que la **negociación** es un proceso en el que dos o más partes en conflicto tratan de llegar a un acuerdo.

Este taller tuvo como antecedente las investigaciones con enfoque cuantitativo y cualitativo tituladas “Código de negociación en el noviazgo” (Toiber y Trejo, 2007a y 2007d) y “Estilos de negociación en la relación de pareja en universitarios” (Toiber y Trejo, 2007c) respectivamente. Además de tener una visión como terapeutas, como investigadoras fue importante observar la necesidad de crear un taller en donde las personas pudieran conocer más acerca de la negociación que llevan a cabo con sus parejas (ya sea en sus relaciones presentes o pasadas) y sobre todo que les ayudara a reflexionar qué tan satisfactorio y funcional les está resultando.

El presente taller (al igual que las investigaciones antes mencionadas) se basó en las dimensiones del Inventario de Estilos de Negociación (Levinger y Pietromonaco, 1989). Esta escala incluye cuatro subescalas: colaboración/equidad, acomodación, evitación y contienda (Flores, Díaz, Rivera, y Chi, 2005).

Es importante decir que en la negociación se encuentran inmersos otros temas como comunicación (verbal y no verbal), conflicto, percepción, acción y plazos y contexto; por lo que este taller abordó también dichas temáticas.

En base al marco teórico de referencia se diseñó un taller compuesto por 5 sesiones (anexo 2), en cada una de las cuales se distribuyeron los aspectos que se relacionan con la negociación, además de hacer énfasis en un estilo particular de ésta.

Al finalizar el taller se encontró que los participantes aprendieron mucho unos de otros y de la diversidad de puntos de vista. También dijeron que las actividades y el clima de confianza que se abrió les ayudaron a compartir momentos de su vida importantes.

Los participantes mencionaron que dentro de las herramientas que aprendieron en este taller para negociar en sus relaciones presentes o futuras están: saber que su pareja tiene un punto de vista igual de válido que el suyo, manejar sus emociones (tener cuidado en la manera en que contestan o piden las cosas), conocer el tipo de negociación que han utilizado en sus relaciones pasadas o presentes, así como tener mayor capacidad para solucionar sus problemas, pues mencionaron que se pueden hacer acuerdos y que la otra persona también puede cambiar de opinión, pero es importante escucharla y aprender de eso.

3.3 REPORTE DE LA ASISTENCIA A FOROS ACADÉMICOS Y DE LA PRESENTACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO (CLÍNICO Y/O DE INVESTIGACIÓN) EN FOROS ACADÉMICOS

- **Asistencia al Curso: Consulta a Bases de Información Psicológica Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. Septiembre, 2006. (anexo 3)**

Se tomó este curso para tener herramientas que permitieran hacer uso de las bases de datos donde se encuentran diversas revistas indexadas, para así enriquecer nuestras investigaciones.

- **Asistencia al Seminario: Humillación, vergüenza y perdón de Carlos Sluzki (anexo 4)**

Sluzki, C. (2007). *Humillación, vergüenza y perdón: emociones clave y dinámica familiar*. Seminario. México, D. F. Octubre, 2007.

Se asistió al seminario durante el 27 y 28 de octubre, donde el Dr. Carlos Sluzki expuso sobre la humillación, vergüenza y perdón para finalizar con el análisis de un caso práctico por medio de un video donde Sluzki era el terapeuta.

- **Presentación del trabajo de investigación cuantitativa titulado: “Código de Negociación en el Noviazgo” (anexo 5)**

Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007a). Código de Negociación en el Noviazgo. Trabajo presentado en el *2do Congreso Nacional de Psicología 2007. Intervención Psicológica. Contribuyendo a la calidad de vida y al bienestar psicológico*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Hidalgo, México. Noviembre, 2007.

En este congreso se tuvo la oportunidad de exponer cómo fue la creación del código de negociación, describir sus características y destacar su importancia como herramienta para la evaluación e intervención terapéutica.

- **Presentación del trabajo de investigación cualitativa titulado: “Estilos de negociación en la relación de pareja en universitarios” (anexo 6)**

Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007c). Estilos de negociación en la relación de pareja en universitarios. Trabajo presentado en el *Simposium Familia, vida cotidiana y enfermedad durante el V*

Congreso de Investigación Formativa en homenaje al Dr. Jerome Bruner. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. Febrero, 2008.

En este simposium se presentó la investigación de corte cualitativo realizada también durante la maestría. Se deseaba conocer el tipo de negociación utilizada por jóvenes universitarios a través de entrevistas a profundidad. Los resultados encontrados permitieron hablar entre otras cosas, de tres categorías de negociación, así como de confirmar lo que se encontró en la investigación cuantitativa respecto a la negociación como un continuum; de tal forma que se logró una triangulación con los resultados obtenidos tanto en la investigación cuantitativa como cualitativa.

▪ ***Presentación del trabajo de investigación cuantitativa titulado: "Engagement Negotiation Code" (anexo 7)***

Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007d). Engagement Negotiation Code. Trabajo presentado en el *XVI World IFTA Congress. Transformation and globalization: Family Therapy in the 21th century*. Portugal, Porto. Marzo, 2008.

Exponer un trabajo en un congreso internacional es una gran oportunidad para difundir lo que se hace en la Universidad y también para aprender qué investigaciones se hacen en otras culturas. Con este trabajo se logró destacar la importancia que tiene para los terapeutas tener una herramienta que sirva para hacer una evaluación y así diseñar mejor el plan de tratamiento ya sea cuando la pareja tiene un conflicto o en su defecto para prevenirlo.

▪ ***Asistencia al XXXV Congreso del CNEIP. Psicología en México. Cambiando rumbos, redefiniendo caminos. Puerto Vallarta, Jalisco, México. Abril, 2008. (anexo 8)***

En este congreso se tuvo la oportunidad de aprender acerca de investigaciones nacionales respecto a diversas temáticas, entre ellas a los enfoques, perspectivas y retos de la terapia familiar.

IV. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

4.1 DISCUTIR E INTEGRAR LAS CONSIDERACIONES ÉTICAS QUE EMERJAN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Cualquier profesión que se ejerza debe hacerse bajo términos éticos, en este caso como psicóloga he aprendido algunas consideraciones que deben recordarse. Según lo referido por Brugmann, (1990) en el Código Ético del Psicólogo algunos puntos a aplicar en el desempeño como psicólogos serán los siguientes:

A través de mi formación como terapeuta familiar y anteriormente en mi trabajo profesional he considerado de gran importancia para el desempeño como terapeutas ejercer esta carrera respetando a los pacientes tanto en su derecho de tomar decisiones como en obtener su consentimiento para que sus sesiones sean audiograbadas.

Relacionado a lo anterior, está la información que se le proporciona al paciente como encuadre terapéutico al inicio del tratamiento, tal información tiene que ver con la audiograbación ya mencionada, los costos de las sesiones, la frecuencia de éstas y si se cuenta o no con equipo terapéutico.

Respecto a las grabaciones que se hacen, éstas sólo pueden ser utilizadas como recursos didácticos o para fines científicos, siempre y cuando se guarde el anonimato de las personas que ahí aparecen.

Asimismo, es muy importante para los pacientes que se mantengan en confidencialidad sus casos, sin embargo, esto debe tomarse muy en cuenta pues a veces es necesario hacer lo contrario con tal de prevenir un peligro para el paciente mismo o para alguna otra persona, un ejemplo, podría ser un caso de violencia intrafamiliar.

Otro tema relacionado con el respeto, tiene que ver con el ámbito personal y en este caso, más específicamente con el desempeño profesional, me refiero a respetar las diferencias ya sean culturales, de género, de condición socioeconómica, de orientación sexual, etc.

En el aspecto más personal que profesional, pero que se relacionan mutuamente, está la responsabilidad de buscar apoyo terapéutico para los conflictos personales, primeramente porque es importante vivir un proceso terapéutico para que ello no afecte la práctica clínica y para que también podamos vivir “en carne propia” un tratamiento lo que de una u otra forma ayuda a la empatía con los pacientes, pues podemos saber qué se siente estar en terapia no como “la psicóloga” sino como la paciente.

Algo que me quedó muy claro durante mi formación como terapeuta familiar y que es algo que en ocasiones no se toma en cuenta, es identificar los sentimientos que el paciente o la familia nos generan, ya que ello puede facilitar u obstaculizar el proceso terapéutico. Lo anterior puede ser entendido como observar qué pasa en la “persona del terapeuta”, pues finalmente somos parte del sistema terapéutico.

Ahora bien, si se cuenta con equipo terapéutico y supervisor, también sería importante que ellos identificaran lo que la familia o paciente les hace sentir, pues también son parte del sistema terapéutico y proporcionan comentarios que pueden sesgarse de una u otra forma por lo que el paciente les genera.

Respecto a lo anterior, a partir de identificar qué es lo que los pacientes nos generan, es más fácil saber cuándo nuestras intervenciones están siendo guiadas o no por nuestras propias creencias, valores, etc., lo que nos permitirá cuidar nuestro desempeño como terapeutas para ser respetuosos del paciente, de su manera de ver el mundo y de ponerse en sus zapatos; para que finalmente la intervención terapéutica “sea lo que tiene que ser”: lo que el paciente busca y no lo que el terapeuta desea desde su persona y no desde su profesión .

Como psicólogos también es importante tomar en cuenta el abanico de posibilidades con el que contamos para ayudar a los pacientes, es decir, analizar cuál es el modelo que más se acomoda al paciente, pues el paciente no se deberá acomodar al modelo. Los enfoques no son “recetas”, ninguno es mejor que el otro (desde la posmodernidad se diría que existen “múltiples verdades”), por lo que como terapeutas debemos ser flexibles en cuanto a la aplicación de estos y usar los que sean más “útiles” o hacer una combinación de herramientas que permitan una resolución satisfactoria de la problemática presentada.

Por otro lado, dentro de ser un terapeuta que se desempeña éticamente hablando, también entra el tema de la actualización de conocimientos, pues es necesario estar al corriente asistiendo a congresos, ponencias, talleres, etc., que permitan estar al día acerca de los avances en el área, lo cual nos hará mejores psicólogos.

Finalmente, relacionado a lo anterior está ser consciente de nuestras propias limitaciones como terapeutas, para así canalizar los casos para los que no estemos entrenados.

V. CONSIDERACIONES FINALES

1. RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS

Dentro de este rubro pueden mencionarse varias habilidades adquiridas, que tienen que ver con lo teórico-conceptual, con las habilidades propiamente clínicas que están relacionadas con la detección, evaluación y tratamiento, habilidades propias de la investigación y enseñanza, habilidades en el área de prevención y finalmente en la ética y compromiso social.

- Habilidades teórico-conceptuales

Antes de pasar a la práctica fue necesario estudiar cuáles son los antecedentes de la terapia familiar para así tener fundamentos conceptuales que permitieran el mayor entendimiento de los diferentes modelos sistémicos.

Por otro lado, dentro de la maestría se hizo hincapié en la relación entre teoría y práctica, lo que implicaba aplicar la teoría al caso específico tomando en cuenta un análisis de la metodología, es decir, de las intervenciones que se estaban aplicando. Lo anterior tiene que ver con identificar qué intervención se llevó a cabo, y por qué, a qué modelo pertenece, si fue la más apropiada para el caso o pudo haberse abordado de otra manera.

Asimismo, al analizar qué intervención fue hecha, nos convirtió en terapeutas más hábiles en la identificación de las diferencias y similitudes entre los modelos terapéuticos, lo cual incluía saber cuáles son los principios, técnicas e intervenciones de los diferentes enfoques.

- Habilidades clínicas (detección, evaluación y tratamiento)

Como terapeuta es importante desarrollar nuestra capacidad de observación y de escucha, pues a través de estas herramientas y de lo que el paciente o familia dice, se puede hacer una mejor integración para diagnosticar o detectar diferentes problemáticas. Es muy importante, que el caso sea analizado desde una perspectiva relacional, pues el individuo está en constante relación con el otro, por lo que sus problemáticas tienen que ver con ello.

Lo anterior está relacionado con saber identificar el motivo de consulta que tiene el paciente y delimitarlo de tal forma que se convierta en algo "trabajable" y que sea el paciente quien lo defina y que no se inmiscuyan nuestros propios valores o creencias, por ejemplo: "a mi como persona me encantaría que esta mujer se divorciara...", pero a ella no porque no entra dentro de sus creencias y valores, lo cual se debe respetar.

Como terapeutas también es importante tener habilidades para hacer una entrevista inicial donde juega un papel principal hacer un buen rapport, pues se dice “que la primera impresión cuenta mucho” y entendí que la primera sesión es una buena oportunidad para establecer una alianza terapéutica que ayude al tratamiento.

Se trabajó para identificar las necesidades que tienen los pacientes, pues a partir de éstas se tienen que diseñar las intervenciones.

Otra cosa que practiqué fue la identificación de los recursos con los que cuentan los pacientes, pues ello ayuda a tener soluciones eficaces y a hacer una “terapia a la medida” utilizando no sólo los recursos, sino el lenguaje y la ideología del paciente.

Como terapeuta familiar aprendí que es fundamental contar con habilidades que permitan hacer una evaluación del proceso terapéutico, de los resultados que se han obtenido, de las metas que falta alcanzar, de cuándo es el momento preciso para hacer un cierre del proceso terapéutico y de hacer un seguimiento de los casos.

En los diferentes modelos supervisados se me enseñó a hacer una integración del caso de acuerdo a los lineamientos propios del enfoque, lo que me permitió trabajar desde diferentes puntos y aprender qué enfoque tiene más que ver conmigo o con cuál me siento más cómoda para trabajar. Lo anterior está relacionado con el desarrollo de mi personalidad como terapeuta, trabajando para perfeccionar mis habilidades, pero también para aprender más de mis compañeros, del supervisor, analizar mis flaquezas y hacer algo para mejorar.

Dentro de las habilidades clínicas también aprendí a trabajar con un equipo terapéutico, con un supervisor y en su caso con un coterapeuta. Lo anterior está relacionado con una mayor apertura a los comentarios sobre el desempeño profesional, aceptar y dar críticas constructivas y saber utilizar estas herramientas en pro del paciente o familia y también como parte de un crecimiento como terapeutas.

- Habilidades de investigación y enseñanza

Dentro de este rubro aprendí cómo hacer y aplicar una investigación desde una aproximación tanto cuantativa como cualitativa.

Aprendí que ninguna aproximación es mejor que la otra, sino que se puede tener la ventaja de hacer una triangulación que permita complementar los resultados encontrados en ambas investigaciones.

También tuve oportunidad de participar en diferentes congresos donde se le dio difusión a los trabajos realizados en la maestría y dónde aprendí cómo se debe presentar un trabajo, desde mandar el resumen, el trabajo en extenso, hasta hacer la presentación de la investigación.

Por otro lado, desarrollé un taller que fue aplicado y entendí cómo es que se desarrolla la carta descriptiva y los manuales tanto del instructor como del participante; pero lo más importante que aprendí es que el taller tiene que ser aplicado, pues son los participantes mismos quienes en base al funcionamiento de las dinámicas aplicadas, dictan qué modificaciones debe sufrir el taller.

- Habilidades de prevención

Resulta más útil trabajar en la prevención que en la solución de problemas, pues evitamos costos de todo tipo. Tomando en cuenta esto, se intentó que el taller ¿Negociar, terminar, aguantar o evitar? sirviera tanto para la intervención como para la prevención de determinados conflictos haciendo uso de la negociación como herramienta para solucionarlos.

Asimismo, dentro de los casos tratados, fue útil saber identificar a tiempo potenciales problemas, para intervenir y que estos pudieran ser prevenidos, por ejemplo recuerdo un caso (en el que formaba parte del equipo terapéutico) en el que se sacó a una hija del conflicto de pareja para que no fuera triangulada y se trabajó para que el hijo mejor no jugara ese papel posteriormente.

- Ética y compromiso social

Como terapeuta es importante que nuestra práctica esté permeada por el compromiso con los pacientes para que el tratamiento que reciban sea “el mejor” y que éticamente se tomen aspectos como los mencionados en el apartado de habilidades de compromiso y ética profesional, entre los cuales están: respeto hacia el paciente, flexibilidad a los diferentes modelos terapéuticos, compromiso y confidencialidad.

2. INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL

Como terapeutas familiares debemos estar capacitados para incidir tanto en el área de tratamiento como en la prevención de determinadas problemáticas que aquejen a la comunidad.

Diferentes instituciones se están preocupando por formar terapeutas cuya forma de trabajo no sólo incida en el individuo, sino en la pareja o en la familia, tal es el caso de la Facultad de psicología que es donde se realizó la formación como terapeuta familiar.

Como estudiante de la maestría tuve la oportunidad de practicar con diferentes comunidades, tal es el caso de los solicitantes del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” perteneciente a la Facultad de psicología, de los pacientes que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y de los que solicitan terapia en el Centro Comunitario Julián Mc Gregor.

Pero la incidencia como psicólogos, no se limita a nuestro papel como terapeutas, sino también como investigadores, y como tal en la formación tuve la oportunidad de realizar dos trabajos, uno con una aproximación cuantitativa y otro con una cualitativa. Los resultados obtenidos fueron presentados en diferentes congresos donde se dio difusión a lo que se trabaja en esta universidad.

Asimismo, como prevención se trabajó en el desarrollo y aplicación de un taller que permitió desarrollar otra faceta como psicólogos.

3. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

La maestría en terapia familiar me ha permitido crecer desde lo personal hasta lo profesional. Desde lo personal porque esta formación me dio la oportunidad de ver qué tan importante era asistir a terapia y desde lo profesional porque la residencia me dio herramientas para ser una terapeuta que tome en cuenta lo relacional, que tenga un abanico de posibilidades desde los diferentes modelos que se aprendieron en las supervisiones, de trabajar con el individuo, la pareja o la familia, etc.

Saber que existen “múltiples verdades” me ha permitido ampliar mi análisis de los casos y tener apertura para aceptar los comentarios o intervenciones que se sugerían en las supervisiones. Asimismo, he sido capaz de respetar la ideología de los pacientes por muy diferente que se a la mía, lo cual ha ayudado a que el tratamiento sea fructífero.

Ser terapeuta te da la oportunidad de conocer al otro, de valorar sus recursos, de reconocer sus necesidades, de tener una aproximación que desde la empatía te permita entender la problemática para generar una alianza que posibilite el trabajo y el cambio.

Estudiar en esta residencia fue un proceso maravilloso, a veces difícil, a veces no, pero siempre enriqueciendo mis conocimientos.

Tuve la satisfacción de dar varios casos de alta, lo cual me hacía pensar que mis logros tenían mucho que ver no sólo con mi trabajo, sino principalmente con lo que hacía el paciente, pues el crédito del cambio era suyo y acompañarlos en este proceso fue una experiencia de mucho aprendizaje .

Mi experiencia como parte del equipo terapéutico me permitió ver a las familias con otros ojos, estar detrás me permitía dar opiniones diferentes a las que hubiera tenido siendo terapeuta ya que las discusiones con los compañeros del equipo y el supervisor (a) permitían ampliar mi visión.

Como coterapeuta aprendí de mi compañera/o a utilizar otras intervenciones, fue un apoyo e hizo que la terapia tuviera más voces que ofrecer a los pacientes.

Asimismo, mi formación no hubiera estado completa siendo sólo terapeuta, pues esta residencia pone el dedo en el desarrollo de habilidades para la investigación también, lo cual me permitió vivir la profesión desde un papel de investigadora que realiza proyectos y los aplica para el beneficio de la comunidad.

Relacionado a lo anterior, está la asistencia a congresos, lo cual fue una experiencia muy satisfactoria ya que da gusto compartir el conocimiento generado y aprender de los demás.

Es importante decir que antes que terapeutas somos personas como cualquier otra. He aprendido que lejos de la técnica o el modelo de intervención que se emplee es importante tener un acercamiento con el paciente, desde lo “humano” lo cual permite generar una empatía para estar con el otro.

4. IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO

La maestría permite un crecimiento que compagina la teoría con la práctica. En los primeros semestres se daba mayor énfasis a las clases teóricas que me permitieron conocer los antecedentes de la terapia familiar.

Posteriormente las supervisiones bajo los diferentes modelos me dieron la oportunidad de hacer lo que más me gusta: ser terapeuta, lo cual fue una experiencia que disfruté y de la cual pude aprender a integrar lo teórico –práctico en diferentes sistemas, ya sea individuo, pareja o familia.

Con las herramientas adquiridas en esta residencia, los terapeutas podemos desempeñarnos en diferentes áreas de trabajo sin olvidar que es importante tomar en cuenta la persona del terapeuta.

Como persona es importante estar pendiente de nosotros mismos y tomar terapia cuando sea necesario, pues ello se conecta también con la ética como psicólogos y finalmente con nosotros como personas.

Como profesionista es importante brindar lo mejor de sí, respetar a los pacientes o familias, comprometerse con ellos, lo cual también se relaciona con la actualización de conocimientos para mejorar el servicio que se brinda.

Con esta profesión se tiene la fortuna de poder desarrollarse en el área privada brindando consulta o en su defecto desempeñarse en instituciones públicas llámese hospital, en alguna empresa, etc. También se puede trabajar en instituciones preocupadas por desarrollar programa de prevención o en aquellas que inciden en comunidades con bajos recursos, niños de la calle, etc. Asimismo, la formación en esta maestría nos proporcionó habilidades para desarrollarnos en el campo de la investigación. Todo lo anterior de una u otra manera permite que el psicólogo también se desempeñe en el área de la docencia.

ANEXO 1

HOJA DE REGISTRO PARA EL CÓDIGO DE NEGOCIACIÓN

Instrucciones: marcar el indicador que está presente ya sea en el Hombre (H) o en la Mujer (M) con una √

COLABORACIÓN- NO ACOMODACIÓN		VENTAJAS Y DESVENTAJAS		COMUNICACIÓN	
1. Ambos expresan sus puntos de vista dejando que el otro (a) también lo haga	H	14. Ninguno de los dos analiza las desventajas de determinadas opciones	H	18. El/ella tiene un tono de voz bajo	H
	M		M		M
2. Ambos se ponen atención cuando el otro habla	H	15. Ninguno de los dos analiza las ventajas de determinadas opciones	H	19. Ambos expresan verbalmente su desacuerdo.	H
	M		M		M
3. Ambos escuchan y ponen atención al punto de vista de la otra (o)	H	16. Ambos analizan las desventajas de determinadas opciones.	H	20. Ninguno de los dos expresa verbalmente su desacuerdo	H
	M		M		M
4. Ambos mantienen contacto visual	H	17. Ambos analizan las ventajas de determinadas opciones.	H	21. Ambos se retroalimentan uno al otro acerca de lo que dice.	H
	M		M		M
5. Ambos muestran una comunicación clara y directa	H			22. Ambos preguntan a la otra(o) su opinión.	H
	M				M
6. Ambos muestran una actitud colaborativa y de equidad con respecto a la otra (o)	H				
	M				
7. Ambos proponen opciones	H				
	M				
8. El/ella no propone opciones y acepta las de la otra (o)	H				
	M				
9. El/ella asiente a todo lo que dice el otro	H				

Patrones Trigeneracionales de Violencia Intrafamiliar

	M				
10.El/ella muestra una actitud pasiva ante la situación	H				
	M				
11.El/ella no expresa su punto de vista	H				
	M				
12.El/ella retroalimenta y acepta lo que la otra (o) dice	H				
	M				
13. El/ella está de acuerdo en todo lo que la otra (o) diga	H				
	M				

ANEXO 2
CARTA DESCRIPTIVA
TALLER: ¿NEGOCIAR, TERMINAR, AGUANTAR O EVITAR?

SESIÓN 1: COMUNICACIÓN VERBAL Y COLABORACIÓN-EQUIDAD

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TIEMPO
Integración	Los individuos se conocerán entre sí y se describirán a sí mismos.	Presentación	Fichas bibliográficas, seguros, plumines de colores.	15 min.
¿Qué es la negociación? Estilos de la negociación. Comunicación verbal, comunicación no verbal, conflicto, percepción, acción y plazos y contexto.	Los individuos analizarán la importancia de la negociación en su relación de pareja. Conocerán los estilos de negociación que existen, así como los elementos implicados en ellos.	Exposición temática a partir de lluvia de ideas.	Ninguno.	20 min.
Comunicación verbal.	La persona conocerá como es la comunicación verbal en su relación. Se tomará en cuenta si su comunicación es clara y directa.	Escuchar y seguir las instrucciones (5 mins) Retroalimentación (15 mins)	Hoja de trabajo, hoja de instrucciones.	20 min.
Colaboración-equidad.	El individuo conocerá y aplicará el estilo de negociación de	Traducción (20 mins) Retroalimentación (15 mins)	Sillas.	35 min.

	colaboración-equidad.	Hagamos equipo (5 mins) Retroalimentación (15 mins)	Crucigrama (anexo 2).	20 min.
		Retroalimentación general		10 mins
Tarea	El individuo se preguntará si ha utilizado o utiliza el tipo de negociación de colaboración-equidad. Asimismo, identificará sus puntos fuertes y se cuestionará sus puntos débiles con respecto a este estilo.	Reflexionar a partir del cuestionario.	Cuestionario de colaboración-equidad	Libre

SESIÓN 2: COMUNICACIÓN NO VERBAL Y COLABORACIÓN-EQUIDAD

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TIEMPO
Revisión de tarea.	Aclarar dudas y establecer conexión con el siguiente tema.	Cuestionamiento	Cuestionario de colaboración-equidad	10 min.
Comunicación no verbal.	La persona identificará la forma en que se comunica en una relación de pareja, de manera no verbal.	Yo soy así (10 mins) Retroalimentación (20 mins)	Espacio para que cada equipo realice la actividad	30 min.
		¿Un masaje? (20 mins). Retroalimentación (20 mins)	Sillas o colchonetas, cobijas. Música de relajación, grabadora.	40 min.
		El mundo al revés (15 mins) Retroalimentación (15 mins).		30 min.
		Retroalimentación general		10 min.

SESIÓN 3: CONFLICTO Y CONTIENDA

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TIEMPO
Revisión de dudas, reflexiones	Conocer qué es lo que han pensado de los temas revisados.	Cuestionamiento		10 min.
Conflicto	La persona analizará qué tan frecuente es que en su relación de pareja (presente o pasada) tengan problemas y cómo los resuelven.	Role-playing (20 mins) Retroalimentación (30 mins)	Espacio para la actividad, sillas.	50 min.
Contienda	El individuo conocerá y analizará el estilo de negociación de contienda.	Escenas de contienda de las películas "Retrato de una mujer casada" y "Un impulsivo y loco amor" (40 mins). Retroalimentación (10 mins):	Televisión, películas, DVD	50 min.
Tarea	El individuo se preguntará si ha utilizado o utiliza el tipo de negociación de contienda. Asimismo, identificará sus puntos fuertes y se cuestionará sus puntos débiles con respecto a este estilo.	Retroalimentación general Reflexionar a partir del cuestionario.	Cuestionario de contienda	10 min. Libre

SESIÓN 4: PERCEPCIÓN Y ACOMODACIÓN

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TIEMPO
Revisión de tarea.	Aclarar dudas y establecer conexión con el siguiente tema.	Cuestionamiento	Cuestionario de acomodación	10 min.
Percepción	El participante analizará cómo se percibe a sí mismo y cómo percibe a su pareja.	Con quién me identifico (5 mins) Retroalimentación (15 mins)	Juguetes diversos	20 min.
Percepción	La persona analizará qué tan frecuente es la negociación en su relación de pareja y el grado de importancia que le otorgan.	Collage (15 mins) Retroalimentación (15mins)	Revistas, fotos, hojas de rotafolio, pegamento, colores, plumones.	30 min.
Acomodación	El individuo conocerá y analizará el estilo de negociación de acomodación. El individuo se preguntará si ha utilizado o utiliza el tipo de negociación de acomodación. Asimismo, identificará sus puntos fuertes y se cuestionará sus puntos débiles con respecto a este estilo.	Role playing (15 mins) Retroalimentación (15 mins)	Historia de acomodación	30 min.
		Retroalimentación general		10 min.

Tarea	El individuo se preguntará si ha utilizado o utiliza el tipo de negociación de acomodación. Asimismo, identificará sus puntos fuertes y se cuestionará sus puntos débiles con respecto a este estilo.	Reflexionar a partir del cuestionario.	Cuestionario de acomodación	Libre
-------	---	--	-----------------------------	-------

SESIÓN 5: ACCIÓN Y PLAZOS, CONTEXTO Y EVITACIÓN

TEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES	TIEMPO
Revisión de la tarea.	Aclarar dudas y establecer conexión con el siguiente tema.	Cuestionamiento	Cuestionario de acomodación	10 min.
Acción y plazos.	La persona analizará si en su relación de pareja (pasada o presente) llevan a cabo la decisión que tomaron y qué tan concreta es (inmediato, corto y largo plazo).	Imagina que (15 mins) Retroalimentación (15 mins)	Música de relajación, grabadora.	30 min. 20 min.
Contexto	La persona ejemplificará el lugar, tiempo y creatividad que le da a la negociación.	¿Y tú a quién salvarías? (10 mins) Retroalimentación (10 mins)	Historia del barco	20 min.
Evitación	El individuo conocerá y analizará el estilo de negociación de evitación.	Sin un sentido (10 mins) Retroalimentación (10 mins)	Tapones de oídos, mascarada o bufanda. Hojas blancas, plumones, colores.	10 min.
Revisión de dudas del cuestionario de evitación (que se acostumbraba dejar de tarea).	El individuo se preguntará si ha utilizado o utiliza el tipo de negociación de evitación. Asimismo, identificará sus puntos fuertes y se cuestionará sus puntos débiles con respecto a este estilo.	Reflexionar a partir del cuestionario.	Cuestionario de evitación.	5 min.
Cierre	El participante cerrará	El sabio (10 mins)	Cds de música de	10 min.

Patrones Trigeneracionales de Violencia Intrafamiliar

	su asistencia al taller por medio de darse un regalo.	Retroalimentación(10 mins)	relajación, grabadora, colchoneta.	
	Entrega de reconocimiento		Diplomas	5 mins.

ANEXO 3

LA COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A ALUMNOS
A TRAVÉS DEL CENTRO DE DOCUMENTACIÓN
DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA – UNAM



otorgan la presente
CONSTANCIA

A ANA LILIA TREJO ARTEAGA

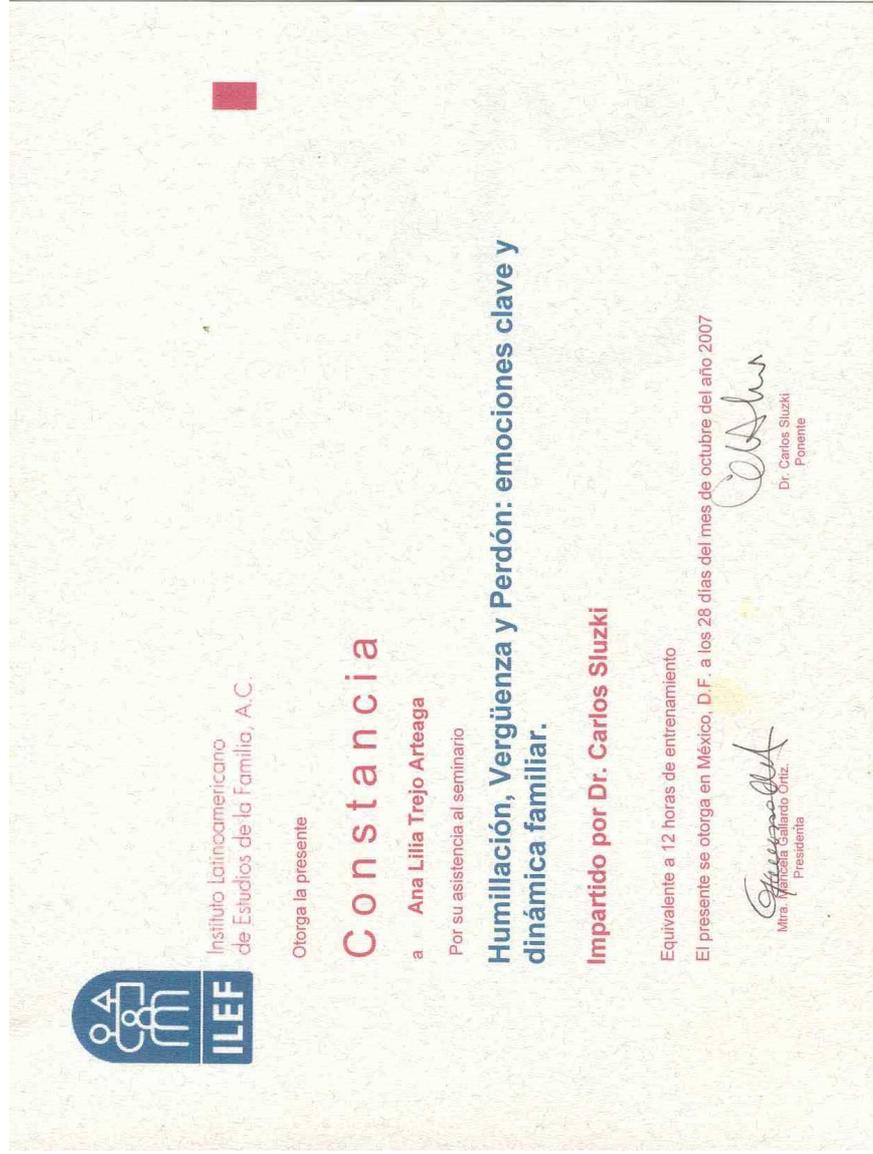
Por su asistencia al curso "Consulta a Bases de Información Psicológica",
los días 4,11 y 25 de septiembre con una duración de 10 horas.

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Ciudad Universitaria, septiembre 26 de 2006.

Psic. Ma. Guadalupe Reynoso Rocha
INSTRUCTOR

Mtra. Blanca Girón Hidalgo
COORDINADORA DEL PROGRAMA
DE ATENCIÓN A ALUMNOS

ANEXO 4



ANEXO 5



Congreso Nacional de Psicología 2007
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
"Contribuyendo a la calidad de vida y al bienestar psicológico"

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Psicología

Otorga

Constancia de Ponente

A: **Ana Lilia Trejo Arteaga**

Por su participación en el 2do. Congreso Nacional de Psicología
Que se llevó a cabo los días 7, 8 y 9 de noviembre 2007



M. en C. Humberto A. Veras Godoy
Director del
Instituto de Ciencias de la Salud



Mtro. Juan Patricio Martínez
Coordinador del
Área Académica de Psicología



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE HIDALGO

ANEXO 6



La División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Psicología de la UNAM y el Proyecto
Andamios Curriculares

otorgan la presente

CONSTANCIA

a

Ana Lilia Trejo Arteaga

por haber participado como ponente en el **SIMPOSIUM** titulado **Familia, Vida Cotidiana y Enfermedad** con el trabajo: *Estilos de negociación en la relación de pareja en universitarios*. Durante el **V Congreso de Investigación Formativa en homenaje al Dr. Jerome Bruner** que se llevó a cabo del **18 al 22 de Febrero del 2008**, en las instalaciones de la Facultad de Psicología, en el marco de su XXXV aniversario.

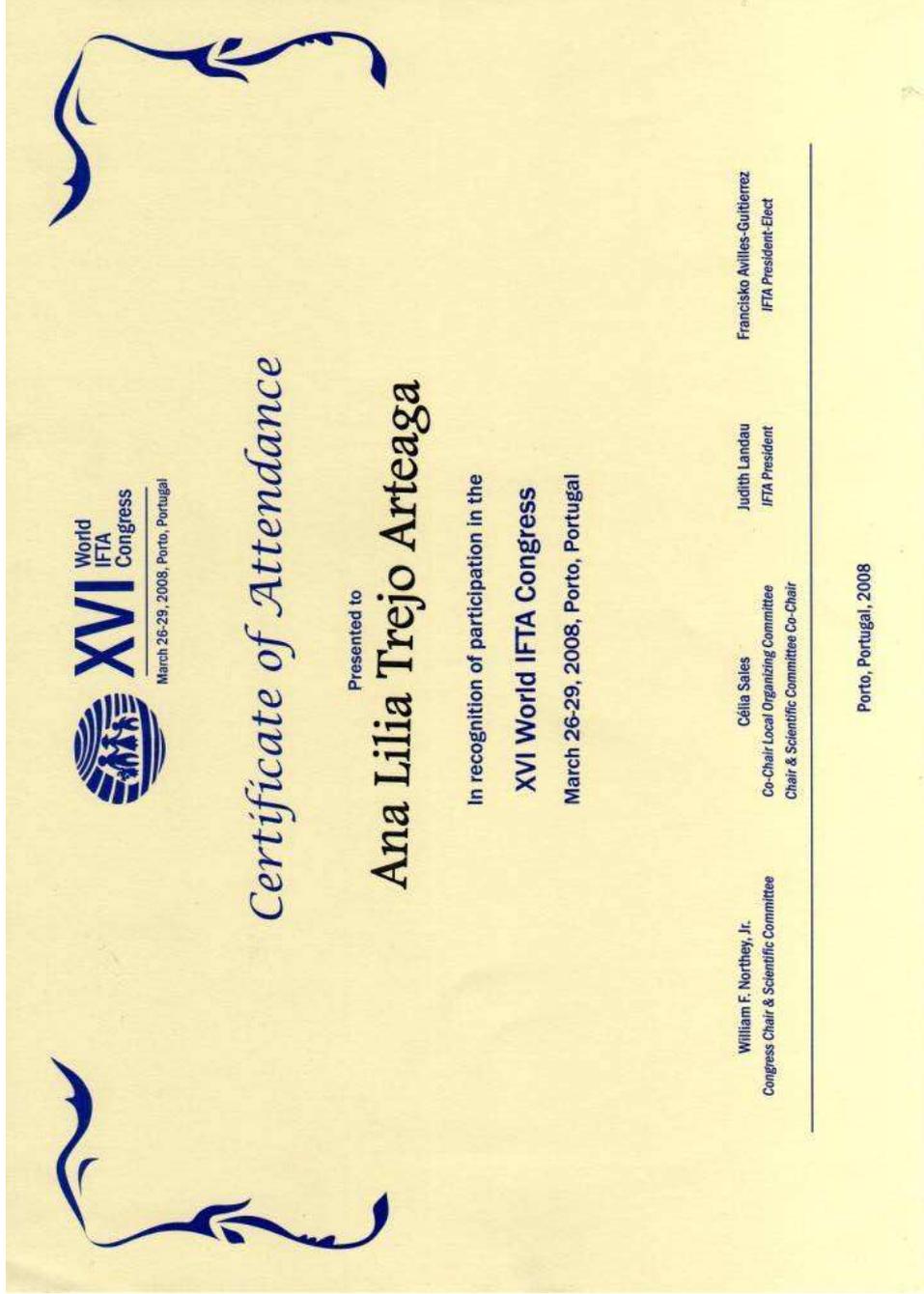
"Por mi Raza Hablará el Espíritu"

Ciudad Universitaria, D.F., 22 de Febrero del 2008

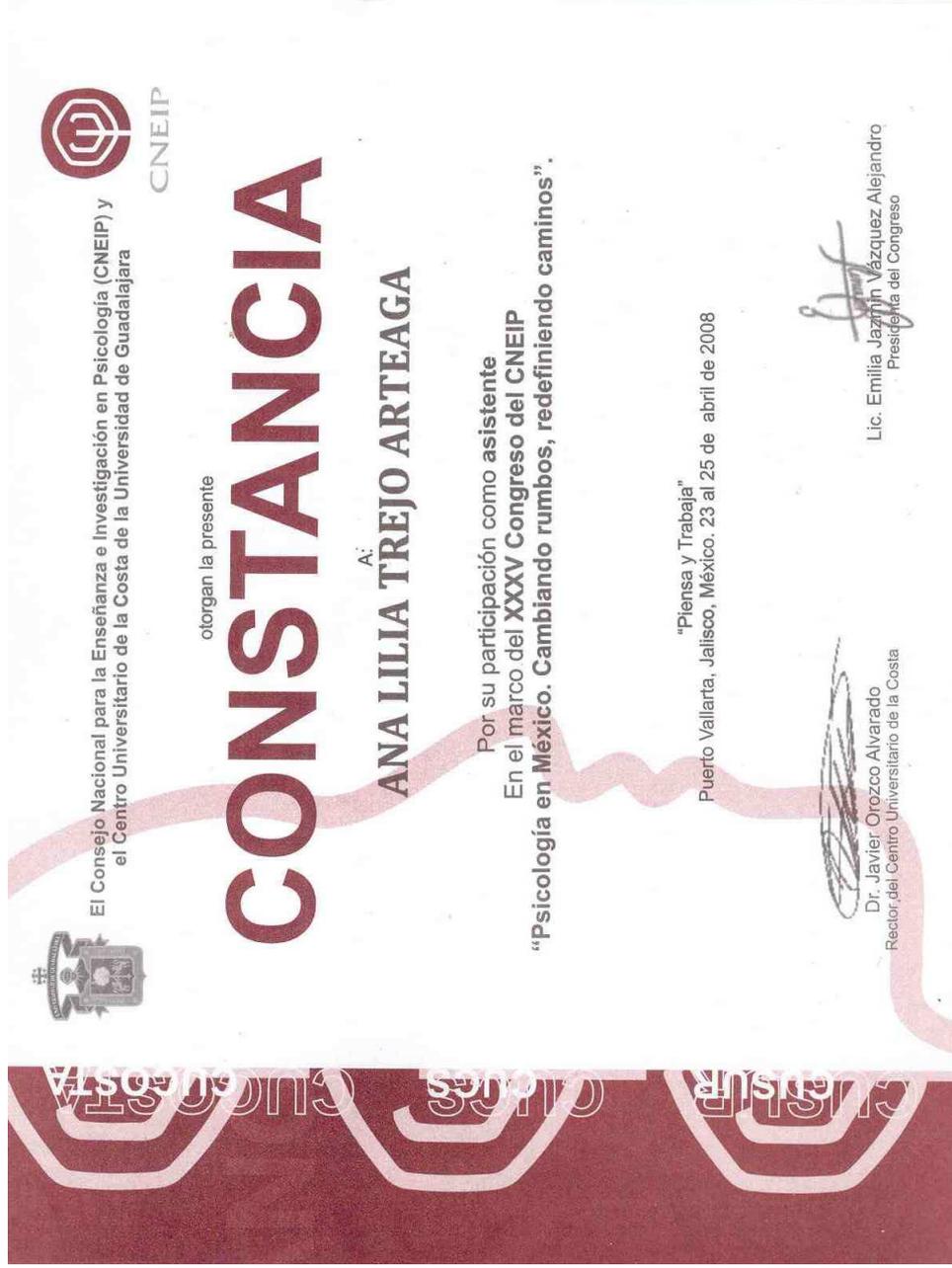
Mtra. Mirna Rocío Valle Gómez
JEFA DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

Mtro. Juan Manuel Sánchez.
RESPONSABLE ACADÉMICO DEL PROGRAMA
ANDAMIOS CURRICULARES

ANEXO 7



ANEXO 8



The certificate features a decorative top border with a repeating pattern of the word 'CINEIP' in a stylized font. On the left side, there is a small crest of the University of Guadalajara. The main text is centered and reads: 'El Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) y el Centro Universitario de la Costa de la Universidad de Guadalajara otorgan la presente CONSTANCIA A: ANA LILIA TREJO ARTEAGA Por su participación como asistente En el marco del XXXV Congreso del CNEIP "Psicología en México. Cambiando rumbos, redefiniendo caminos". "Piensa y Trabaja" Puerto Vallarta, Jalisco, México, 23 al 25 de abril de 2008'. At the bottom, there are two signatures: one of Dr. Javier Orozco Alvarado, Rector del Centro Universitario de la Costa, and another of Lic. Emilia Jazmin Vázquez Alejandro, Presidenta del Congreso.

El Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) y el Centro Universitario de la Costa de la Universidad de Guadalajara otorgan la presente

CONSTANCIA

A:
ANA LILIA TREJO ARTEAGA

Por su participación como asistente
En el marco del XXXV Congreso del CNEIP
"Psicología en México. Cambiando rumbos, redefiniendo caminos".
"Piensa y Trabaja"
Puerto Vallarta, Jalisco, México, 23 al 25 de abril de 2008

Dr. Javier Orozco Alvarado
Rector del Centro Universitario de la Costa

Lic. Emilia Jazmin Vázquez Alejandro
Presidenta del Congreso

REFERENCIAS

- Aladro, L.P.D. (2005). *Taller de intervención para la construcción de habilidades de una autoestima positiva*. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Alcántara, M. G. (2005). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Almanza, A. A. M. (2007). *Aproximaciones al maltrato infantil desde la terapia familiar sistémica y posmoderna. Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Alvarado, Z. G., Moysén, J. S., Estrada, M. S. y Terrones, G. A. (1998). Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud pública*. Recuperado el 7 de noviembre de 2006 de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636341998000600004&script=sci_arttext.
- Alzate Saéñz, H. R. (1998). *Análisis y resolución de conflictos. Una perspectiva psicológica*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2001). Postmodern collaborative and person-centred therapies: what would Carl Rogers say? *Journal of Family Therapy*, 23, 339-360.
- Anderson, H. (2005). Myths about "not knowing". *Family Process*, 44, 497-504.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Aparicio, B. M. (2005). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Avilés, C. G. (2006). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Beltrán, R. L. (2004). *El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos*. En: Eguiluz, L. Comp. *Terapia Familiar*. México: Pax México.
- Bertalanffy, L. V. (1991). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bonin, W. F. (1991). *Diccionario de los grandes psicólogos. De las ciencias del espíritu a las ciencias de la conducta*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Argentina: Amorrortu.
- Bringiotti. (1999). *Maltrato infantil*. España: Unigraf.
- Bringiotti. (2000). *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires: Paidós.
- Brugmann, G. A. (1990). *Código ético del psicólogo (2da. ed.)*. México: Trillas.
- Casado, D y Pérez – Yruela, M. (1975). *Organización, conflicto y estrategias de negociación*. Madrid: Ediciones Marova.
- Cirillo, S. y Di Blasio, P. (1989). *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Cobo, P. J. A. (1999). *Manual de actuación sanitaria, policial, legal y social frente a la violencia doméstica. Guión de actuación y formularios*. España: Masson.
- Corsi, J. (Cooomp). (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (Cooomp). (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones de familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Desatnik, M. O. (2004). *El modelo estructural de Salvador MInuchin*. En: Eguiluz, L. Comp. *Terapia Familiar*. México: Pax México.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.

-
- De Shazer, S. (1994) *¿En qué radica la eficacia de la terapia breve?* En: Zeig, J. K. y Gilligan, G. Comp. *Terapia breve, mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- De Shazer, S., Kim Berg, I., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (2000). *Terapia Breve: un desarrollo focalizado en la solución*. Watzlawick, P. y Nardone, G. Comp. *Terapia breve, estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. España: Paidós.
- Duarte, G. A. (2007). *Protocolo de tratamiento psicológico cognitivo conductual para pacientes con lupus eritematoso sistémico: un caso clínico*. Tesis Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Eguiluz, R. L. (2003). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax México.
- Eguiluz, R. L. (Comp) (2004). *Terapia familiar*. México: Pax México.
- Espinosa, S. M. R. (2004). *El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones*. En: Eguiluz, L. Comp. *Terapia Familiar*. México: Pax México.
- Falcón, T. M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós.
- Ferrat, M. A. F. (2006). *Pensar la Terapia Familiar Sistémica. Reflexiones sobre la teoría, la formación y la práctica. Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Figueroa, F. B. A. (2006). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Fish, R., Weakland, J y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. España: Herder.
- Fisher, R., Ury, W. y Patton, B. (1981). *Obtenga el sí. El arte de negociar sin ceder*. Barcelona: Gestión 2000.
- Flores, G. M. M, Díaz, L. R, Rivera, A. S. y Chi. C. A. L. (2005). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (2), 337-353. Recuperado el 3 de noviembre de 2006 de www.cneip.org/revista/flores/pdf.

- Flores, O. C. A. (2005). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve: Premisas terapéuticas, Pensamiento Sistémico: Marco de referencia subyacente a la Terapia Breve. *Psicoterapia y Familia*, 2 (1), 30-39.
- Galicia, M. I. X. (2004). *Terapia estratégica*. En: Eguiluz, L. Comp. Terapia Familiar. México: Pax México.
- García, O. A. (2005). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Goitia, G. M. R. (2005). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Haley, J. (1988). *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989a). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Haley, J. (1989b). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (2001). De la sabiduría sistémica a la responsabilidad relacional: una perspectiva comunal. *Sistemas comunales*, 17 (2), 17-33.
- INEGI (2007). El Inegi, Inmujeres y Unifem dan a conocer los resultados de la Encuesta Nacional Sobre La Dinámica de Las Relaciones en los Hogares 2006. *Comunicado*, 125 (07). Recuperado el 02 de octubre de 2008 de <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/comunicados/endreah.asp>.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1996). *Modelo Mc Master y Modelo Triaxial de Evaluación Familiar*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

- Juárez, C. C. (2005). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Kandel, E. E. (2003). *Understanding Violence* (2da. ed). Paris: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Levinger, G. y Pietromonaco, P. (1989). *Conflict style inventory*. Manuscrito no publicado, Universidad de Massachussets, Amherts, Estados Unidos.
- Lidón, V. B. y Clemente, E. R. A. (coord). (2002). *El menor ante la violencia. Procesos de victimización*. Castelló de la Plana: Universitat Jaume.
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia Centrada en la Solución*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lussier, N. R. y Achua, F. C. (2002). *Liderazgo. Teoría, aplicación, desarrollo de habilidades*. México: Internacional Thompson.
- Mac Goldrick, M. (1985). *Genogramas*. Barcelona: Gedisa.
- Macías R. (2006). Un modelo de resolución de conflictos en terapia familiar y de pareja. Trabajo presentado en el II Congreso Panamericano de Salud Mental Infanto-juvenil. La Habana, Cuba. 2006.
- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Madanes, C. (1990). *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*. Barcelona: Paidós.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Mendoza, R. G. (2006). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

- Minuchin, S. y Fisman, H. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Molina, M. L. M y Orozco, A. F. I. (1998). *Aspectos epistemológicos, técnicos y clínicos de las escuelas representativas del enfoque sistémico. (Palo Alto, Estratégica de Haley y Milán Clásico)*. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Morales, D. G. V y García, R. M. F. (2004). *Hacia una comprensión sistémica estructural de familias del municipio los Reyes, La Paz. Un estudio de 4 casos*. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Munduarte J. L, Martínez R. J. M. (1999). *Conflicto y negociación*. Madrid: Pirámide.
- Navarro, G. C. (2006). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Nogués, M.R. (2003). *Sexo, cerebro y género. Diferencias y horizonte de igualdad*. España: Paidós.
- Ocampo, A. M. A. (2005). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ochoa de A, I. (1995). *Enfoques de terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner- Davis, M. (1993). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia (2da. ed.)*. Barcelona: Paidós.
- Papalia D. E., Wendkos. O. S., y Duskin F. R. (2001). *Desarrollo humano (8va. ed.)*. México: Mc Graw Hill.
- Pastrana, D. (2001). *Violencia intrafamiliar. El horror en casa*. Recuperado el 24 de octubre de 2006 de <http://www.jornada.unam.mx/2001/11/25/mas-violencia.html>.
- Penn, P. (1985). "Feed-Forward: Future questions, future maps", *Family Process*, vol. 24 (5), 247-259.

-
- Pérez, L. L. E. (2004). *Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Perrone, R. (2006). Una explicación ecosistémica de la violencia. *Mosaico*, 33, 36-40.
- Rage, E. (1996). *La pareja, elección, problemática y desarrollo*. México: Plaza y Valdés.
- Rivera, A. S. y Díaz- Living, R. (2002). *La cultura del poder en la pareja*. México: M. A. Porrúa.
- Robles, O. F. J. (2005). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rodríguez, E. M. y Ramos, S. J. R. (1988). *Técnicas de negociación*. México: Mc Graw Hill.
- Rodríguez, G. C. (2004). *La escuela de Milán*. En: Eguiluz, L. Comp. *Terapia Familiar*. México: Pax México.
- Salas, O. M. (2005). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, M. R. (2007). *Informe Anual de Actividades del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" 2007*. Cd. Universitaria. México: UNAM.
- Santaella, H. G. B. (2006). *Análisis de la conducta delincuente: un enfoque sistémico*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Sanz, D. y Molina, A. (1999). *Violencia y abuso en la familia*. Argentina: Lumen.
- Sarquis, Y. C. (1993). *Introducción al estudio de la pareja humana*. Chile: Universidad Católica de Chile.

- Secretaría de Salud (2008). *Servicios de Atención Psiquiátrica*. Recuperado el 21 de abril de 2008 de <http://sap.salud.gob.mx>.
- Selvini, P. M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). "Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session", *Family Process*, 19 (1), 3-12.
- Selvini, P. M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós
- Selvini, M. Comp. (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, P. M., Cirillo. S., Selvini. M. y Sorrentino. A. M. (1990). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós
- Selvini, P. M., Cirillo. S., Selvini. M. y Sorrentino. A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós
- Sluzki, C. (2007). *Humillación, vergüenza y perdón: emociones clave y dinámica familiar*. Seminario. México, D. F. Octubre, 2007.
- Sullivan, E. D. y Everstine, L. (1997). *El sexo que se calla*. México: Pax México.
- Sussman, M. B. y Steinmetz, S. K. (1987). *Handbook of Marriage and Family*. New York: Plenum.
- Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007a). Código de Negociación en el Noviazgo. Trabajo presentado en el *2do Congreso Nacional de Psicología 2007. Intervención Psicológica. Contribuyendo a la calidad de vida y al bienestar psicológico*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Hidalgo, México. Noviembre, 2007.
- Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007b). *Manual para la aplicación del Código de Negociación*. Manuscrito no publicado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007c). Estilos de negociación en la relación de pareja en universitarios. Trabajo presentado en el *Simposium Familia, vida cotidiana y enfermedad durante el V Congreso de Investigación Formativa en homenaje al Dr. Jerome Bruner*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. Febrero, 2008.

-
- Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007d). Engagement Negotiation Code. Trabajo presentado en el XVI World IFTA Congress. *Transformation and globalization: Family Therapy in the 21th century*. Portugal, Porto. Marzo, 2008.
- Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2008). *Diagnóstico Familiar usando como herramientas: Esquema de Evaluación Familiar (Raymundo Macías), Modelo Mc Master de Evaluación Familiar y Modelo Triaxial de la Familia*. Manuscrito no publicado, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Traverso, M. T. (2000). *Violencia en la pareja. La cara oculta de la relación*. Washington, D. C: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Urra, P. J. (coomp). (2002). *Tratado de Psicología Forense*. España: Siglo Veintinuno.
- Vargas, A. P. (2004). *Antecedentes de la terapia sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica*. En: Eguiluz, L. Comp. *Terapia Familiar*. México: Pax México.
- Vázquez, S. K. (2006). *Residencia en Terapia Familiar. Un caso de incesto. "El costo de un secreto". Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Villanueva, G. R. (2005). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fish, R. (1985). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.