



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

FAMILIAS RECONSTITUIDAS

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
REBECA DEL CARMEN VELA NUÑEZ

DIRECTORA DEL REPORTE:
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
COMITE TUTORIAL:
DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO
MTRO. GERARDO RESENDIZ JUAREZ
MTRA. MARIA OLGA MEJIA ANZURES
MTRA. MARIA SUAREZ CASTILLO

MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2009



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.

INDICE

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar	
Características del campo psicosocial y los principales problemas que presentan las familias ..	1
La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	11
Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	15

II. MARCO TEÓRICO

Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	19
Teoría General de Sistemas	19
Cibernética	25
Teoría de la Comunicación	31
Constructivismo	35
Construccionismo Social	38
Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	
Modelo Estructural	42
Terapia Breve del MRI	47
Modelo Estratégico	55
Terapia Centrada en Soluciones	63
Modelo de Milán	71
Terapia Narrativa	80
Enfoque Colaborativo	89

Equipo Reflexivo	95
------------------------	----

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Habilidades Clínicas Terapéuticas

Integración de los expedientes de trabajo clínico por familia en la que se atendió como terapeuta a lo largo de la práctica clínica	102
---	-----

Análisis y discusión teórico-metodológica de las familias elegidas	106
--	-----

Tema: Familias Reconstituidas	115
-------------------------------------	-----

Análisis del Sistema Terapéutico Total	140
--	-----

Habilidades de Investigación

Investigación cuantitativa: Características de los usuarios y del servicio de la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala	149
---	-----

Investigación cualitativa: Construcciones alrededor de la Terapia Familiar Sistémica: conociendo las opiniones de una familia antes y después de acudir a terapia en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala	152
--	-----

Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento

Productos tecnológicos	157
------------------------------	-----

Programas de intervención comunitaria	158
---	-----

Asistencia a foros académicos	161
-------------------------------------	-----

Presentación del trabajo realizado en foros académicos	163
--	-----

Habilidades de compromiso y ética profesional

Consideraciones que emergen de la práctica profesional	165
--	-----

IV. CONSIDERACIONES FINALES	171
-----------------------------------	-----

REFERENCIAS	178
-------------------	-----

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

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

Características del campo psicosocial y los principales problemas que presentan las familias

Durante la década de 1990, América Latina se incorporó a la economía global. Sin embargo, en el plano interno, debió enfrentar un panorama social y económico complejo, que sin duda alguna, tuvo sus repercusiones en la vida de las familias latinoamericanas. De acuerdo a Jelin (2007), la implementación de las reformas económicas neoliberales trajo, en la mayoría de los países, situaciones de crisis, detención o disminución del crecimiento, un deterioro notable en el mercado de trabajo (con aumento en las tasas de desempleo y procesos de precarización laboral), y un incremento en los niveles de pobreza y desigualdad en el ingreso.

Mientras el paradigma lineal-moderno nos hacía suponer que el desarrollo de las fuerzas productivas conduciría a un mejoramiento universal del bienestar, lo que ocurre con el nuevo paradigma global es que, si por arriba se generan enormes saltos productivos, por la base se exacerba el desempleo. De esta manera, el desarrollo y la innovación tecnológica dejan de ser mecanismos de inclusión social y se rompe el sentido común moderno, según el cual, el crecimiento económico y el empleo van de la mano. Hoy esta relación ya no es clara en el nuevo modelo de producción. A modo de ejemplo, entre 1970 y 1992 la economía japonesa creció un 173% y el empleo sólo un 25%; en los países de la Unión Europea el crecimiento económico fue del 81% mientras que el empleo aumentó 9% (Hopenhayn, 2007). Sin embargo, en el caso de América Latina las cifras suelen ser muy diferentes.

A partir de esto, cada vez es más común observar en México y en Latinoamérica, otras formas de trabajo, como son: los trabajadores subcontratados, los temporales, trabajadores a domicilio, subcontratistas, comerciantes informales, y otros, que se han normalizado dentro de nuestra economía, sin contar con ingresos fijos y carentes de regulación institucional. Según datos de la CEPAL (2007), en América Latina, durante la década de 1990, 7 de cada 10 empleos surgieron del sector informal, donde en promedio

los ingresos son muy bajos y no existen mecanismos de protección social ni de negociación institucionalizada. Así, de acuerdo a Hopenhayn (2007), “pasamos del ámbito de los explotados al de los excluidos” (p. 69).

Estas condiciones coexisten con múltiples fenómenos de desigualdad, pobreza, discriminación étnica y de género, violencia intrafamiliar, analfabetismo y fragilidad de las instituciones. Para Montaña (2007), esta coexistencia produce una gran paradoja y es que, a pesar de los cambios que desafían la estabilidad familiar, la familia sigue siendo considerada como el lugar más protegido y seguro, a pesar de ser un lugar de alto riesgo en materia de violencia y maltrato para mujeres y niños.

En este contexto, la familia es un recurso de gran valor, ya que la limitada cobertura social existente en la mayoría de los países latinoamericanos, en materia de salud, seguridad social y otros servicios, la convierte en la única institución de protección social frente a las diversas situaciones de pobreza y desempleo a las que se enfrentan las personas, pues es la familia y sus diversas redes de parentesco, la que se hace cargo de supervivencia y el bienestar de los niños, los ancianos, los enfermos, los desempleados y las personas con capacidades diferentes. De ahí que autores como Jelin (2007), afirmen que: “El llamado habitual a fortalecer a la familia sin el apoyo social que este llamado implica es, de hecho, una expresión de cinismo social y de irresponsabilidad.” (p. 121).

En el caso de México, podemos observar que, hasta los años 70, la economía registraba altas tasas de crecimiento y estabilidad, pero luego se empezaron a ver desequilibrios económicos tras vertiginosos cambios ocurridos en los mercados exteriores de bienes energéticos y de capitales. A partir de entonces, los mexicanos vieron caer el poder adquisitivo de sus salarios y muchas familias vieron canceladas sus posibilidades de movilidad social; otras retrocedieron a la subsistencia precaria y emigraron a los Estados Unidos, o se incorporaron al sector informal. Muchas más simplemente se vieron atrapadas en el círculo vicioso de la pobreza. Así, de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, tras cada crisis entre 1982 y 1994, se distinguen dos efectos sobre la vida familiar de los mexicanos: las condiciones para el desarrollo de las capacidades de los integrantes de la familia sólo se deterioraron más en cada nuevo embate inflacionario y recesivo; y, por ende, muchas familias se vieron obligadas a incrementar el número de perceptores de ingreso para salir adelante, aunque ello significara interrumpir la

educación de niños y jóvenes. En cualquier caso, el desarrollo humano de la mayoría de los mexicanos, desde el núcleo familiar, se vio severamente limitado. Paralelamente, también podemos observar en nuestro país una lucha por un cambio político y social, así como la participación decidida de diversos actores sociales y políticos comprometidos con un cambio de rumbo para el país.

Para Rosario Esteinou (1999), los cambios más importantes que han repercutido en el mundo familiar en México son: las crisis económicas recurrentes y los cambios en los mercados de trabajo, los cambios en lo que se refiere a la dinámica y composición de la estructura demográfica y una acelerada apertura desde el punto de vista social y cultural frente al proceso de modernización y globalización. A partir de estos cambios hoy nos encontramos con una diversidad de formas familiares y de relación entre las que destacan: el crecimiento de la proporción de familias cuyo perfil es que los dos miembros de la pareja trabajan, los cambios en la estructura de papeles familiares, lo que repercute en la fragilidad y apertura con respecto al vínculo matrimonial; cambios en los patrones de parentalidad y cambios en las relaciones entre generaciones.

El estudio sobre las familias mexicanas del INEGI (1999) también señala que las funciones que desempeña la familia se han visto modificadas en los últimos años, lo cual está relacionado con el desarrollo del sector de los servicios, el avance tecnológico, la urbanización y otros cambios, que han llevado a la institucionalización de una serie de actividades que se desempeñaban al interior de las familias. Se puede observar que las responsabilidades de las mujeres se han incrementado y no se han dado ajustes de las funciones al interior del hogar, para reasignar las tareas, repartirlas o modificar los roles. El aumento en la ruptura de los vínculos familiares ha tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden abandonados, dejen de asistir a la escuela y vivan en condiciones muy desfavorables, exponiéndose a riesgos como la drogadicción, la explotación laboral, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.

Por su parte, en su estudio sobre las familias en el mundo, Therborn (2007) menciona que uno de los cambios más importantes para las familias es la emergencia de sociedades postpatriarcales; esto es, las sociedades donde se observa un aumento significativo en los índices de educación de las mujeres, acompañado de la apertura al mercado laboral y

políticas públicas que están dejando atrás el patriarcado. Sin embargo, señala que las sociedades postpatriarcales sólo representan alrededor del 30% de la población mundial y que en éstas aún se observan desigualdades, por ejemplo, en los salarios de las mujeres, quienes suelen recibir entre el 55% y 60% de lo que ganan los hombres. Otro cambio importante en las familias fue el resultante de la llamada revolución sexual, expresado en prácticas sexuales más tempranas y fuera del matrimonio, aunque se aclara que en América Latina siempre hubo un enfoque más abierto hacia el sexo que en las sociedades anglosajonas, por lo cual esta revolución no fue tan notoria en la región. Se habla también de la progresiva informalidad de la pareja, pues a partir de los 70, cada vez se posterga más el matrimonio y la cohabitación informal y las relaciones sexuales casuales se vuelven cada vez más comunes; asimismo, se observan los fenómenos del envejecimiento poblacional, la disminución en la fecundidad y la migración, tanto del campo a la ciudad como la migración internacional, como otros factores que impactan en las transformaciones de las familias actuales.

Además, hay otro aspecto importante que ha influido fuertemente en las familias latinoamericanas: la herencia del catolicismo. Dado que esta región fue colonizada por España y Portugal, desde entonces se introdujo al catolicismo como parámetro normativo básico; por tanto, las normas católicas se aplicaron al vínculo matrimonial y éste fue visto como indisoluble. Sin embargo, también es importante mencionar que en ese momento las leyes y normas sociales tenían poca fuerza, por lo cual durante el siglo XIX y parte del XX, coexistieron dos modelos de familia: el modelo católico, como ideal en las ciudades y clases medias, y un patrón de uniones conyugales libres e hijos “ilegítimos”, con diferentes grados de estabilidad en las uniones o de reconocimiento paterno de los hijos (Jelin, 2007).

Por su parte, Linares (2007) presenta un esquema explicativo acerca de la evolución histórica de la pareja, donde clasifica a las parejas en patriarcales, modernas o posmodernas, de acuerdo a los diferentes elementos que las constituyen:

	Pareja patriarcal	Pareja moderna		Pareja posmoderna
		Ideal	Realidad	
Mecanismo de creación	Concertación familiar	Elección mutua	Peso de las instituciones	Paso a la acción inmediata Espontaneidad
Fundamentos	Diferencia	Igualdad de	Relativamente	Reivindicación

	División sexual del trabajo	derechos y de deberes	iguales ante la ley pero desiguales de hecho	política de la igualdad
Mito fundacional	El marido protege y la esposa obedece	Enamoramiento	Satisfacer necesidades (no es bueno que el hombre esté solo)	Hedonismo: búsqueda del placer y del confort
Vínculo	Apego inicial limitado. Desarrollo posterior	Pasión. Tendencia a la fusión	Divorcio difícil o imposible.	Consideración de la separación desde el inicio
Fuentes de legitimidad	La comunidad y la familia extensa	La propia pareja	El marido	Delimitación de territorios individuales
Roles de género	Regulación estricta	Regulación relativizada	El hombre sigue dominando	Se alternan o invierten
Estructura típica	Familia extensa	Familia nuclear	Monoparentalidad por abandono frecuente	Familia reconstituida
Regulación de la natalidad	Regulación social	Regulación voluntaria	Contracepción difícil	Disminución drástica de la natalidad
Funciones parentales	Distribuidas en la familia extensa	Concentradas en la familia nuclear	Delegadas en las instituciones	Compartidas en la familia reconstituida

Al revisar este esquema, me parece curioso observar que actualmente coexisten estos distintos tipos de parejas en nuestro país, y es que podría suponerse que se trata de una evolución histórica y secuencial, y que por ende, en estos días estaríamos viviendo una etapa en donde predominaran las parejas posmodernas, pero más bien, lo que se observa es la coexistencia de estos distintos tipos de parejas, y sobretodo, la existencia de parejas que viven una mezcla de elementos que pueden ir desde lo patriarcal hasta lo posmoderno, entre los diferentes aspectos de su relación, lo cual me parece una evidencia de que estamos viviendo un proceso de sucesivas transformaciones sociales a diferentes niveles.

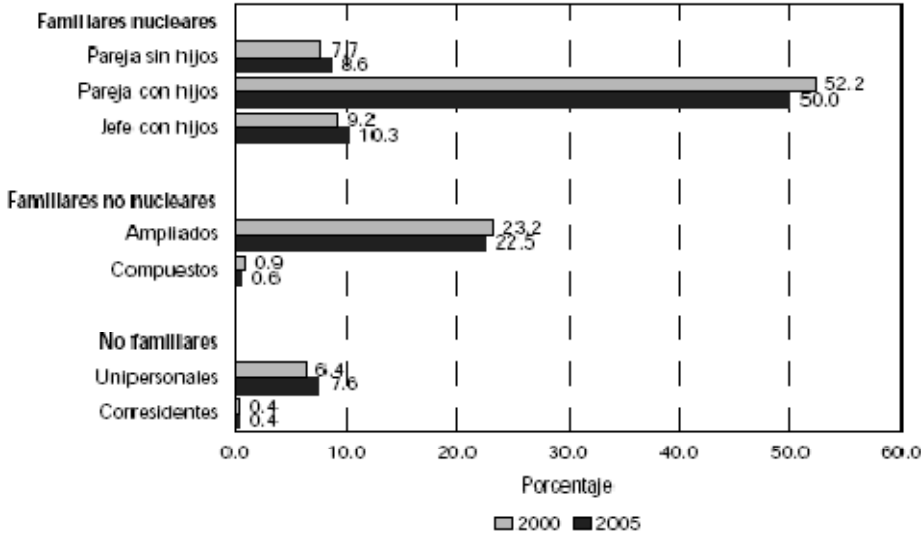
Y es que, a pesar de que en el nivel de discurso social o político se habla de la igualdad de derechos, todavía se observan muchas familias regidas por el patriarcado, especialmente en contextos rurales, pero también siguen siendo incluso validadas en contextos ciudadanos; también, se pueden ver parejas que se dicen posmodernas porque prefieren la unión libre y hablan de equidad, pero siguen asumiendo como femeninas las labores domésticas y ven como normal el que la mujer lleve una doble jornada laboral. En

este punto hay todo un debate social, fomentado tanto por instituciones religiosas o de posturas conservadoras, como por grupos de posiciones más posmodernas, que por un lado claman por el llamado a fortalecer y rescatar a “la familia”, asumiendo un modelo rígido en el que el concepto de familia sólo contempla la familia nuclear, conformada por un matrimonio de hombre y mujer, con sus hijos; y por el otro, están los que hablan del derecho a la diversidad y abogan por ampliar el concepto de familia por uno más incluyente que contemple a otro tipo de parejas, como pueden ser las del mismo sexo, o bien, las de segundos o terceros matrimonios, así como a las diferentes formas de parentalidad que se observan actualmente: por adopción, fertilización in vitro, con madres sustitutas, entre otras.

Pero una cosa que me parece importante señalar, es que la familia y el matrimonio no están desapareciendo ni convirtiéndose sólo en otro ejemplo de relación social. Basta con revisar las estadísticas para ver que siguen siendo la institución dominante de las relaciones sexuales y generacionales en el mundo, y es muy probable que continúen siéndolo en el futuro próximo, pues han quedado insertos en una complejidad respecto de la constitución de parejas y de las generaciones. Lo que vemos hoy en día (aumento en los divorcios y nuevas uniones), más que una novedad, es un retorno a la complejidad que existía antes de la estandarización industrial de las relaciones familiares a mediados del siglo XX (Hopenhayn, 2007). Sin embargo, hay algunos autores, como Arriagada (2007), que discuten esta idea, al señalar que en Latinoamérica, sólo una de cada cinco familias corresponde al modelo de familia nuclear tradicional, dado que una proporción importante de ellas son monoparentales, sin hijos o con doble ingreso. De acuerdo a la CEPAL (2006), en el 2005, se observa que sólo el 34% de las familias son nucleares y un 20,9% del total de hogares se ajustan a ese modelo tradicional.

Pero en el caso de México, la perspectiva es diferente. De acuerdo a los datos oficiales del CONAPO (2006), el número de hogares aumentó de 22.3 a 24.8 millones entre 2000 y 2005, lo que representa un incremento de 11.4 %. En 2000, 93.2% de los arreglos residenciales era de tipo familiar, mientras que en 2005 este valor se redujo ligeramente a 92%. Es importante destacar que de los hogares familiares, el nuclear sigue siendo el más predominante (69% en 2005), aunque con un aumento de los hogares monoparentales, de los cuales, los encabezados por mujeres son 8 de cada 10 hogares. Asimismo, también se observa un menor porcentaje de parejas con hijos y el aumento de

hogares unipersonales, especialmente los formados por adultos mayores, los cuales representan el 44% de los hogares unipersonales.



En esta clasificación se tomaron en cuenta 7 tipos de hogares, agrupados en dos grandes categorías: los familiares y los no familiares. Los primeros fueron clasificados en nucleares (parejas sin hijos, parejas con hijos solteros y el padre o la madre con hijos solteros), ampliados (cuando se añade a un hogar una o más personas emparentadas con el jefe) y compuestos (hogares que integran a una o más personas no emparentadas con el jefe); mientras que los no familiares se integran con los unipersonales (personas solas) y los de corresidentes (personas que viven juntas y no están emparentadas con el jefe del hogar).

También resulta interesante observar los tipos de hogares de acuerdo al género de la persona que los encabeza. De acuerdo al INEGI (2009), la población en hogares con jefatura masculina asciende a 80.7 millones de personas y la de hogares dirigidos por una mujer es de 19.5 millones, en términos relativos son 80.6% y 19.4%, respectivamente. De los hogares encabezados por un varón, casi toda su población forma parte de hogares familiares (98.5%) con 70.6% en nucleares y 27.9% en no nucleares, y sólo 1.4% se organizan en no familiares. Además, llama la atención que en los hogares encabezados por mujeres, de cada 100 personas 95 forman parte de hogares familiares y 5 de no familiares. Al interior de los familiares las proporciones de población son cercanas para los nucleares y no nucleares, respectivamente 48.2 y 46.4 por ciento; esto confirma que

los hogares con una mujer al frente integran a otros parientes o no parientes en mayor medida que los de jefe varón.

Población en hogares y su distribución porcentual para cada sexo del jefe por tipo y clase de hogar según sexo 2005

Sexo del jefe por tipo y clase de hogar	Población en hogares			Distribución porcentual		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Jefe	80 739 808	41 545 654	39 194 154	100.0	51.5	48.5
Familiares	79 508 335	40 368 170	39 140 165	98.5	50.0	48.5
Nucleares	56 909 730	29 194 201	27 715 529	70.6	36.2	34.4
No nucleares ¹	22 598 605	11 173 969	11 424 636	27.9	13.8	14.1
No familiares	1 149 588	1 129 755	19 833	1.4	1.4	0.0
Unipersonales	978 495	978 495	0	1.2	1.2	0.0
De corresidentes	171 093	151 260	19 833	0.2	0.2	0.0
No especificado	81 885	47 729	34 156	0.1	0.1	0.0
Jefa	19 481 295	7 084 107	12 397 188	100.0	36.4	63.6
Familiares	18 440 088	7 059 039	11 381 049	94.6	36.2	58.4
Nucleares	9 383 812	3 680 876	5 702 936	48.2	18.9	29.3
No nucleares ¹	9 056 276	3 378 163	5 678 113	46.4	17.3	29.1
No familiares	1 004 214	13 739	990 475	5.2	0.1	5.1
Unipersonales	880 757	0	880 757	4.5	0.0	4.5
De corresidentes	123 457	13 739	109 718	0.7	0.1	0.6
No especificado	36 993	11 329	25 664	0.2	0.1	0.1

¹ Incluye a los ampliados, compuestos y familiares no especificados.

Fuente: INEGI. II Censo de Población y Vivienda, 2005. Tabulados básicos.

Todos estos datos nos indican que sin duda, la familia nuclear conformada por la pareja y sus hijos, sigue siendo el modo familiar más frecuente en nuestro país. Sin embargo, también es evidente que no es la única forma familiar, de hecho, nunca lo ha sido. De ahí la importancia de considerar la diversidad de formas familiares, así como los cambios que se observan en la mayoría de las familias, pues resulta evidente que “el modelo de familia vigente ya no es el del hombre proveedor y la mujer ociosa, sino la de un trabajador de salario e ingresos insuficientes, acompañado de una mujer que cumple doble o triple jornada.” (Montaño, 2007, p. 84). E incluso esta noción podría ser cuestionada, dado que aun cuando estas formas familiares sean las predominantes, estadísticamente hablando, no por ello son las únicas válidas o las más adecuadas.

Actualmente, la discusión sobre familia va de la mano de los cambios culturales, sociales, económicos e incluso tecnológicos, pues con el avance de las tecnologías de la comunicación, nos hemos visto influenciados por valores, ideas y actitudes provenientes de otros lugares y culturas, la cantidad de información de la que disponemos gracias a estos medios nos ha llevado a revisar y cuestionar nuestros modelos de relación. Hoy en

día, podemos escuchar debates en torno a lo que es un matrimonio, y si éste incluye necesariamente a un hombre y una mujer, y a partir de esto hay toda una controversia para redefinir los significados de matrimonio, paternidad, adopción y familia, entre otros. Sin embargo, dentro del mismo debate están también las voces homeostáticas que rechazan la diversidad y defienden los modelos tradicionales de estos mismos conceptos, tachando de anormales a todos aquellos que no concuerdan con el esquema tradicional.

Pienso que el reto en este sentido sería el poder superar la controversia y la oposición y abrir un verdadero diálogo, es decir, lograr una postura respetuosa e integradora, que contemple las diferentes ideologías y permita flexibilizar y adaptar estos conceptos a nuestras realidades contemporáneas. En este sentido, me sumo a la propuesta de Jelin (2007) quien sugiere que las “nuevas formas de familia deben ser interpretadas como expresión de la posibilidad de elección, de mayor libertad por parte de los miembros que tradicionalmente eran subordinados” (p. 120), lo cual es a la vez, una expresión de mayor respeto hacia los derechos humanos y del desarrollo de una conciencia más ecológica e integradora dentro de las narrativas sociales actuales.

Asimismo, “como institución social básica, la familia no puede estar ajena a valores culturales y a los procesos políticos de cada momento o período histórico.” (Jelin, 2007, p. 96). Por ende, como terapeutas familiares tampoco podemos estar ajenos a todos esos procesos sociales y contextuales más amplios en los que estamos inmersos y que afectan directa e indirectamente a las familias, de ahí la importancia de tener una visión sistémica y cibernética de los sistemas que atendamos, para contemplarlos y comprenderlos en su contexto y así poder intervenir considerando dicho contexto y las influencias recíprocas con el sistema terapéutico.

Como podemos observar, existe una gran diversidad de problemáticas y situaciones por atender en las familias latinoamericanas, y en particular, en las mexicanas. Dado que el tema central de este trabajo es el de las familias reconstituidas, en adelante nos centraremos en los aspectos relacionados con este tema.

Existe la tendencia entre varios autores a manejar el tema la reconstitución familiar como un fenómeno nuevo y propio de la posmodernidad. Sin embargo, esta estructura familiar ha existido siempre. De acuerdo a Jelin (2007), desde muy temprano en la

historia, la cohabitación y las uniones consensuales han sido una práctica extendida en zonas rurales y sectores populares de Latinoamérica. A menudo, significaban la forma inicial de la unión, para luego cumplir con los rituales del matrimonio; después, con el proceso de urbanización y modernización, esta práctica comenzó a declinar, pero en los países que no legalizaban el divorcio, las separaciones de hecho y la formación de nuevas uniones necesariamente implicaban arreglos consensuales.

En México, a pesar de la creciente frecuencia de la disolución de uniones y, por ende, del incremento de hijos de padres separados o divorciados, apenas se comienza a estudiar la recomposición familiar y su magnitud, ya que faltan estadísticas generadas para ese fin.

En este sentido, Luna-Santos (2007) señala la relación entre el escaso estudio de este tema y su consiguiente relegación en la normatividad social y la legislación oficial, ya que “de eso no se habla”. No obstante, numéricamente hablando es un tema de relevancia social, pues la ENADID 1997 permitió estimar que existían casi 800,000 padrastros y poco más de 1,4 millones de medios hermanos, mientras que la ENDIREH 2003 arroja una estimación, seis años después, de 1,1 millones de padrastros y 1,8 millones de madrastras (Luna-Santos, 2007).

De ahí la importancia de retomar el estudio de este tipo de familias, conocer sus características particulares y sus necesidades, pues aunque no se tienen datos precisos, se estima un incremento de ésta y otras formas familiares que generalmente no son tomadas en cuenta al momento de planear las políticas públicas, las legislaciones que regulan la vida familiar, o incluso los estudios psicosociales que abordan temas familiares.

Por tanto, en el ámbito legal, las nuevas configuraciones familiares plantean la necesidad de nuevas políticas orientadas a reconciliar la familia y el trabajo, a dar el necesario apoyo para el cuidado de los hijos y los adultos mayores, y a establecer parámetros que permitan incorporar estos vínculos (padrastros, madrastras, hijos adoptivos, hermanastros, etc.) como posibles depositarios de derechos y obligaciones, pues, como señala Arriagada (2007), las políticas deben orientarse a facilitar y no a limitar las opciones individuales, proporcionando los recursos necesarios para el bienestar de todos los miembros de la familia.

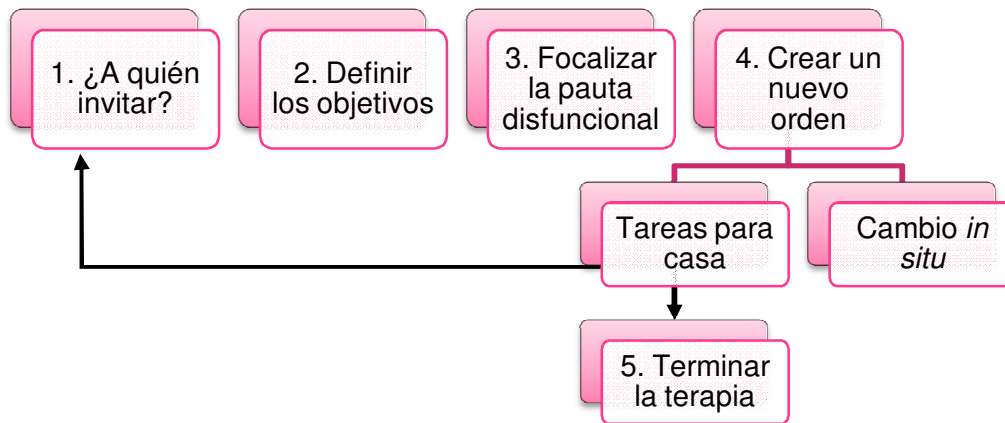
En el resto de los contextos sociales también hay mucho por hacer; en lo académico, podríamos empezar por fomentar más la investigación de estas formas familiares, y en lo terapéutico, por el estudio y desarrollo de intervenciones específicas para los sistemas reconstituidos o con alguna otra particularidad estructural. Algo que nos queda muy claro es que la familia está en constante cambio, mucho más que el discurso sobre ella. Quizás dejar de cuestionar el cambio y trabajar con las nuevas realidades familiares sea una manera de fomentar la solidaridad y aceptación social hacia las distintas formas familiares.

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

Entre los diferentes enfoques de Terapia Familiar Sistémica y posmoderna, hay una variedad de técnicas y herramientas que facilitan el trabajo con la familia reconstituida, incluso hay algunas específicamente diseñadas para el análisis y tratamiento de estas familias en particular, aunque, en términos generales, se pueden abordar con cualquiera de los enfoques de Terapia Familiar Sistémica y posmoderna.

El modelo estructural ofrece muchos elementos valiosos para el trabajo con la familia reconstituida, pues los diferentes estudios que abordan el proceso de reconstitución familiar señalan como puntos críticos la redefinición de los roles, la necesidad de flexibilizar o fijar nuevos límites, se habla de los cambios en las fronteras entre subsistemas, e incluso de la incorporación de nuevos subsistemas, de la inclusión de nuevas reglas familiares así como reajustes en las jerarquías del hogar. Dado que todos estos elementos son parte fundamental del modelo estructural, resulta una buena alternativa como enfoque a utilizar en el trabajo con estas familias. De hecho, en su libro *Calidoscopio familiar* (1994), Salvador Minuchin dedica un capítulo a esta mezclada forma familiar.

Por su parte, Navarro y Pereira (2000) utilizan un esquema de intervención particular para las familias reconstituidas; consta de 5 pasos y está basado en la terapia estructural de Fishman:



Al aplicar este proceso, Navarro y Pereira (2000) suelen tener como punto de referencia las fases en la reconstrucción de la familia como marco primario, ya que lo utilizan como referencia para analizar la situación de cada una de las familias que atienden. A continuación se presentan las fases de la reconstitución de una familia que propone Ochoa (1995):

Reconstitución de una familia		
Estadios	Actitudes requeridas	Problemas de desarrollo
1. Creación de una nueva relación	Recobrase de la pérdida del primer matrimonio (divorcio emocional adecuado).	Nuevo compromiso para formar y estar preparado para la complejidad y la ambigüedad.
2. Pensando y planificando un nuevo matrimonio y familia	Aceptar los miedos propios, del nuevo cónyuge y de los hijos sobre el nuevo matrimonio y formación de la nueva familia Aceptar la necesidad de tiempo y paciencia para el ajuste a la complejidad y ambigüedad de: 1) nuevos y múltiples roles; 2) límites: espacio, tiempo, pertenencia y autoridad; 3) problemas afectivos: culpa, conflictos de lealtad, deseos de mutualidad, heridas pasadas irresolubles.	a) Apertura en las nuevas relaciones para evitar la pseudomutualidad b) Mantener la cooperación en las relaciones coparentales de los ex esposos c) Ayudar a los hijos a afrontar los miedos, conflictos de lealtad y pertenencia a los dos sistemas d) Realineamiento de las relaciones con la familia extensa para incluir al esposo/a e) Mantener las conexiones de los hijos con la familia extensa del ex cónyuge.
3. Nuevo matrimonio y reconstitución de la familia	Resolución final de la relación con el esposo previo y con el ideal de la familia intacta Aceptación de un nuevo modelo de familia con límites permeables.	a) Reestructuración de los límites de la familia para incluir al nuevo esposo y padrastro (madrastra) b) Realineamiento de relaciones en los subsistemas para permitir nuevas relaciones entre sistemas c) Crear un espacio para las relaciones de todos los hijos con los padres biológicos (sin custodia), abuelos y otros parientes de la familia extensa d) Compartir recuerdos e historias que aumenten la integración de la nueva familia.

En lo personal, considero que el enfoque sobre el ciclo vital resulta una herramienta fundamental para el análisis y el trabajo con la familia reconstituida, sobre todo si se está trabajando con un modelo sistémico, en especial si se retoma el esquema que incorpora y desarrolla las etapas adicionales al ciclo evolutivo normativo y presenta las fases de la reconstitución familiar. Esto representa un buen parámetro de referencia para observar el proceso de las familias con las que trabajemos, permitiéndonos identificar en qué etapa se encuentran y sobre qué procesos es necesario trabajar.

Desde los enfoques estratégicos también se cuenta con diferentes herramientas que pueden ser muy efectivas en el trabajo con familias reconstituidas, dado que cuentan con muchas técnicas para facilitar el cambio sobre aquello que la familia presenta como problemático, trabajan sobre los patrones comunicacionales, lo cual también suele ser un aspecto fundamental a tratar en estas familias. Asimismo, trabajan sobre los elementos de la estructura familiar que requieran de algún cambio o ajuste.

Otro de los enfoques que puede aportar mucho al trabajo con estas familias, es el centrado en soluciones, pues permite romper, en caso de que los haya, con los estigmas sociales negativos que suelen acompañar a estas familias alrededor de los temas tabúes como son el de los padrastros y madrastras, los divorcios, la viudez, los hermanastros o medios hermanos; en vez de ello, ayuda a las personas a centrarse en los aspectos favorables de su situación familiar, pues también existen muchos aprendizajes y ganancias para los diferentes miembros del nuevo sistema cuando se da un proceso de reconstitución familiar. Por ejemplo, en un estudio realizado en Puerto Rico sobre la influencia de las familias reconstituidas en los adolescentes, varios de los adolescentes entrevistados mencionaron que la nueva familia significaba un beneficio para todos, ya que la presencia de otra persona adulta en el hogar aumentaba el ingreso económico familiar, incrementaba las posibilidades de lograr ciertos planes futuros y ofrecía mayor estabilidad a los miembros de la familia reconstituida (Cintrón, Walters-Pacheco, & Serrano-García, 2008).

Desde una perspectiva posmoderna y construccionista, se parte de la idea de que el concepto de familia es una invención social. Gergen (2006) considera que imponer una visión tradicional de la <<buena familia>> puede resultar contraproducente. En vez de eso

nos propone “fomentar y alentar todos aquellos esfuerzos de co-construcciones alternativas que se hacen eco de las tradiciones al tiempo que se muestran sensibles con respecto a las nuevas exigencias de la vida cultural” (p. 192).

Además, sugiere que los terapeutas que trabajemos con nuevas formas familiares tomemos una actitud co-creativa en el proceso de búsqueda de metáforas o de visiones más positivas del papel de padres:

¿Acaso no podemos imaginarnos, por ejemplo, una <<familia de afecto>> compuesta por todos los que entran en una relación afectuosa con el niño, o una <<familia funcional>> compuesta por todos aquéllos que ejercen una función en el desarrollo del niño? ¿No podríamos considerar a aquellos que se debaten en formas de parentalidad nuevas como, por ejemplo (...), o como héroes de la cultura que exploran las fronteras del futuro? (Gergen, 2006, p. 189).

Desde esta perspectiva construccionista, la relación entre la constelación familiar y el terapeuta debería funcionar en un sentido creador; así, se busca estimular las relaciones entre la familia y su contexto relacional más extenso, con el fin de sostener a la familia en proceso de reconstitución. Para ello las terapias posmodernas cuentan con diferentes formas de traer las voces de las figuras significativas para las personas, a través de diferentes medios, como puede ser la misma conversación, por medio de cartas, de preguntas y otras técnicas. También se valen de otras figuras que no necesariamente conocen pero que podrían ayudar: autores de libros, personajes heroicos, o incluso Dios, ya que:

Si estas relaciones pueden aportar un sostén tangible, pueden también liquidar los esfuerzos de aquéllos que intentan vivir de manera no tradicional. Todas estas grandes figuras pueden influir también en nuestra capacidad para crear y favorecer la aparición de nuevas formas de considerar la familia. (Gergen, 2006, p. 191)

En el caso de la terapia conversacional, se parte de la idea de que la familia es una realidad basada en la comunicación. Por consiguiente, hay tantas familias como miembros del sistema, incluido el terapeuta que lo define; por tanto, se ve al sistema relacional llamado familia desde la propia definición de los individuos que la conforman, y teniendo siempre presente que trabajan con descripciones y explicaciones múltiples y cambiantes, socialmente construidas (Anderson, 1999). En este sentido, para ellos es más importante trabajar con el problema que se trae a la consulta, dado que, desde este

modelo, es el problema el que distingue al sistema. En lo personal, considero que el compartir algo de esta visión, también podría resultarle terapéutico a las familias reconstituidas que tuviesen dificultades en su definición como grupo.

Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico

Descripción y análisis de los escenarios

La Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala cuenta con 3 sedes o escenarios clínicos para la realización de las prácticas de psicoterapia familiar:

1. La Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala
2. El Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco
3. La Clínica Médica Familiar del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de Tlalnepantla

Una de las actividades básicas de la residencia consiste precisamente en realizar las prácticas supervisadas de psicoterapia, las cuales, se dan en los 3 escenarios mencionados, y se llevan a cabo mediante el trabajo en equipos. Cada generación, se divide en 2 grupos de 5 alumnos, uno de los grupos asiste a la clínica de la FESI, mientras que el otro equipo trabaja en las sedes de CCH los martes, y en el ISSSTE los jueves. Al siguiente semestre los equipos cambian de sedes. En cada escenario, por lo general se trabaja con 2 supervisoras.

Así, en cada sede, el equipo terapéutico total suele estar conformado por el terapeuta a cargo de la familia, los otros 4 compañeros en formación, las 2 supervisoras y la familia a la que se esté atendiendo. Por lo general, se atienden a 5 familias por día, una por cada terapeuta en formación en cada grupo.

Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala

La Clínica de Terapia Familiar de la FESI está ubicada en la planta alta del edificio de Endoperiodontología. Este espacio surge a partir de la necesidad de un lugar para realizar

las prácticas supervisadas de la Residencia en Terapia Familiar del Programa de Maestría en Psicología, y fue creado en el 2002.

El espacio de la clínica donde se realizan las prácticas está conformado por una cámara Gessell; en la sala de terapia se cuenta con varias sillas y una mesa que cada terapeuta acomoda de acuerdo al número de personas que va a recibir. También está la cámara de video, generalmente ubicada en la esquina de la habitación, para captar todo lo que ocurre en este escenario. Detrás del espejo, en la habitación contigua, está otra sala también equipada con sillas, teléfono, una computadora, una televisión, una videocasetera, una mesa, un par de archiveros para los expedientes clínicos y un garrafón de agua. En esta habitación se ubica el equipo de observación y supervisión de la terapia; desde ahí el equipo observa y escucha la sesión y se comunica vía telefónica con el terapeuta cuando se desea hacer algún comentario.

Además, la clínica cuenta con un buzón en la entrada de la misma, en donde las personas interesadas en recibir terapia dejan una papeleta con sus datos, y posteriormente se les llama para darles una cita. El servicio está disponible para cualquier persona que lo solicite, sólo tiene que ir y llenar la papeleta con su nombre, teléfono, domicilio y motivo de consulta y colocarla en el buzón. Muchas de las personas acuden canalizadas desde otros servicios de la misma universidad, como suelen ser la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) o el Departamento de Evaluación y Diagnóstico de la FESI. Algunas otras refieren que algún conocido se las recomendó, o bien, también suelen llegar canalizados por las escuelas primarias y secundarias de la zona. El costo de la sesión es de \$50 y se paga en la caja de la CUSI, sin embargo, el dinero recibido ingresa directamente a la partida de posgrado.

Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco

En el CCH Azcapotzalco también se cuenta con un espacio en el que se ofrece el servicio de terapia familiar a los alumnos de esta escuela y sus familias. En este escenario, la terapia se da de manera gratuita y se trabaja generalmente con alumnos que son canalizados a través del departamento de Psicopedagogía del CCH, por lo cual, suele trabajarse, por lo general, con una variedad de situaciones problemáticas que se presentan en las familias con hijos adolescentes.

El espacio destinado para la terapia familiar en este plantel, es la sala de lectura, ubicada en el tercer piso del SILADIN (Sistema de Laboratorios para el Desarrollo y la Investigación). Esta sala fue adaptada para contar con los espacios correspondientes para trabajar con un equipo que observa la sesión a través de un espejo unidireccional. Asimismo, se adaptó el equipo necesario para grabar las sesiones en video y poder escuchar las sesiones del otro lado del espejo.

Así, la sala de lectura está dividida en dos espacios principales, el más grande ellos, también cuenta con una pequeña subdivisión, de tal manera que queda un espacio lo suficientemente amplio como para acomodar las sillas para el terapeuta y la familia, y a parte hay otro espacio donde hay una mesa con sillas y un pizarrón, además de un sillón junto a la puerta de entrada. El otro espacio dentro de la sala, es un pequeño cuarto con un gran espejo unidireccional, en el cual hay 10 sillas, una mesa y una televisión, y ahí es donde generalmente se coloca el equipo de observación y las supervisoras. También se cuenta con un teléfono que permite la comunicación entre ambos espacios.

Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla

En la Clínica del ISSSTE Tlalnepantla se comenzó a brindar la terapia familiar supervisada a través del Diplomado de Terapia Familiar, posteriormente, a inicios del 2002, se hizo el convenio para convertirlo en la una de las sedes de práctica clínica para el programa de Residencia de Terapia Familiar de la FESI.

En esta clínica, se trabaja en el consultorio de Psicología, en el cual también se hicieron algunas adaptaciones para el trabajo en equipo y para videograbar las sesiones, aunque, como ahí no se cuenta con espejo unidireccional, se acomoda todo el sistema terapéutico en la misma sala. En este lugar, se cuenta con un total de 15 sillas que se acomodan de acuerdo a las necesidades de cada grupo. El terapeuta se coloca frente a la familia, y detrás de ésta, se sienta el resto del equipo de observación y la supervisora. Además, se cuenta con un pintarrón colocado al fondo del consultorio, el cual queda frente al terapeuta, y ahí se le escriben los mensajes y comentarios que sean necesarios durante la sesión.

Explicación del trabajo en los distintos escenarios clínicos

En los diferentes escenarios clínicos, la forma de trabajar es básicamente la misma: hay un terapeuta a cargo de dirigir la sesión con la familia y el resto de los terapeutas en formación conforman un equipo de observación y reflexión. Además, en cada sesión están presentes una o dos supervisoras, quienes ocasionalmente pueden intervenir en la sesión a través de algún comentario, sugerencia o pregunta para el terapeuta a cargo de la sesión, ya sea por vía telefónica, o través del pizarrón en el caso del ISSSTE.

Es importante señalar que, durante el primer semestre, los alumnos de la residencia sólo acuden a las prácticas como observadores y comparten el espacio con uno de los grupos de la generación anterior, por lo tanto, participan sólo como observadores del trabajo de sus compañeros de 3^{er} semestre. A partir del segundo semestre ya se atienden por lo menos 2 casos por semestre, de manera personal, más los casos de los compañeros en los que se participa como equipo. Al cursar el 3^{er} semestre, nuevamente se incorporan los compañeros de 1^o como observadores, y para el siguiente semestre se vuelven a trabajar solamente con los compañeros de generación.

Cada sesión se subdivide en 5 partes: la pre-sesión, en donde se presentan algunos datos básicos sobre el caso o sobre lo trabajado en la última sesión y se planea lo que se hará en la sesión actual; la sesión, durante la cual el terapeuta conversa directamente con la familia; la pausa, durante la cual el terapeuta pasa al espacio del equipo para escuchar sus comentarios sobre lo que observaron en la sesión, así como para planear el cierre de la misma; después se regresa a hacer el cierre de la sesión con la familia, en él, se le suelen dar mensajes a la familia de parte del equipo, y en ocasiones se les prescribe alguna tarea o se les da alguna sugerencia para realizar durante los siguientes días; finalmente, se hace una post-sesión, en la cual, terapeuta, equipo y supervisoras dialogan sobre todo el proceso terapéutico, se le da retroalimentación al terapeuta acerca de su trabajo y se comparten las diferentes impresiones sobre lo que se observó en la familia.

Esa es la forma de trabajo en las diferentes sedes, con la diferencia de que en el ISSSTE, en vez de que el terapeuta pase al espacio donde se encuentra el equipo durante la pausa, se le pide a la familia que salga un momento del consultorio, pero en esencia, la estructura es la misma.

El proceso terapéutico con los pacientes inicia con una llamada telefónica. Una vez que le es asignado el caso, en la sede correspondiente, el terapeuta habla por teléfono con la persona que solicitó la terapia y, además de darle su cita, hace una entrevista telefónica en la que se recaban datos generales sobre la familia y su motivo de consulta. Posteriormente se ve a la persona, pareja o familia, según sea el caso, una vez cada 15 días durante las sesiones que sean necesarias hasta concluir el proceso.

Cada sesión es videograbada en formato digital y posteriormente es revisada por el terapeuta, a partir de ella se elabora el “acta de sesión” en donde se plasman las características principales del caso, el resumen de la sesión reportada y un breve bosquejo de lo que se planea para la sesión siguiente. Esta acta se llena con base a un formato previamente estipulado y se fotocopia para entregarle una copia a cada integrante del equipo, a las supervisoras y también se coloca en el expediente del caso, que queda en el archivo de cada clínica.

II. MARCO TEÓRICO

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

La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna se apoya en una epistemología que pone el énfasis en la interacción y los significados. Sus conceptos básicos provienen de teorías de ámbitos de distintas disciplinas como son: la Teoría General de Sistemas de Ludwig von Bertalanffy, la Cibernética de Wiener y la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick, asimismo, en este campo se han incluido conceptos del Posmodernismo basados en la idea de que la realidad es construida, esto a partir de las epistemologías del Constructivismo y el Construccinismo Social. A continuación se irán presentando las aportaciones de cada una de estas teorías.

Teoría General de Sistemas

La Teoría General de Sistemas tuvo distintos precursores desde la antigüedad (Dionisio Areopagita con el orden jerárquico, Nicolás de Cusa habla de la oposición y la lucha de

las partes dentro de una totalidad, Hegel y Marx con la estructura dialéctica del pensamiento, Gustavo Fechner y su anticipación a los ecosistemas), así como distintos e independientes promotores: Köhler, Lotka, Volterra y Ashby, entre otros (Bertalanffy, 1986).

La noción de sistema es en realidad muy antigua: “La frase aristotélica <<el todo es más que la suma de sus partes>> es, como definición del problema básico de los sistemas, aún válida”. (Bertalanffy, 1984, p.29). Sin embargo, se desarrolló tal y como la conocemos hoy, hasta el siglo pasado, cuando von Bertalanffy presenta la Teoría General de Sistemas y retoma este concepto para desarrollar una nueva disciplina que implicaba un cambio en el paradigma predominante hasta entonces.

Aunque la noción de sistema es antigua, el concepto de sistema general y la idea de teoría general de sistemas, son relativamente recientes. Los esbozó von Bertalanffy poco antes de la Segunda Guerra Mundial, pero les fue dada publicidad únicamente después de que se formara en 1954 la *Sociedad para el Progreso de la Teoría General de Sistemas* (más tarde llamada *Sociedad para la Investigación en Sistemas Generales*) (Klir en Bertalanffy, 1984, p. 9).

Para ese entonces, los científicos de áreas como la Biología, Sociología y Humanidades se encontraban ante la necesidad de una comprensión más profunda de los fenómenos que estudiaban, dada la complejidad de sus objetos de estudio; pero el método científico utilizado hasta ese momento estudiaba los fenómenos como una colección de componentes aislados, dejando de lado las interacciones entre las partes. Por este motivo, la nueva propuesta centrada en los sistemas de Bertalanffy despertó un gran interés en la comunidad científica.

La Teoría General de Sistemas, como tal, ya estructurada, se publica en 1947 y es definida por su autor como “una teoría lógico-matemática que se propone formular y derivar aquellos principios generales aplicables a todos los “sistemas” (Bertalanffy, 1947, citado en 1984). En esta misma publicación, se definen con exactitud los principales conceptos de esta teoría: Totalidad, suma, orden jerárquico, equifinalidad, entre otros, mismos que posteriormente fueron retomados por otras perspectivas, como la Terapia Familiar Sistémica.

En el sentido más amplio, la TGS se refiere a una colección de conceptos generales, principios, instrumentos, problemas, métodos y técnicas relacionados con los sistemas. Otros autores la conciben de diferentes maneras, como son:

“Una teoría formal (Mesarovic, Wymore), una metodología (Ashby, Klir), una forma de pensar (Bertalanffy, Churchman), una manera de mirar el mundo (Weinberg), una búsqueda de la simplificación óptima (Ashby, Weinberg), una herramienta educativa (Boulding, Klir, Weinberg), un metalenguaje (Löfgren), o, al menos en el futuro una profesión o ciencia (Klir).” (Klir en Bertalanffy, 1984, p.26)

De acuerdo al programa de la Sociedad para la Investigación de Sistemas Generales, formulado en 1954, las funciones u objetivos de mayor importancia de la TGS son:

1. Investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos, y fomentar transferencias útiles de un campo a otro; 2. Estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos; 3. Minimizar la repetición de esfuerzos teóricos en diferentes campos; 4. Promover la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre los especialistas. (Bertalanffy, 1986, pp. 13 y 14).

Fue a partir de ese momento que la TGS se consolida como una nueva disciplina que representó una nueva alternativa para la investigación en diferentes ciencias, ya que brindó a la comunidad científica un cuerpo teórico para la formulación de principios que resultan válidos para toda clase de sistemas. Como ya es sabido, la Terapia Familiar Sistémica, llamada así a partir de estos fundamentos, retoma de la TGS sus principales conceptos, siendo el principal el concepto de sistema.

Bertalanffy (1986) señaló que el concepto de sistema no está limitado a entidades materiales sino que puede aplicarse a cualquier “todo” que consista en “componentes” que interactúan. Sin embargo, dado el tipo de sistemas que nos ocupan, es importante distinguir entre sistemas abiertos y cerrados. Al referirse a los sistemas biológicos abiertos, Bertalanffy señala que “los organismos vivos son en el fondo sistemas abiertos, es decir, sistemas que intercambian materia con el medio circundante” (Bertalanffy, 1986, p. 32).

Según Eguiluz (2006) otro concepto importante para la terapia familiar es el de sistema relacional, ya que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales, como es el caso de la familia, y 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 un cambio en otras unidades; éste va seguido de nuevo por un cambio de estado en la unidad primitivamente modificada, y así sucesivamente (Parsons y Bales, 1955 citado en Eguiluz, op. cit., p. 111).

Así, al retomar estos conceptos de la TGS, los terapeutas familiares pueden hacer su propia comparación para hablar de la familia, la cual Andolfi define como “un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y en constante intercambio con el exterior” (Andolfi, 1985 citado en Eguiluz, op. cit., p. 111).

Adicionalmente, es importante considerar que la familia entendida como sistema abierto posee sinergia, por lo cual resulta absurdo, por más profunda y ampliamente que se estudie a uno de sus miembros, explicar por medio de él, el comportamiento de la totalidad del grupo familiar. Se dice que la sinergia se encuentra presente en un objeto cuando “el examen de una o alguna de sus partes en forma aislada, no explica ni permite predecir el comportamiento del todo” (Füller, 1986 citado en Eguiluz, op. cit., p. 111). Este principio de sinergia, así como el concepto de sistema y sistema relacional, resultan primordiales como base de la terapia familiar ya que justifican y fundamentan el sentido de trabajar con las familias como los clientes de la terapia y no sólo con el individuo sintomático como se hacía anteriormente.

Igualmente se retoman de la Teoría General de Sistemas otros principios muy valiosos para la terapia sistémica. Algunos de los más representativos, de acuerdo a Eguiluz (op. cit.), son: recursividad, orden jerárquico, equifinalidad, entropía y neguentropía, homeostasis, cambio y retroalimentación, tanto positiva como negativa.

Por su parte, Inmaculada Ochoa menciona las propiedades de los sistemas como parte de los conceptos básicos a considerar: “En un sistema familiar podemos observar principalmente las propiedades de totalidad, causalidad circular, equifinalidad,

equicausalidad, limitación, regla de relación, ordenación jerárquica y teleología” (Ochoa, 1995, p. 19).

Ochoa (op. cit.) explica la **Totalidad** diciendo que “la conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye además las relaciones entre ellos.” (p. 19) Es por este principio de totalidad que se vuelve necesario obtener información sobre las interacciones entre los distintos miembros de un sistema familiar.

La **recursividad**, es el principio que nos permite entender cómo un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores (suprasistemas) como menores (subsistemas); los sistemas menores se encuentran contenidos en los mayores que a su vez se contienen en otros de mayor tamaño, y lo más importante es que cada uno tiene sinergia, es decir, se comporta como un sistema que posee todas las características de su especie o clase (Eguiluz, 2006).

La **causalidad circular** es la que describe a las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, pues considera que existe una codeterminación recíproca entre las conductas de un sistema. Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten de forma pautada, lo cual facilita la vida cotidiana de sus integrantes. Debido a que también existen secuencias sintomáticas, el interés terapéutico ya no se centra en el por qué, sino en el qué, dónde y cuándo ocurre algo (Ochoa, op. cit.).

Mientras que el principio de **equifinalidad** es el que nos explica que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, y siguiendo distintos caminos, la **equicausalidad** se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. Por tanto, estas propiedades llevan a los terapeutas a abandonar la búsqueda de una única causa pasada del problema y a centrarse en el aquí y en el ahora (Ochoa, op. cit.).

Otros conceptos importantes son la **regla de relación**, que se refiere a la necesidad de definir cuál es la relación entre los componentes de un sistema para que las personas encuadren su conducta al comunicarse entre sí, y la **ordenación jerárquica**, pues en

toda organización hay una jerarquía, que otorga a ciertas personas más poder y responsabilidad que a otras para determinar qué se va a hacer. Esta ordenación jerárquica no sólo se observa entre personas sino también entre subsistemas (Ochoa, op. cit.).

Otro concepto que es la base del discurso sistémico es la **homeostasis**, que originalmente fue introducido en la Fisiología para explicar la constancia relativa que guardan algunas funciones realizadas por el organismo. (Eguiluz, 2006). Para Inmaculada Ochoa (op.cit.) esta propiedad se llama **teleología**, y la explica como la adaptación que hace el sistema familiar a las diferentes exigencias de su desarrollo a fin de asegurar su continuidad.

Este proceso de continuidad y crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias, morfostasis y morfogénesis. Se denomina homeostasis o morfostasis a la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. (...) La tendencia del sistema a cambiar y crecer recibe el nombre de morfogénesis (Ochoa, op. cit., p. 21).

Relacionado al concepto de homeostasis, aparece el concepto de **retroinformación o feedback**, que se define como la capacidad que tienen los sistemas vivos para automodificarse cuando se producen cambios significativos en su medio ambiente. Dicha capacidad se puede medir por la posibilidad para aprender, o bien, la posibilidad que tiene el sistema para cambiar su organización, o su estructura interna a un nivel más alto de complejidad (Eguiluz, op.cit.).

Por mi parte, considero que la TGS hizo aportaciones muy importantes a la epistemología sistémica, y a la ciencia en general, ya que fue a partir de ella que se dejó de ver el mundo como una serie de elementos aislados para considerar las interrelaciones entre dichos elementos, aportando así una dimensión de mayor complejidad a esta visión del mundo; la nueva visión posibilitó hacer investigaciones bajo un nuevo paradigma, ampliando enormemente las posibilidades de la ciencia. Igualmente fue muy innovadora al ofrecer un cuerpo teórico multidisciplinar, pues sus conceptos, así como son retomados en terapia familiar, bien pueden ser utilizados en Biología, Ingeniería, Sociología, Física, entre otras, lo cual plantea un vínculo y una base común en áreas que convencionalmente se conciben como totalmente distintas. De hecho, considero que aún falta mucho por hacer en ese sentido de conectar el conocimiento de las diferentes ramas de la ciencia,

pero la TGS brindó una base importante en este sentido y dio pie a desarrollar epistemologías más complejas. Me parece fundamental que como terapeutas conozcamos la TGS para entender no sólo los orígenes del modelo con el que trabajamos, sino también para comprender e incorporar esta visión de las cosas que es mucho más amplia y abarcadora de la complejidad de los fenómenos que estudiamos.

Cibernética

Otro de los fundamentos epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica es la Cibernética; ésta se desarrolla a partir de los años 40 gracias a las aportaciones de Norbert Wiener, cuya teoría sirvió de base para el desarrollo e investigación de importantes temas para diferentes disciplinas.

De acuerdo a Keeney: “La idea primordial que dio origen a la cibernética es que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales” (Keeney, 1991, p. 81). Siguiendo a este mismo autor, nos menciona que aunque se trata de una noción que ya venía incubándose en la historia de las ideas desde largo tiempo atrás (estaba implícita en los escritos de los gnósticos, así como en Samuel Butler, Lewis Carroll y particularmente William Blake), no fue sino hasta mediados del siglo pasado que se desarrolló como ciencia formal.

Diversos autores nos narran los principales acontecimientos que dieron origen a la epistemología Cibernética. Bertrando y Toffanetti (2004) mencionan que en la década de los 30 fueron suscitándose los hechos que dieron origen a la Cibernética: Cannon introduce el concepto de homeostasis, Bertalanffy concibe la Teoría General de Sistemas, posteriormente, McCulloch y Pitts elaboran su teoría de las redes nerviosas en la que demuestran cómo las sencillas conexiones sinápticas de las neuronas bastan para realizar y distinguir funciones lógicas complejas, y por su parte, John von Neuman y Norbert Wiener estaban utilizando el mismo lenguaje formal de estos dos autores en sus investigaciones sobre el sistema de control automático en las armas y sobre la idea de computación digital, y es justo a partir de las investigaciones de estos autores que surge la Cibernética como tal.

Wiener y Von Neuman figuran entre los matemáticos más eminentes de la época, dos genios que en algunos aspectos son antagónicos. De sus opuestas concepciones derivará la naciente cibernética

con un carácter dual: ciencia de la autoorganización y al mismo tiempo ciencia del control (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 55).

Por su parte, Keeney (1991) refiere como hecho fundamental la aparición, en 1943, de dos artículos que marcan el nacimiento de la Cibernética explícita: el primero, de Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow, trató de identificar los principios generales de los mecanismos capaces de incorporar el concepto de finalidad o intencionalidad. El segundo, de Warren McCulloch y Walter Pitts, titulado “Cálculo lógico infinitesimal de las ideas inmanentes en la actividad nerviosa”. En ambos artículos, sus autores intentaban discernir las pautas de organización que subyacen en la conducta intencional y en la percepción, lo cual es justamente, el objetivo de la Cibernética.

Un acontecimiento que sirvió de impulso al desarrollo del nuevo paradigma fueron las conferencias de Macy. Wiener (1954, citado en Kenney, 1991), declaró que las ideas contenidas en su artículo fueron difundidas por Rosenblueth en el encuentro que se celebró en Nueva York en 1942, bajo los auspicios de la Fundación Macy. Se dice que los participantes de dichas conferencias salieron convencidos de que estaban ante un nuevo paradigma; por ello, autores como Bertrando y Toffanetti, consideran que es en estas reuniones donde pueden situarse los orígenes de la Cibernética.

Sin embargo, el libro donde Norbert Wiener da a conocer la Cibernética es publicado hasta 1948, con el título de: *Cybernetics: Or the Control and Communication in the Animal and Machine* (Cibernética, o el control y comunicación en el animal y la máquina); en él, Wiener dice que la Cibernética “es la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivos” (Wiener, 1948 citado en Eguiluz, 2006, p. 120).

La palabra “Cibernética” etimológicamente deriva de la palabra griega *kybernetes* que significa “piloto” o “timonel”. Keeney (1991) refiere que fue utilizada por Platón en ‘*La República*’ para designar tanto el arte de dirigir una nave como el arte de comandar, por lo tanto, el hecho de que la palabra original remita tanto a la náutica como al control social, es un buen indicador de que la Cibernética se ocupa tanto de las personas como de los aparatos técnicos que ellas inventan.

Adicionalmente, Keeney hace una observación interesante en cuanto al origen del nombre Cibernética y menciona que, en su libro de 1948, Wiener escribió que el término 'cibernética' no se remontaba más atrás del verano de 1947, y sin embargo, en 1954, al publicarse la segunda edición de su obra *The Human Use of Human Beings*, reconoció que ya se había empleado esa palabra en obras francesas y polacas del siglo XIV. Al respecto, pone una nota al pie de página donde dice:

En un ensayo titulado "Orígenes modernos del término 'cibernética'", Mihram, Mihram y Nowakowska (1977) afirman que es "Ampère, y no Wiener, quien merece el título de 'Fundador Moderno de la Cibernética' (p. 411). Demuestran estos autores que Ampère había definido la cibernética como "el arte de elegir, en cada caso, lo que puede y lo que debe hacerse (Keeney, 1991, p. 82).

Sin embargo, esto no le resta importancia al hecho de que fue Wiener el padre de la Cibernética como la conocemos y utilizamos hoy en día, y que representó una nueva epistemología que abrió nuevas posibilidades para el desarrollo de los diferentes campos científicos. Dentro de las muchas aportaciones de la Cibernética a la ciencia, Ashby resalta dos puntos importantes:

Hay dos virtudes científicas peculiares de la cibernética que merecen mención especial. La primera es la de ofrecer un vocabulario único y un único conjunto de conceptos adecuados para representar los más diversos tipos de sistemas (...) ofrece un conjunto de conceptos que tienen correspondencias exactas en cada rama de la ciencia y por lo tanto puede ponerlas en relación exacta.(...) La segunda virtud peculiar de la cibernética es la de ofrecer un método para el enfoque científico de sistemas en los cuales la complejidad es notable y demasiado importante para ser pasada por alto (Ashby, 1976, pp. 15-16).

Entre sus virtudes, Ashby (1976) destaca el hecho de que la Cibernética puede revelar un gran número de paralelismos entre las máquinas, el cerebro y las sociedades, por lo tanto, concibe a la Cibernética como uno de los métodos más aptos para tratar lo complejo, e introduce nuevas posibilidades para tratar fenómenos desde puntos de vista multidisciplinarios en las diferentes ramas de la ciencia, como lo fueron las ciencias sociales, la Biología, y de manera particular, la Terapia Familiar.

Fueron Gregory Bateson y Margaret Mead quienes se ocuparon de llevar esta red de nociones cibernéticas al campo de las ciencias sociales; de ahí llegó a la terapia familiar a través de los contactos de Bateson con el grupo que fundaría el Mental Research

Institute. Así, las nociones centrales de la Cibernética como circularidad, información, retroalimentación, meta, regulación, así como nociones conexas que habían sido incorporadas a la red conceptual de la disciplina, como orden, organización, azar, y otras, comenzaron a usarse para la comprensión de sistemas autoorganizadores, biológicos y sociales, con especial atención a su autonomía y a los fenómenos de autorreferencia implicados (Pakman, en von Foerster 1996).

Además de los conceptos ya mencionados, una de las aportaciones de la Cibernética que tuvo mayor impacto en la epistemología de la terapia familiar, fue el cuestionar el principio de objetividad, al resaltar que el observador siempre participa en lo que observa; de esta manera se llegó a revolucionar el modo de concebir y de hacer psicoterapia y se dio pie a la Cibernética de la cibernética o también conocida como Cibernética de segundo orden.

Cuando la Cibernética comenzó a desarrollarse, retomó de la ingeniería el concepto de las cajas negras. Al principio, la Cibernética se limitaba a examinar la relación entre lo que entra en un sistema (input) y lo que sale de él (output); cuando la salida actuaba de tal modo sobre la entrada que modificaba las salidas futuras, se consideraba que entonces había una relación cibernética. El problema de este esquema es que no considera al observador; al percatarse de este hecho, surge la Cibernética de 2° orden, como lo refiere Keeney:

El salto desde la “caja negra” a la “caja negra más el observador” así como el que va de los sistemas taciturnos a los orientados por el lenguaje, representa la evolución de la cibernética primitiva a lo que se ha dado en llamar “cibernética de la cibernética (Kenney, 1991, p. 93).

Además, Kenney menciona que esta noción ya estaba presente desde los orígenes de la Cibernética cuando señala que “Wiener tenía conciencia de los diferentes órdenes del proceso de retroalimentación, y advirtió que en las ciencias humanas los procesos cibernéticos de orden superior incluyen forzosamente al observador” (Kenney, 1991, p. 94), y explica que en los comienzos de la era de la “cibernética de control”, no se establecieron con claridad estos órdenes superiores del proceso, por lo cual fue necesario que la terapia familiar redescubriera esta índole recursiva. Así, los terapeutas que siguen la epistemología cibernética, pasan a una visión diferente en donde la cuestión de la objetividad se vuelve secundaria y se empiezan a preocupar más por los aspectos éticos que implica adoptar esta nueva epistemología:

Es evidente que tenemos que ir más allá de la *Gestalt* de la objetividad y la subjetividad. La cibernética de la cibernética propone que la alternativa es la ética. Desde una perspectiva ética no nos preguntamos si somos “objetivos” o “subjetivos”; en lugar de ello, admitimos el nexo necesario entre el observador y lo observado, y ello, nos conduce a examinar *cómo* participa el observador en lo observado (Kenney, 1991, p. 97).

Entre los conceptos más importantes que aporta la Cibernética de segundo orden a la terapia sistémica destacan los de autorreferencia y autonomía. A partir de estos conceptos, se pudieron estudiar fenómenos y entidades de mayor complejidad, como es el caso no sólo de la familia, sino de la terapia familiar, del sistema conformado por terapeuta y familia, y el de la familia + el terapeuta + los observadores.

Ahora, no sólo se podían describir enlaces circulares sino que también se podían concebir entidades autorreferenciales que generaban o delimitaban un sistema autónomo, allí en el sistema observado; con esta nueva perspectiva, también nosotros los observadores podíamos ser entendidos en los mismos términos y, más aún, el proceso de observación delimitaba en sí mismo otro sistema autónomo, en el cual observadores y sistema observado interactuaban a través de procesos autorreferenciales, a través de los cuales todo lo dicho sobre un sistema resultaba relacionado con nuestras propias propiedades para hacer tal observación. Así, nuestra propia estructura se volvía importante para poder hacer ciertas observaciones (Pakman en von Foerster, 1996).

De este modo, la Cibernética de segundo orden es la que incluye los diferentes lados de cualquier distinción realizada por un observador. “Una manera de reconocer los dos lados de estas distinciones es considerarlas parte de una “complementariedad cibernética” (Keeney, 1991, p. 109). Llevado al campo de la terapia, esto implica que en vez de considerar al terapeuta y al cliente como entidades separadas, debemos considerarlos como los componentes de una estructura de retroalimentación que es la terapia. Dicho de otro modo, la Cibernética nos exige ver el mundo de otra manera y conocerlo al discernir las pautas que conectan recurrentemente al terapeuta y el cliente, al síntoma y la cura, el diagnóstico y la intervención (Keeney, 1991).

Por consiguiente, “la persona sana, total e integrada” no está necesariamente “libre de síntomas”, como suele decirse: para estos individuos, la salud y la patología son dos caras de una misma moneda de complementariedad cibernética. (...) Así, un individuo sano aparecerá como sintomático

o como libre de síntomas según el momento o la manera en que el observador lo observa (Kenney, 1991, p. 145).

En el caso de las familias, esta concepción implica que una familia “sana” es la que desarrolla:

una coreografía de episodios interaccionales diversos, que proporcionan una suerte de clímax ecológico o equilibrio. En estas familias el papel de chivo emisario, así como el de “caballero virtuoso”, cambia de continuo de una a otra persona, las coaliciones varían de un momento a otro, los individuos alternan entre la separatividad y el gregarismo, tanto las peleas como los abrazos tienen cabida, etc. (Kenney, 1991, p. 148).

Al analizar la epistemología de la terapia, Keeney (1991) propone como alternativa frente a la metáfora del poder, la metáfora ecológica de “formar parte de un ecosistema”. En esta metáfora, el terapeuta “forma parte” o “es una parte” del ecosistema tratado por él, en lugar de ser un espectador, manipulador o comisionista de poder exterior al sistema. Desde esta perspectiva, lo único que puede hacer un terapeuta es modificar su conducta, luego reconocer la conducta subsiguiente de quienes participan, y a partir de ello modificar sus propias reacciones. De esta manera, al utilizar los efectos de su propia conducta para modificar la de aquéllos, queda establecida la retroalimentación. En ese caso el terapeuta no está “controlando” la conducta de los demás, sino reconociendo de qué manera responde a la suya y de qué manera la suya responde a la de ellos (Keeney, 1991).

Resumiendo, se puede decir que el principio fundamental de la Cibernética de segundo orden que se retoma en la terapia es que los terapeutas afectan siempre a los sistemas que tratan, y por su parte, también los sistemas tratados afectan siempre al terapeuta. “Lo importante es advertir que la epistemología del terapeuta contribuye a determinar la relación que mantiene con el sistema tratado por él” (Keeney, 1991, p. 148).

A manera de reflexión, me gustaría retomar la idea de Bertrando y Toffanetti (2004) de que es gracias a la Cibernética que a la terapia familiar “le es posible librarse del influyente legado de las teorías freudianas para centrarse esencialmente en la información y la retroalimentación” (p. 62).

De acuerdo a Marcelo Pakman (1996), el adjetivo de “sistémica” que se ha aplicado a la terapia familiar da cuenta de esa interacción entre Cibernética y Teoría General de los Sistemas, aunque él considera que la Cibernética tuvo primacía en esa confluencia, porque su desarrollo se dio con gran fertilidad en el campo de las ciencias sociales, a diferencia de la Teoría General de Sistemas que, aunque también se ha aplicado a las ciencias sociales, se desarrolló más en el mundo ingenieril de los sistemas artificiales.

Finalmente, la Cibernética le brindó al terapeuta familiar las bases para considerar cómo se articula el comportamiento de cada uno de los miembros de la familia en relación con los demás, brindándole más atención al contexto que al individuo, pasando de lo intrapsíquico a lo relacional, y del *por qué* al *cómo* o *para qué*, lo que constituye una manera distinta no sólo de ver la realidad sino de hacer terapia.

Teoría de la Comunicación

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

En el momento de su desarrollo se estaban gestando teorías que analizaban los procesos de transmisión de información y otros mecanismos relacionados a la comunicación que influyeron en el desarrollo de esta nueva teoría:

Por una parte, se desarrolló la teoría de la información, de base notoriamente tecnológica, centrada en el estudio de las condiciones ideales para la transmisión de información y en los límites y las perturbaciones de los sistemas artificiales de comunicación. Por otra parte, se expandió el campo de la comunicación de masas, centrada en el estudio de las características y los efectos de los medios de comunicación masivos. Finalmente, y nutriéndose de las contribuciones del notable antropólogo y epistemólogo inglés Gregory Bateson (...) se fue perfilando la base conceptual del modelo interaccional o pragmático de la comunicación humana, centrado ya no en el estudio de las condiciones ideales de comunicación sino en el *estudio de la interacción tal cual se da de hecho entre seres humanos* (Sluzki en Watzlawick, Beavin & Jackson, 1997, p. 12).

La Teoría de la Comunicación de Shannon explica la comunicación como una cadena de elementos donde uno da razón del siguiente de manera causal y mecánica. A pesar de sus limitaciones, este modelo sigue prevaleciendo como el modelo de comunicación más importante y conserva como sus elementos básicos al emisor y el receptor. Sin embargo, por esa misma época, otros investigadores empiezan a desarrollar un modelo comunicacional basado en una epistemología circular (Eguiluz, 2006).

Gregory Bateson es considerado como el iniciador de esta nueva teoría, ya que desde los años 30 hizo investigaciones relacionadas con el ámbito de la comunicación humana y desarrolló, junto con Margaret Mead, el concepto de *cismogénesis*. Pero la teoría como tal se fue desarrollando a partir de los trabajos realizados con su equipo de Palo Alto, conformado por Weakland, Jackson, Beavin y Watzlawick,

Esta teoría se centra en el aspecto pragmático de la comunicación, es decir, en los efectos de la comunicación sobre la conducta, y retoma como conceptos básicos los de función, información, retroalimentación, redundancia y cálculo como marco de referencia (Watzlawick, et al., 1997).

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

Los axiomas de la comunicación propuestos por Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) son 5 y son los siguientes:

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

2. Los niveles de contenido y relación de la comunicación: **Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.** Toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación. Una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone conductas. Siguiendo a Bateson, estas dos operaciones se conocen como los aspectos “referenciales” y “conativos” de toda comunicación. El aspecto referencial de un mensaje trasmite información y en la comunicación humana es sinónimo de contenido. El aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y en última instancia, a la relación entre los comunicantes. Las confusiones o contaminaciones entre estos niveles – comunicación y metacomunicación – pueden llevar a impasses idénticos en su estructura a los de las famosas paradojas en el campo de la lógica.

3. La puntuación de la secuencia de los hechos: **La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.** Para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambios. Sin embargo, en una secuencia prolongada de intercambio, los organismos participantes - especialmente si se trata de personas – de hecho puntúan la secuencia de modo que uno de ellos o el otro tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc. Es decir, establecen entre ellos patrones de intercambio y dichos patrones constituyen de hecho reglas de contingencia con respecto al intercambio de refuerzos.

4. Comunicación digital y analógica: **Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.** La comunicación analógica, es decir, todo lo que sea comunicación no verbal, tiene sus raíces en períodos mucho más arcaicos de la evolución y, por lo tanto, encierra una validez mucho más general que el modo digital de la comunicación verbal relativamente reciente y mucho más abstracto. El hombre es el único organismo que utiliza tanto los modos

de comunicación analógicos como los digitales. Puesto que la comunicación se centra en aspectos relacionales comprobamos que el lenguaje digital carece casi por completo de significado. Resulta muy fácil proclamar algo verbalmente pero muy difícil llevar una mentira al campo de lo analógico. Un gesto o una expresión facial puede revelar más que cien palabras. Asimismo, cabe suponer que el aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica. En su necesidad de combinar estos dos lenguajes, el hombre, ya sea como receptor o emisor, debe *traducir* constantemente de uno al otro, y al hacerlo debe enfrentar curiosos dilemas. En la comunicación humana, la dificultad inherente a traducir existe en ambos sentidos. No sólo sucede que la traducción del modo digital al analógico implica una gran pérdida de información, sino que lo opuesto también resulta sumamente difícil: hablar acerca de una relación requiere una traducción adecuada del modo analógico de comunicación al modo digital.

5. Interacción simétrica y complementaria: **Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.** Este axioma deriva del fenómeno denominado por Bateson como cismogénesis (proceso de diferenciación en las normas de conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos). En la actualidad a estos procesos se los suele denominar simplemente como interacción simétrica y complementaria. En el primer caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca, y así su interacción puede considerarse simétrica. En el segundo caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo distinto de gestalt y recibe el nombre de complementaria. En una relación complementaria hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa lo que se ha descrito de diversas maneras como la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece motivos para ella: sus definiciones de la relación encajan.

En su libro, los autores expresan ciertas “reservas” en relación a los axiomas, como advirtiendo al terapeuta o al lector acerca de los mismos para que se tomen en sus debidas dimensiones:

En primer lugar, debe quedar aclarado que tienen carácter tentativo, que han sido definidos de modo bastante informal y que son, por cierto, más preliminares que exhaustivos. Segundo, son heterogéneos entre sí en tanto tienen su origen en observaciones muy variadas de los fenómenos de la comunicación. Su unidad no surge de sus orígenes, sino de su importancia pragmática, la cual a su vez depende no tanto de sus rasgos particulares como de su referencia interpersonal (Watzlawick, et. al., 1997, p. 71).

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

Constructivismo

El Constructivismo está muy relacionado con la Cibernética, especialmente con la de segundo orden porque justo cuestiona el mito de la objetividad y vuelve la mirada hacia el observador; de hecho, para Marcelo Ceberio, el Constructivismo “resurge” a partir de ésta:

Resurgiendo de la cibernética de segundo orden, el constructivismo nace como un modelo teórico del saber y de la adquisición de conocimiento. Su planteamiento radical se basa en que la realidad es una construcción individual que se co-construye (en sentido interaccional) entre el sujeto y el medio. Como escuela de pensamiento, estudia la relación entre el conocimiento y la realidad y dentro de una perspectiva evolutiva se refiere, en su significado más extremo, a que un organismo nunca es capaz de reconocer, describir o remedar la realidad, y sólo puede construir un modelo que se acerque de alguna manera a ella (Ceberio & Watzlawick, 2006, p. 74).

Por lo tanto, desde la perspectiva constructivista, el mundo, la “realidad” o la “verdad” son creados por el observador. Pero ésta no es una idea nueva; Mahoney menciona que la cosmovisión oriental ya lo había anticipado con las enseñanzas de Lao Tse (S. IV A.C.) y con las de Buda (560-477 a.C.). El Tao recoge la tradición de una antigua sabiduría que

reconoce la fluidez de la vida y la unión esencial de los elementos aparentemente opuestos, como el el “yin” y el “yang”. Por su parte, el budismo también reconoce la naturaleza cambiante de la vida y considera que las personas cumplimos un papel importante en la construcción de nuestros mundos por el significado de nuestros pensamientos, fantasías y la imaginación (Mahoney, 2005).

Por su parte, en la cultura occidental, los aspectos esenciales del Constructivismo fueron enunciados por el filósofo presocrático Heráclito (540-475 a.C.), quien sostenía que todo cuanto existe debe fluir, lo cual queda inmortalizado en su apotegma de que no podemos bañarnos dos veces en el mismo río (Mahoney, op. cit.).

Diversos autores coinciden en que los precursores del Constructivismo son Vico, Kant, Vaihinger y Schopenhauer. De acuerdo a Mahoney (op. cit.) Giambattista Vico (Nápoles, 1668-1774) escribió poéticamente sobre la construcción humana de la experiencia y sus contribuciones han centrado el foco de la atención de campos enteros de conocimiento. Immanuel Kant (1724-1804) describió la mente como un órgano activo de autoorganización y sostenía que más que ser un recipiente pasivo de la experiencia, construimos nuestro conocimiento por medio de categorías; percibimos, sentimos y pensamos de acuerdo con determinados esquemas y puede ser que existan otros modos más allá de aquéllos a los que estamos habituados. Arthur Schopenhauer (1788-1860) recogió estas intuiciones de Kant y desarrolló una teoría de la voluntad y la representación que sigue interesando a los académicos de hoy en día. Por su parte, Hans Vaihinger (1852-1933) se inspiró también en el trabajo de Kant, especialmente la parte en la que subraya la tendencia humana a continuar con nuestras actividades “como si” algunas cosas fueran así y exploró el valor funcional de las ficciones mentales.

El Constructivismo como tal, como corriente epistemológica, fue introducido por Jean Piaget, con sus estudios sobre la construcción de la realidad en el niño; en ellos desarrolló algunos de los conceptos que fundamentarían esta corriente y encontró evidencias importantes que sustentan el postulado de que la realidad se construye, no se descubre. Quien se dedicó a desarrollar este paradigma en su forma más radical fue Ernest von Glasersfeld.

Entre los muchos investigadores que han llevado este tipo de pensamiento a su campo particular de estudio, destacan “el antropólogo Gregory Bateson, el cibernético Heinz von Foerster, el neurofisiólogo Mc Culloch, los biólogos Humberto Maturana y Francisco Varela y el lingüista Paul Watzlawick, entre otros” (Ceberio & Watzlawick, 2006, p. 75).

El Constructivismo también recoge aportaciones de la Antropología, la Biología, la Neurociencia cognitiva, la Filosofía, la Sociología y de diferentes tradiciones espirituales. Se trata de una epistemología que tiende puentes entre disciplinas, por lo cual no es de extrañar que en el campo de psicoterapia, la llamada terapia “constructiva” retome aportaciones conceptuales y prácticas de las grandes tradiciones conceptuales en psicoterapia – conductista, biologicista, cognitiva, existencial-humanista, psicodinámica, sistémica y transpersonal – las cuales han contribuido de manera importante en su desarrollo. Se trata de un sistema que trata de integrar todo el conocimiento interdisciplinar sobre el desarrollo humano (Mahoney, op. cit.).

De acuerdo a Mahoney (2006), los cinco temas básicos del Constructivismo son: a) actividad, b) orden, c) identidad, d) relación sociosimbólica, y e) desarrollo vital. Para este autor el Constructivismo sostiene que:

1. La experiencia humana supone una actividad continua.
2. La mayor parte de la actividad humana está dedicada a los *procesos de ordenamiento*, a las pautas de organización de la experiencia; estos procesos de ordenamiento son principalmente emocionales, tácitos y categoriales (dependen de los contrastes) y representan el aspecto central de la creación de significados.
3. La organización de la actividad personal es fundamentalmente autorreferente o recursiva, al hacer del cuerpo la piedra angular de la experiencia y al estimular un sentido fenomenológico del sí mismo o identidad personal.
4. La capacidad de autoorganización y creación de significados está fuertemente influida por los procesos sociosimbólicos; las personas existen dentro de redes vivas de relaciones, muchas de las cuales están mediadas por el lenguaje y por sistemas simbólicos.
5. Cada vida humana refleja los principios de la dinámica dialéctica del desarrollo; el complejo flujo que se da entre las tensiones esenciales (contrastos) se refleja en los patrones y ciclos de experiencia, que pueden

conducir a episodios de desorden (desorganización) y, bajo algunas circunstancias, a la reorganización (transformación) de las pautas nucleares de actividad, incluyendo la creación de significado y la relación con uno mismo y con los demás.

Por lo tanto, considerando todos estos temas en conjunto, se puede concluir que una perspectiva constructivista de la experiencia humana es aquella que enfatiza la acción creadora de significado a través del desarrollo de la persona en sus relaciones con los demás.

Así, el Constructivismo nos plantea una visión de los seres humanos como seres activos, como creadores de significados, que se encuentran entre redes relacionales que demandan nuevas direcciones y nuevas relaciones. Un terapeuta constructivo entiende a sus clientes como agentes intencionales de sus propias vidas. Por su parte, los clientes construyen significados y viven sus vidas inmersos en una red invisible de significados que han ido tejiendo hasta ese momento. Por tanto, “la mayor parte de lo que hacen juntos, terapeutas y pacientes, en la psicoterapia constructiva es tejer nuevas posibilidades de experiencia” (Mahoney, 2006, p. 18).

Bajo esta perspectiva, las formas de terapia más efectivas tienden a ser más sensibles a las necesidades personales, al desarrollo histórico, estilos de aprendizaje, ciclos vitales, circunstancias y relaciones personales, al mismo tiempo que al entorno y la cultura. Las formas efectivas de ayuda son las más creativas, confirmadoras y respetuosas hacia nuestras capacidades de desarrollo (Mahoney, op. cit.).

Construccionismo Social

Como una tendencia más reciente, la Terapia Familiar Sistémica comenzó a retomar conceptos del Construccionismo Social y a partir de ello se empezó a considerar el proceso terapéutico justamente, como una construcción social. Esto también se retoma en las llamadas *terapias posmodernas*.

Los trabajos de Kenneth Gergen, uno de los fundadores del Construccionismo Social, han ejercido una influencia muy importante no sólo en el ámbito de las terapias familiares, sino

también en el de las psicoterapias en general. Hasta principios de la década de los años 80, el ámbito de las terapias familiares estuvo dominado por los enfoques sistémico y constructivista, ambos estrechamente vinculados entre sí. En la época en que se publican los trabajos de Gergen, los terapeutas familiares ya se habían liberado de la epistemología centrada en la búsqueda de la verdad (Elkaïm, en Gergen, 2006).

Para Bertrando y Toffanetti (2004), el Construccinismo Social es una perspectiva epistemológica que adquiere importancia en la década de 1990, en los Estados Unidos, y que sostiene que los significados y la identidad nacen en un contexto relacional; donde el yo crece dentro del marco de intercambios y conversaciones en las que estamos insertos, y la identidad es el resultado de nuestras narraciones.

Así, vemos que el Construccinismo Social aporta una nueva concepción del yo. Este núcleo que da al individuo identidad y estabilidad se origina en las relaciones humanas. “Las construcciones del yo son, por tanto, esencialmente sociales” (Elkaïm, en Gergen, 2006, p. 12).

Nos hallamos, por tanto, ante una corriente de pensamiento que no proclama detentar la verdad absoluta ni afirmar que todas la epistemologías que la han precedido sean nulas y carezcan de valor, sino que es preciso crear un diálogo, y que, para que este diálogo sea verdaderamente constructivo y fecundo, es preciso construirlo de acuerdo con protocolos rigurosos (op. cit. p. 13).

Los construccionistas sociales suponen que todo comienza con lo social y la relación. Gergen sostiene que el conocimiento no es algo que la gente posee en la cabeza sino algo que la gente hace en conjunto: el lenguaje es esencialmente una actividad compartida. Dicho de otro modo, el construccionismo considera el discurso sobre el mundo no como una reflexión o mapa del mundo, sino un dispositivo de intercambio social. Intenta ir más allá del empirismo y el racionalismo al ubicar el conocimiento dentro del proceso de intercambio social (Gergen, 2006).

El Construccinismo Social busca explicar cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven. Para ello, Gergen (op. cit.) toma en cuenta cuatro hipótesis:

1. Lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, como pensaba el positivismo, sino

que está determinado por la cultura, la historia y el contexto social. Por ejemplo, expresiones como 'hombre', 'mujer' o 'enojo' están definidos desde un uso social de los mismos.

2. Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no está dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación. Ejemplo: 'niño', 'amor' varían en su sentido según la época histórica.
3. El grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc). Como ejemplo: interpretar una conducta como envidia, enojo o coqueteo puede ser sugerida, afirmada o abandonada conforme las relaciones sociales se desarrollan en el tiempo. Esta negociación de la realidad da paso a una epistemología social.
4. Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales, y al formar parte de varios modelos sociales sirven para sostener y apoyar ciertos modelos excluyendo otros. Alterar descripciones y explicaciones significa amenazar ciertas acciones e invitar a otras. Ejemplo: las metáforas usadas en Psicología (hombres máquina, mente infantil).

Además, para Bertrando & Toffanetti (2004) el Construccinismo Social implica siempre cierto grado de crítica política de lo existente, que puede ir desde la simple ironía o una versión reformista hasta la rebelión y la revolución. Así, la terapia construccionista busca la sustitución de algunas ideas consolidadas en el discurso social.

De acuerdo a Bertrando & Toffanetti (op. cit.), los puntos clave de las terapias construccionistas son:

1. El sistema no es una realidad de hecho autónoma e independiente, sino una realidad de significado producida, entre otras cosas, por el acto cognoscitivo del terapeuta.
2. La metáfora hermenéutica de la historia y de la vida como un texto es un instrumento eficaz para describir la vida.

3. La verdad objetiva deja el espacio a una multiplicidad o pluralidad de ideas.
4. La idea de la familia como sistema homeostático deja el campo a la visión de sistemas sociales generativos, en los que los estados de desequilibrio son útiles y normales.
5. La familia es vista como un sistema social organizador de problemas que serán después mediados a través del lenguaje.
6. La mutua construcción de lo real (clientes-terapeutas) es la metodología de base para la terapia.
7. Se propone una perspectiva <<horizontal>> en la que el terapeuta comparte la responsabilidad con el cliente, suplantando la idea de terapia jerárquica con un terapeuta/experto.

Según Payne (2002), el Construccinismo es una forma de Psicología posmoderna, y aunque sigue siendo una teoría, niega la posibilidad de <<saber>> algo sobre las personas por medio de las teorías. Es posmoderna por su interés en la naturaleza cambiante, múltiple, compleja e interactiva de la vida humana. Esto puede crear inseguridad debido al rechazo de las ideas tradicionales en Psicología, pero nos obliga a reconsiderar nuestras suposiciones fundamentales y a enlazar la teoría con la vida cotidiana, lo cual, también puede enriquecer bastante nuestro trabajo.

Además, el socio-construccinismo nos ofrece la posibilidad de darle otro giro conceptual a nuestra actividad como terapeutas, al montarnos en una tendencia que pone énfasis en las relaciones sociales, en el papel que juega el lenguaje en la construcción social de la realidad y más particularmente, en los sistemas de significado implícitos en el discurso con el que nos comunicamos. Es una orientación que se encuentra en la mejor posición para aprehender las características sociales del contexto contemporáneo y afrontar los “problemas de la vida” que están surgiendo en el mundo actual contemporáneo o postmoderno (Limón, 2005).

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

Modelo Estructural

Introducción

La terapia familiar estructural fue desarrollada por el Psiquiatra Argentino Salvador Minuchin en Estados Unidos en los años 60. En 1950, Minuchin se trasladó a Estados Unidos para estudiar psiquiatría; él comenzó trabajando con menores infractores en barrios marginales y a partir de ello vio la necesidad de trabajar con sus familias. Según Lynn Hoffman, Minuchin floreció cuando había dinero para los programas comunitarios y para tratar los problemas psicosociales de los pobres; así empezó estudiando con Auerswald y King las familias de muchachos delincuentes en New York en el Wiltwyck School. De ahí se fue a la Clínica de Guía de Niños de Filadelfia y en la actualidad está en The Minuchin Center for the Family.

La terapia estructural es un modelo cuya teoría concibe al individuo en su contexto social, e intenta modificar la organización de la familia. Parte del principio de que cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo (Minuchin, 1985).

Principios básicos

De acuerdo a Minuchin (op. cit.), los axiomas este modelo son:

1.- La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno, el individuo influye sobre su contexto y es influido por este.

2.-Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.

3.- El terapeuta y la familia forman un nuevo sistema, terapéutico, en este caso

Hay varios conceptos básicos en el modelo estructural, entre los que destacan:

- **Estructura.** Se refiere a las pautas de interacción que ordenan y organizan los subsistemas de una familia, en relaciones más o menos constantes. Las alianzas y coaliciones pautadas entre los miembros de la familia son las estructuras que regulan su cotidiano flujo de información y energía. Dicho de otra manera, se refiere al invisible conjunto de demandas funcionales que organiza la manera de interactuar entre los miembros de la familia (Umbarger, 1999).
- **Holones y subsistemas.** En la terapia familiar estructural, la unidad de intervención siempre será un holón. Cada holón despliega su energía a favor de su autonomía y de su autoconservación como un todo (Minuchin & Fishman, 1998). Minuchin (1985) también habla de subsistemas, los cuales se definen de acuerdo a las funciones que desempeñan cada uno de sus miembros; los mismos individuos son subsistemas en el interior de una familia, pero también se pueden formar por generación, sexo, interés o función. El concepto de subsistema es más amplio que el concepto de holón al abarcar intereses, género y otras categorías. Hay varios holones y subsistemas en una familia: el individual, el conyugal, el parental y el de los hermanos.
- **Límites.** Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, pero también deben permitir el contacto entre los miembros de un subsistema y los otros (Minuchin, 1985).
- **Fronteras.** Una frontera se puede experimentar como interacciones gobernadas por reglas, que se producen de manera regular entre las personas durante periodos largos. Estas fronteras se dan con el tiempo y definen la separación entre subsistemas, son la metáfora de la accesibilidad a un holón (Umbarger, 1999).
- **Jerarquías.** Se refieren a la manera en que se encuentra distribuido el poder dentro de la familia. De acuerdo a este modelo, el poder debe encontrarse en el subsistema parental (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

- **Alianzas.** Se da cuando se unen dos o más personas con un fin común. Las alianzas pueden ser transitorias, flexibles, rígidas o permanentes (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- **Coaliciones.** Se dan cuando se transforma la alianza en una posición en contra de un tercer miembro del sistema.
- **Geografía.** Se refiere a la ubicación de la familia en el hogar, por ejemplo, cómo duermen o cómo comen. Esto se refleja también en la manera de sentarse en la sesiones de terapia. (Sánchez y Gutiérrez, op. cit.).
- **Centralidad.** Miembro con base en el cual gira la mayor parte de las interacciones familiares; dicho miembro puede destacarse por cuestiones positivas o negativas.
- **El Desarrollo y el Cambio en la familia.** Por lo general lo que conduce a una familia a terapia son los síntomas de uno de sus miembros; éste es el paciente identificado, quien es mantenido por el sistema o sirve para mantener el sistema. La familia enfrenta constantemente requerimientos de cambio, una familia disfuncional es un sistema que ha respondido a estos requerimientos de cambio estereotipando su funcionamiento. En la terapia, la reestructuración del sistema familiar conduce a un cambio en la forma en que las personas se relacionan entre sí.

Técnicas Terapéuticas del modelo estructural

Entre los elementos básicos para iniciar una terapia estructural se encuentran las **Operaciones de Asociación**, las cuales se refieren a los métodos que utiliza el terapeuta para la crear un sistema terapéutico y situarse a sí mismo como líder. De acuerdo a Minuchin (1985), las operaciones de asociación son: acomodamiento, mantenimiento, rastreo y mimetismo. Igualmente utiliza diferentes posiciones de aproximación a los pacientes, como parte de las técnicas de coparticipación. A partir de estas operaciones también hace un diagnóstico y establece el contrato terapéutico con la familia.

Para hacer el diagnóstico, Minuchin (op. cit.) toma en los siguientes elementos:

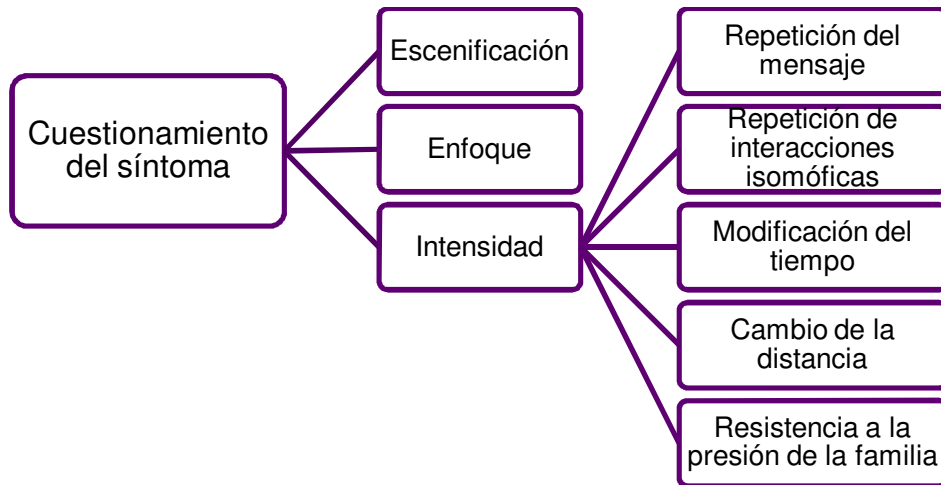
1. Estructura, pautas preferidas y alternativas disponibles.
2. Flexibilidad del sistema.
3. Resonancia del sistema, sensibilidad a acciones individuales.
4. Contexto, fuentes de apoyo y estrés.
5. Estadio de desarrollo.

6. Forma en que los síntomas son utilizados para el mantenimiento de pautas preferidas.

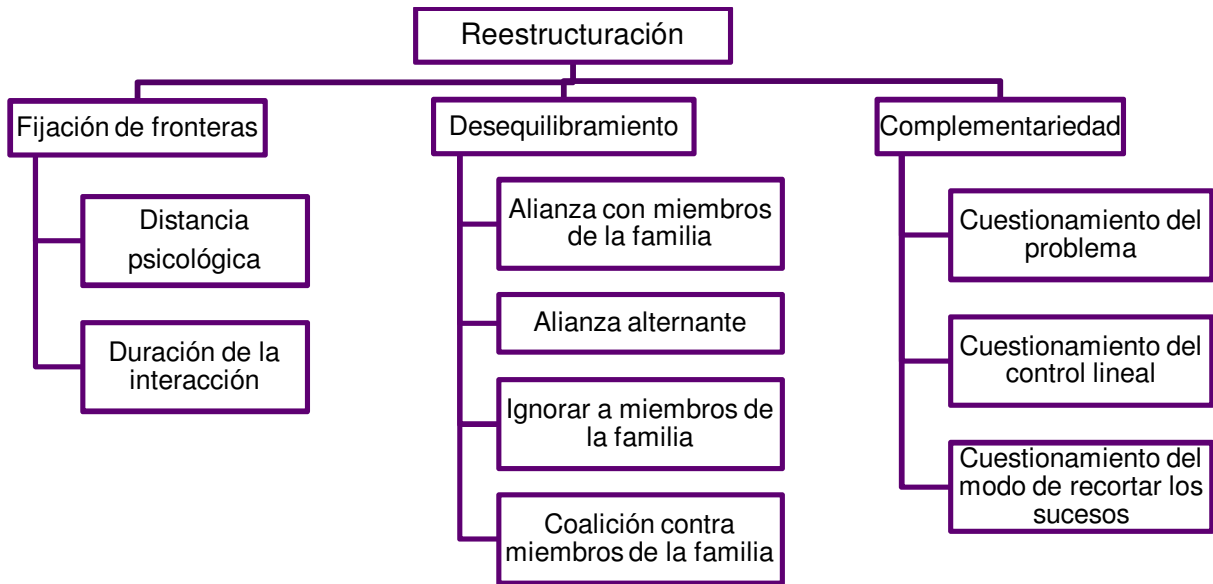
Operaciones de Reestructuración de la familia. Las operaciones de reestructuración son las intervenciones que una familia debe enfrentar en el intento de lograr un cambio terapéutico. En la reestructuración el terapeuta opera como director y como actor, crea escenarios, coreografía, esclarece temas, se usa a sí mismo, se incorpora a alianzas y coaliciones, fortalece o debilita límites y enfrenta o apoya las pautas transaccionales, utiliza el liderazgo para plantear desafíos a los que la familia debe acomodarse (Minuchin, op. cit.).

De acuerdo a Minuchin y Fishman (1998), las estrategias de reencuadramiento son:

1. Cuestionamiento del síntoma: se cuestiona la definición que la familia da del problema; puede ser directo o indirecto, explícito o implícito. El objetivo es modificar la concepción del problema para que las personas busquen respuestas diferentes.

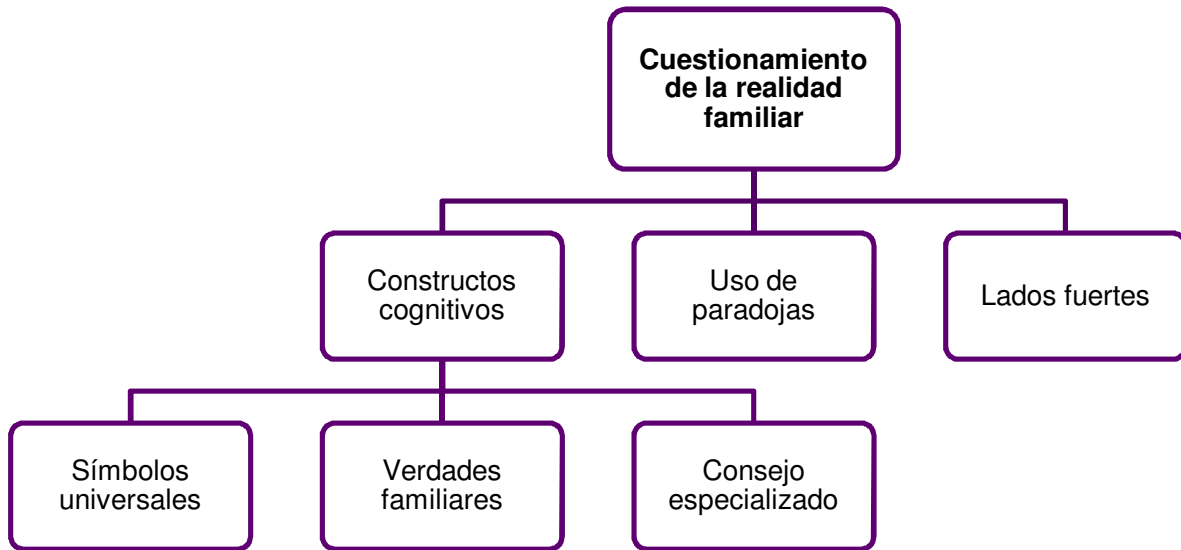


2. Reestructuración: aumentar o disminuir la proximidad entre los miembros de los holones puede dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar.



3. Cuestionamiento de la realidad familiar: una familia no sólo tiene una estructura, sino un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman la organización familiar; ambas dimensiones se apoyan entre sí, cualquiera puede ser la vía de acceso para la terapia, la intervención terapéutica siempre influirá sobre ambos niveles. Todo cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo, y todo cambio en la visión del mundo será seguido por un cambio en la estructura.

Minuchin se basa en el esquema de Peter Berger y Thomas Luckman (1967), quienes distinguen 4 niveles de legitimación de las instituciones sociales; este esquema es útil para analizar la validación familiar. El primer nivel es el simple vocabulario o la presentación de la realidad por medio del lenguaje. El segundo nivel de legitimación contiene esquemas explicativos simples que confieren sentido a los hechos (historias y mitos de la familia). El tercer nivel de legitimación contiene la teoría explícita, los conocimientos del terapeuta para marcar lo normal y lo atípico. El cuarto nivel es el universo simbólico, así, el terapeuta puede recurrir a estas realidades universales para cuestionar la lealtad que los miembros de la familia guardan a su realidad peculiar.



Reflexiones

Sin duda alguna, la terapia estructural representa un modelo fundamental para todo terapeuta familiar porque desarrolla un modelo de la estructura familiar que facilita mucho la comprensión de la dinámica y funcionamiento familiar y brinda muchas e importantes técnicas para el diagnóstico e intervención con familias. Considero que este modelo proporciona una base para trabajar con problemáticas familiares frecuentes porque a partir de sus conceptos básicos, es muy sencillo identificar y sistematizar los elementos estructurales que explican la problemática actual y los puntos de intervención, ya que se parte de la premisa de marcar límites adecuados entre subsistemas y de que al modificar la estructura también cambiará la situación de cada uno de los miembros de la familia. Por lo tanto, lo considero un modelo muy práctico y esquemático para el manejo de conflictos en las interrelaciones familiares.

Terapia breve del MRI

Introducción

El Modelo de Terapia Breve de Palo Alto surge en uno de los proyectos del Mental Research Institute (MRI): el Brief Therapy Center y es desarrollado por Richard Fisch, John Weakland y Paul Watzlawick. Dicho centro, fue creado en 1966, por Richard Fisch. Bajo su dirección se comenzó a investigar los fenómenos correspondientes al cambio humano. Cuando se fundó este centro se tenía experiencia en la investigación de la

intercomunicación humana y en psicoterapia interaccional, la cual también se desarrollaba en Palo Alto con Gregory Bateson junto a Don D. Jackson (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1999).

El trabajo del MRI se centró en hallar conceptos intermedios entre las grandes teorías de Bateson y la práctica terapéutica, poniendo énfasis en la interacción y en el modo en que las personas se comunican entre sí.

Los miembros del equipo de Palo Alto, intentaban comprender la función del síntoma en la familia observando la interacción que ésta tenía sobre el síntoma, y después trataban de llevar a las personas a un tipo de interacción diferente. Para ello, y con el objeto de tener bases más explícitas sobre cómo lograr un cambio en la familia, el equipo emprendió el análisis de las técnicas terapéuticas utilizadas por Don D. Jackson y por Milton Erickson. Asimismo, retomaron algunos principios de dos teorías abstractas y generales pertenecientes al campo de la lógica matemática: la *teoría de los grupos* y la *teoría de los tipos lógicos*.

Principios básicos

Partiendo de la distinción entre la teoría de los grupos y la de los tipos lógicos, el equipo de Palo Alto deduce que existen dos tipos diferentes de cambio: “uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo” (Watzlawick, et al., 1999, p. 30). Al primer tipo de cambio se le llama *cambio 1* y al segundo *cambio 2*; este último es el cambio del cambio. El cambio 2 posee siempre la característica de la discontinuidad o de un salto lógico, se puede esperar que las manifestaciones prácticas del cambio 2 parezcan tan ilógicas como paradójicas.

Una clara distinción entre cambio 1 y cambio 2 puede resultar difícil de realizar en situaciones reales de la vida. El cambio 2 constituye un fenómeno que se da cotidianamente: la gente encuentra nuevas soluciones, los organismos sociales son capaces de autorrectificación, de hecho el criterio más útil para juzgar la viabilidad o salud de un sistema es exactamente aquella capacidad fuera de lo común: que es capaz de auto corregirse con un cambio 2 (Watzlawick, op. cit.).

Otro de los principios de este modelo parte de la observación de que, muchas veces, el abandono de un modo de resolver los problemas es lo que lo resuelve, ya que el fallo reside en la solución intentada y no en la imposibilidad de la tarea: “La relación entre un problema y los intentos de resolverlo se entretajan de manera recursiva: el problema nace de los intentos de resolverlo, al tiempo que las soluciones intentadas nacen de la vivencia del problema” (Keeney & Ross, 1993, p. 96). Por ello, en estos casos el cambio 2 se aplica a la solución, pues ésta es la causa del problema que se intenta resolver.

De acuerdo a Keeney & Ross (op. cit.), el modelo del MRI, construye dos complementariedades recursivas: la primera es la que media entre la conducta problema y los intentos de solución, y la segunda se refiere a la distinción entre conducta y marco cognitivo de la conducta, es decir, entre la conducta y el significado que se le atribuye a la situación.

Es a partir de esta segunda complementariedad que, para la terapia breve del MRI, la tarea de “reestructurar” el marco cognitivo de las personas en relación a la conducta problema, resulta de vital importancia para el tratamiento. De acuerdo a Watzlawick y sus colegas, este concepto se refiere a cambiar el sentido atribuido a una situación:

Reestructurar significa cambiar el propio marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura, que aborde los <<hechos>> correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismos (Watzlawick, et al., 1999, p. 120).

Técnicas del modelo de terapia breve del MRI

En este modelo, planificar resulta imprescindible para aplicar con eficacia la propia influencia del terapeuta y para resolver los problemas con rapidez, pues habitualmente se trabaja con un máximo de 10 sesiones. De acuerdo a Fisch, Weakland & Segal (1984), los pasos recomendados para hacer una planeación adecuada, son los siguientes:

1. Establecer el problema del cliente

2. Establecer la solución intentada por el cliente

3. Decidir qué se debe evitar

4. Formular un enfoque estratégico

5. Formular tácticas concretas

6. Encuadrar la sugerencia en un contexto: "vender la tarea".

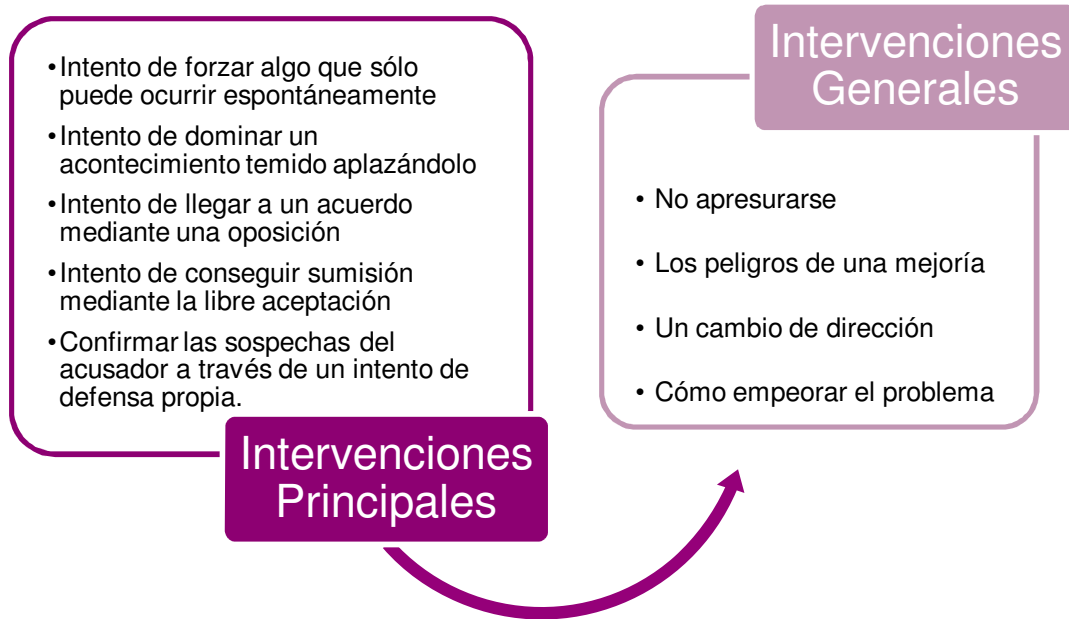
7. Formular objetivos y evaluar el resultado.

Además, es importante destacar que, en este modelo, los fracasos tienen que ver con metas no realistas o inadecuadas, con la intervención elegida, o con la manera de dar las instrucciones. Por eso es indispensable presentar la intervención en un lenguaje que convenza al cliente y que lo haga aceptar y cumplir las instrucciones, para lo cual es importante tomar en cuenta su postura y enmarcar las sugerencias de acuerdo a dicha postura.

Otro aspecto fundamental para aplicar eficazmente las intervenciones es hacer uso de la capacidad de maniobra del terapeuta, la cual se refiere a tener la libertad de actuar y ser capaz de poner en práctica lo que uno juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento, para lo cual Fisch y sus colaboradores (1984) sugieren: tomarse el tiempo necesario, usar lenguaje condicional, una actitud igualitaria, pedirle al cliente que concrete, combinar sesiones individuales y conjuntas, y todo ello, con oportunidad y ritmo.

A fin de lograr el objetivo de la terapia, el terapeuta breve puede intervenir principalmente en 2 sentidos: impidiendo que el cliente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetración del problema; o bien, en los casos adecuados, rectificando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la

necesidad de continuar bajo tratamiento. En ambos casos el terapeuta debe decir o hacer algo que provoque dicho cambio (Fisch, et al., 1984). Así, en este modelo hay dos categorías de intervenciones planificadas:



Intervenciones principales

1. El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo

A esta categoría corresponden los pacientes que padecen una dolencia relativa a ellos mismos, suelen ser problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico. Normalmente el rendimiento de estas actividades es fluctuante, pero la mayoría de las personas no concede importancia a estas fluctuaciones. En cambio el paciente se esfuerza deliberadamente para asegurar un rendimiento que sólo puede obtenerse de modo espontáneo o involuntario.

La estrategia global para solucionar estos problemas se centra en invertir el intento del paciente de superar el problema, pidiéndole que fracase en su intento. Hay dos formas de hacerlo: explicarle al paciente que es importante provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico, o bien, que hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial hacia su control definitivo.

2. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

Los pacientes que se ven atrapados por esta contradicción suelen quejarse de estados de terror o de ansiedad, por ejemplo, fobias, timidez, bloqueos en la escritura o en otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento y fenómenos similares. Estos pacientes consideran que el acontecimiento temido es algo que no están en condiciones de dominar. Su intento básico de solución consiste en prepararse para el acontecimiento temido, de modo que pueda ser dominado con antelación.

Lo que se requiere son directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al mismo tiempo que le exigen una ausencia de dominio (o un dominio incompleto) de ella. Esto es, exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que acabe con éxito.

3. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

Los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración. Entre estos problemas se cuentan las riñas conyugales, las disputas entre padres e hijos, disputas entre compañeros de trabajo, y problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada.

Las personas aquejadas por este tipo de problemas ensayan la siguiente solución: sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias, esto es, exigir a la otra parte que los trate como si fueran superiores.

Un modo de impedir esta solución consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad. La intervención en estos problemas exige que el terapeuta se preocupe por la formulación o “venta” de la intervención más que de establecer cuál es la acción concreta que debe realizar el cliente.

4. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación

Esta solución refleja el intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación: “Me gustaría que lo hiciera, pero todavía me gustaría más que quisiera hacerlo”. Es así como se hacen peticiones indirectas que son respondidas con rechazos indirectos. Es frecuente este intento de solución en problemas entre padres e hijos, en situaciones conyugales, y cualquier situación en donde una persona intenta obtener sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo tal sumisión.

La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente. El terapeuta tiene que solucionar el problema de hallar una forma de influir sobre el cliente con objeto de que lleve a cabo esta variación; para esto se puede redefinir la benevolencia del paciente, sus peticiones indirectas, como algo inconscientemente destructivo, y redefinir como algo benéfico aquello que el cliente quizás considere destructivo: las solicitudes directas.

5. La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

En esta clase de problemas, por lo general hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, exceso de bebida, delincuencia, falta de honradez. Lo típico es que el sujeto A formule acusaciones acerca del sujeto B, y que este responda mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa.

El juego se acabaría si una de las partes abandona su papel repetitivo; la única forma en que el acusador pueda entender mejor su errónea acusación consiste en que el defensor acepte las acusaciones, sobre todo si tal aceptación se lleva en un grado obviamente absurdo. Este juego también puede finalizar mediante una intervención llamada “interferencia”. Se trata de una intervención diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, esto se ejemplifica en la petición que hace el terapeuta de fingir el síntoma al azar por parte del defensor.

Por otro lado, están las **intervenciones generales**, las cuales pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento y son lo bastante flexibles como para usarse en una amplia gama de problemas.

1. No apresurarse. Al cliente se le dice que no haga nada, solamente se le dan instrucciones generales y vagas: “Sería importante que esta semana no hiciese nada que provoque ulteriores avances”. La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa. El mandato de no apresurarse a menudo habrá que darlo muy pronto a aquellos clientes cuya solución ensayada consiste en esforzarse mucho, o a aquéllos que hacen presión sobre el terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa.

2. Los peligros de una mejoría. Si el cliente comprueba que la mejora no es un lecho de rosas, se sentirá menos obligado a forzarse a sí mismo para rendir más. Para lograrlo se le pregunta al paciente si puede reconocer los peligros inherentes a la solución del problema, el terapeuta siempre puede exponer algún posible inconveniente para el cliente o para alguien que se halle próximo a él, de la mejoría. Un único inconveniente dotado de credibilidad justifica la postura del terapeuta según la cual hay verdaderos peligros de una mejoría. Una vez legitimada su postura, el terapeuta puede utilizarla para numerosos objetivos: puede ampliar la postura de no apresurarse, puede aumentar la motivación, utilizando alguna rivalidad con una persona y demostrándole como su mejoría afectaría a su rival; también se puede utilizar para presionar al paciente para que obedezca a nuevos encargos después de que no ha cumplido uno que antes se le había formulado.

3. Un cambio de dirección. Por cambio de dirección se entiende cuando el terapeuta varía de postura, de directriz, o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. El cambio de dirección implica un giro de 180°. Suele requerirse un cambio de dirección cuando no se está avanzando hacia la solución del problema o cuando el cliente insiste en subestimar el camino que le sugiere el terapeuta.

4. Cómo empeorar el problema. Es cuando el terapeuta brinda una sugerencia para que las cosas empeoren. Esto se suele hacer cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo. El terapeuta da paso a la sugerencia con las siguientes palabras: “No se me ocurre sugerirle algo que pueda

ayudarle, pero al menos estoy en condiciones de darle algún consejo concreto sobre cómo conseguir que las cosas vayan peor”. A continuación, el terapeuta expone concreta y pormenorizadamente todas las cosas que el paciente ha estado haciendo para solucionar su problema pero que en realidad servían para exacerbarlo. Como consecuencia los elementos contrarios (aquello que el terapeuta espera que el paciente haga) resultan más fáciles de captar y de seguir. Al mismo tiempo, se hace que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores y se subraya cómo el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

Reflexiones

El modelo de Palo Alto fue uno de los pioneros en el campo de la Terapia Familiar Sistémica y sus aportaciones sirvieron de base para el desarrollo de otros modelos posteriores, sin embargo, este enfoque se conserva vigente y sigue siendo muy efectivo en el tratamiento de múltiples problemáticas familiares. Pienso que una de sus principales innovaciones y parte de lo que lo hace atractivo es la brevedad de sus tratamientos, permitiendo abordar y resolver situaciones complejas con precisión y efectividad, dado que son especialistas en el cambio.

Modelo Estratégico

Introducción

Como antecedentes de la terapia estratégica se pueden mencionar las influencias que recibió Jay Haley en las décadas de los 50's y 60's cuando trabajó con Bateson en su proyecto de investigación sobre la comunicación humana. En esos años trabajó con Don D. Jackson, John Weakland y William Fry. Más tarde trabajó con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en Filadelfia y también retomó algunas ideas de ellos, sin embargo, la principal influencia que recibió para el desarrollo de este modelo es la de Milton Erickson, a quien conoció en 1955 y desde entonces comienza a investigar sobre hipnosis y sus peculiares técnicas terapéuticas. Desde 1963 y hasta el 2003, publicó 19 libros y cientos de artículos en donde puede conocerse a detalle este modelo.

En la obra de Haley se pueden identificar 3 elementos que influyen de forma general y directa: una concepción particular de la comunicación construida en relación con lo expuesto en la obra de Gregory Bateson y John Weakland; un enfoque general de lo que constituye la terapia, derivado de las consultas con Milton H. Erickson y un acercamiento hacia la familia orientado por las ideas de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo (Galicia en Eguiluz, 2004, p. 82).

Cloé Madanes, otra de las representantes de este modelo, menciona: “la terapia familiar estratégica se desarrolló a partir de la terapia estratégica de Milton Erickson” (Madianes, 1993, p. 37). Asimismo, refiere que en este tipo de terapia el terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente, para lo cual establece objetivos claros y diseña una estrategia específica para cada cliente.

Principios básicos

El modelo estratégico parte del principio de que para que se produzca el cambio es necesario actuar, no conversar; por ello, el terapeuta debe de prescribir directivas, ya sean metafóricas o directas. Además, en este modelo es fundamental tomar en cuenta la jerarquía, ya que: “cuando dos personas se reúnen se forma una estructura de comunicación y, en consecuencia, se plantea un problema de poder” (Haley & Richeport, 2006, p. 23).

Haley (1997) menciona que los conceptos centrales que estructuran su terapia son:

1. Problema: la terapia se centra en el problema presentado y redefinido de forma resoluble.
2. Unidad: la unidad de observación e intervención es el triángulo.
3. Secuencia: Se presume la existencia de secuencias repetitivas en la familia
4. Jerarquía: El foco estructural está en la jerarquía familiar.
5. Motivación: Es la hipótesis elegida que explica el síntoma cumpliendo una función positiva en la familia.

Un problema puede definirse en diferentes unidades sociales. Haley (1999) define a un problema como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; así la terapia se concentra, justamente, en una pauta reiterada de comportamientos, de tal forma que un síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social. El terapeuta debe de considerarse a sí

mismo como un miembro más de la unidad social dentro de la cual está contenido el problema, ya que el mismo terapeuta contribuye a definir el problema. Por tanto, el terapeuta debe ver en la terapia a la familia, a los otros profesionales que intervienen, y si es necesario a otras unidades sociales más amplias, como parte de su unidad social.

Otro principio importante a considerar en este modelo, es que para Haley (2007) los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia se disloca o se interrumpe y el síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital. Por ello, la terapia estratégica tiene diferentes metas según la etapa del ciclo vital en la que se encuentre la familia: en la época de galanteo, el éxito es llegar al matrimonio, durante el primer período del matrimonio el éxito es que nazcan los niños, y así sucesivamente, con cada una de las etapas la meta será pasar a la siguiente.

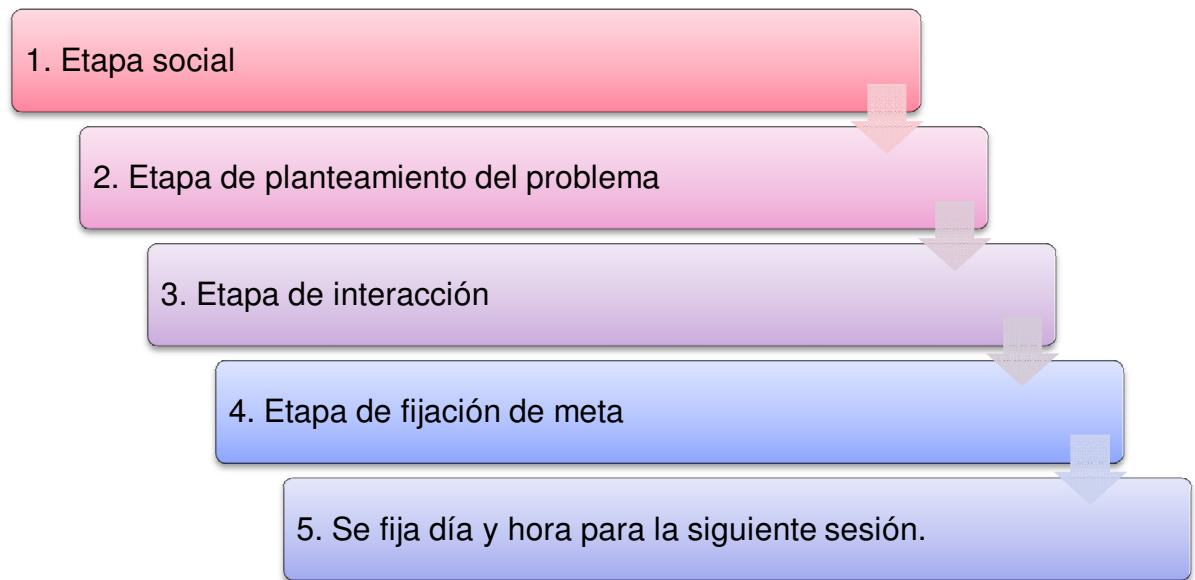
Técnicas del modelo estratégico

El primer paso en este tipo de terapia consiste en fijar un foco claro sobre el problema que se ha de tratar, el cual, se encuentra conectado a las secuencias de interacción de por lo menos tres personas. Por tanto, el terapeuta centra su enfoque en la interacción problema-solución, ya que se busca modificar la organización social que por fuerza desarticulará la relación recursiva entre problema y solución. (Keeney & Ross, 1993).

Los pasos para la definición del problema, de acuerdo a Keeney & Ross (op. cit.) son:

1. Conseguir que se lo exprese metafóricamente.
2. Obtener una descripción específica en función de conducta.
3. Confeccionar un breve resumen de los específicos cambios en cuyo logro ha de trabajar la terapia.

Por ello, Haley (1999) estructura una organización especial de etapas para una primera entrevista:



De esta forma, de acuerdo a Keeney & Ross (1993), la terapia estratégica sigue la siguiente secuencia:

1. Define el problema.
2. Traza distinciones que disciernen su organización secuencial.
3. Estos marcos se contemplan dentro de la perspectiva de una jerarquía social.
4. Se examina el marco con respecto a la estructura política de las coaliciones.
5. Todos estos marcos de referencia se contemplan dentro del marco del ciclo vital.

Por su parte, Inmaculada Ochoa (1995) esquematiza de la siguiente manera el trabajo del terapeuta estratégico:

1. Operacionalizar los objetivos en términos claros y precisos, hacer resoluble el problema.
2. Evaluar la secuencia que mantiene el problema y fijar una meta terapéutica.
3. Se programa un cambio por etapas, la primera es crear una forma de anormalidad diferente a la que presenta la familia para luego ir acercándose a la normalidad.

4. Cuando el paciente identificado es un niño, el terapeuta debe lograr que renuncie a la conducta sintomática en la que reside el poder sobre sus progenitores. Para modificar la conducta del niño, los padres deben abordar sus propias dificultades.
5. En ningún caso se persuade a la familia de que el verdadero problema está en ella y no en el paciente identificado.
6. Una vez diseñada una estrategia terapéutica hay que instrumentarla. Para ello deben anticiparse las objeciones de la familia y motivarles para que hagan lo que sugiere. Generalmente una estrategia terapéutica combina varias intervenciones.
7. Cuando un problema incluye dos generaciones, Haley (1980) propone 3 estrategias:
 - a) Utilizar a la persona periférica.
 - b) Romper la coalición madre-hijo mediante una tarea.
 - c) Unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a superar el problema.
8. Cuando el paciente identificado es un niño, Madanes (1993) menciona 3 estrategias:
 - a) El padre pide al niño que tenga el síntoma.
 - b) El padre pide al niño que simule o imagine tener el síntoma.
 - c) El padre pide al niño que simule ayudarlo.

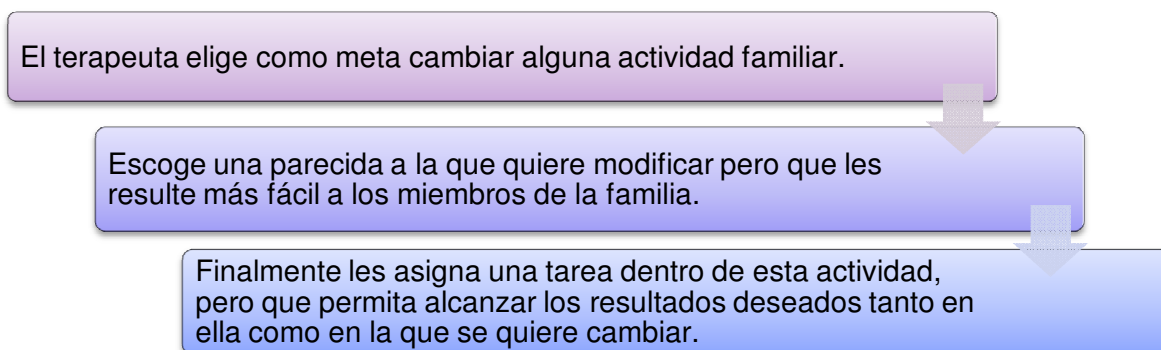
Como se puede observar, la parte central de la terapia consiste en el diseño e implementación de las estrategias terapéuticas. Para ello, Haley utiliza diferentes formas de intervención llamadas *directivas*. Estas directivas son inseparables del diagnóstico. Por lo tanto Haley (1999) propone 2 formas de intervención: las primeras procuran averiguar la manera en que la familia se estabiliza, en tanto que las segundas llevan como principal propósito iniciar el cambio terapéutico. Para diseñarlas, hay que abordar no sólo el problema, sino la secuencia en torno al problema, así como las coaliciones que lo ponen en escena.

Haley (1999) señala que una directiva puede ser todo cuanto se haga en terapia, ya sea una inflexión de la voz, un ademán o silencio. Toda acción del terapeuta constituye un mensaje para el paciente. Hay dos maneras de impartir directivas:

- a) Decirle a la gente lo que debe de hacer con el propósito de que lo cumplan,
- b) Decírselo con el propósito de que no lo cumplan, o sea, de que cambien por la vía de la rebelión.

La primera manera, comprende dos tipos de directivas: a) ordenarle a alguien que deje de hacer algo; b) pedirle que haga algo diferente. La primera opción es una de las directivas más difíciles de hacer cumplir. Para que éstas se lleven a cabo, es preciso gozar de gran prestigio o tener reputación de experto para lograr que alguien abandone su comportamiento habitual con sólo pedírselo. En las directivas de tipo “b”, el terapeuta sólo pide a los miembros de la familia que adopten una conducta diferente a la usual, que prueben nuevos hábitos, dando directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro de la familia (Haley, 1999). Por lo tanto, las directivas impartidas pueden ser directas o paradójicas; sencillas, involucrando sólo una o dos personas, o complejas, englobando a toda la familia (Madanes, 1993).

Haley (1999) afirma que a veces la gente estará más dispuesta a cumplir una directiva si no tiene conciencia de haberla recibido. Un modo de impartir este tipo de directivas consiste en expresarse con metáforas, pero éstas no se expresan sólo con palabras, también hay acciones metafóricas, por ejemplo la forma en que el terapeuta trate a los niños en el consultorio puede influir en el trato que les den sus padres. El proceso para esta técnica es:



Para elaborar una interacción paradójica, Haley (1999) sugiere las siguientes etapas:

1. Establecer una relación que se define como tendiente a provocar el cambio.
2. Definir claramente el problema.
3. Fijar los objetivos con claridad.
4. Ofrecer un plan, dar una explicación lógica que haga razonable una directiva paradójica.

5. Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por autoridad en la materia, que puede ser un cónyuge, la madre, o algún otro miembro de la familia, y explicar que ese individuo no está haciendo lo correcto.
6. Impartir la directiva paradójica.
7. Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual.
8. A medida que continúa el cambio, el terapeuta deberá evitar que se le acredite como un logro de él, dado que ello significaría aceptar que las recaídas están en relación con el terapeuta. Una forma es mostrarse perplejo ante la mejoría.

Muchas de las intervenciones características del enfoque estratégico se retoman de la hipnosis ericksoniana. Para Haley (2007) la palabra hipnosis no alude a un ritual o estado, sino a un tipo de comunicación entre la gente, por lo que puede estar presente en una amplia variedad de situaciones, particularmente en las relaciones terapéuticas. En su libro “terapia no convencional” Haley establece paralelos entre la hipnosis y la terapia, en términos de metas, procedimientos y técnicas específicas para el tratamiento de la resistencia, por ello retoma de Milton Erickson las siguientes técnicas:



Otra de las intervenciones características de este modelo son las llamadas *ordalías*, en las cuales la tarea del terapeuta consiste en imponer una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar y, a la vez, más severa que ese problema, el requisito de la ordalía es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Si no es lo bastante rigurosa para extinguir el síntoma, casi siempre se puede aumentar la magnitud hasta que lo sea. Es conveniente que la ordalía beneficie a la

persona, por ejemplo: hacer ejercicio, perfeccionamiento espiritual, dietas saludables, el sacrificio por otros y todas actividades de autosuperación (Haley, 2006).

Para Haley (op. cit.) existen diferentes tipos de ordalía: se puede dar de manera directa, puede ser paradójica, utilizando la misma conducta sintomática como ordalía, el propio terapeuta puede utilizarse como ordalía utilizando la propia terapia o los honorarios, o bien, también se pueden diseñar ordalías que involucren a dos o más personas, de acuerdo a la unidad que comprenda el problema.

También es importante mencionar que, además de estas técnicas, en este enfoque está permitido tomar elementos de todos los modelos y técnicas terapéuticas sistémicas que podrían ser útiles para solucionar el problema presentado, pues se trata de un método pragmático que se vale de muy diversas estrategias para resolver el problema (Madanes, 1993).

Reflexiones

Me gustaría retomar los comentarios de Bertrando & Toffanetti (2004), cuando dicen que para Haley las relaciones humanas son una lucha incesante por decidir quién dicta las reglas y que incluso los síntomas psiquiátricos son maniobras de poder dentro de una relación, por lo que el terapeuta debe lograr a su vez resolver esas luchas jerárquicas, venciendo y manteniendo por todos los medios su propia jerarquía. En esencia el síntoma es una unidad comunicativa útil para controlar a los otros. Esto significa que el paciente es el controlador que usa el poder que le conceden a través del síntoma, y los otros miembros de la familia son los controlados que lo aceptan. Esta lectura lineal de la función sistémica del síntoma no satisface a Bateson, del mismo modo que no hubiera compartido cualquier otra lectura lineal. La hipótesis de Bateson en cuanto a la función y al valor del síntoma en el sistema es indudablemente una hipótesis circular: el síntoma es efecto y causa, antecedente y consecuencia, en redes cibernéticas complejas de condicionamientos recíprocos.

Asimismo, me parece relevante mencionar que las principales diferencias del enfoque estratégico con el del MRI, es que éste se centra en las jerarquías, aborda secuencias de interacciones más amplias en relación a la conducta problema, no tiene un número de

sesiones definidas ni se fija en las soluciones intentadas y éste le da más importancia a la etapa del ciclo vital de la familia. Además, el modelo estratégico propone intervenciones que involucren al menos dos conductas y consideren los triángulos de los que habla Haley; por estas características, considero que éste es un modelo un poco más complejo que, por ejemplo, el modelo estructural o el del MRI. Como similitudes encuentro que ambos son modelos muy pragmáticos y orientados al cambio, y por ello me parecen excelentes guías para llevar a cabo procesos terapéuticos breves y exitosos.

Terapia Centrada en Soluciones

Introducción

La terapia enfocada en soluciones “es un método que se centra en los recursos de las personas más que en sus déficits, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones.” (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990, p. 9).

Si observamos la historia de la psicoterapia, podemos notar que en los años 60 la terapia dejó de orientarse en el pasado y se centró en el presente o el famoso “aquí y ahora”. A partir de entonces, los terapeutas se interesaban por el mantenimiento del síntoma en el presente, y por los datos que pudieran confirmarse en el presente. Ahora la terapia está evolucionando hacia una orientación dirigida hacia el futuro, a la que no interesa cómo surgieron los problemas ni incluso cómo se mantienen, sino cómo se resolverán. Así, en esta propuesta no hay diagnósticos correctos o incorrectos, ni teoría acertada o errónea, sino solamente datos acerca de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos.

O’Hanlon y Weiner-Davis (1990) reconocen la influencia de Jay Haley y Thomas Szasz, pues éstos les dieron la idea de que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, porque cuando son tratadas como gente normal, tienden a actuar de modo más normal. También reconocen las opiniones de Bandler y Grinder, Minuchin, Virginia Satir, Ivan Nagy, Carl Whitaker, Madanes y Mara Selvini, pues todos ellos también trabajan con los lados fuertes de sus clientes. Sin embargo, los precursores más influyentes de este modelo son Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del MRI y el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC), donde Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, crearon el modelo llamado “terapia breve centrada en las soluciones” como tal.

De Milton Erickson retomaron múltiples aportaciones, entre ellas, “el enfoque de la utilización”, que se refiere a emplear todo lo que el cliente le presenta: resistencias, síntomas, creencias rígidas y demás, y esto se utiliza activamente como parte de la solución. Igualmente retoman la idea de que los clientes tienen los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitan, que si la enfermedad puede surgir de repente, la terapia puede darse igual de pronto, y el tener expectativas positivas al dirigir una sesión, puede facilitar el encontrar soluciones. Otra influencia ericksoniana importante fue la técnica “de la bola de cristal”, que consistía en dirigir al paciente hacia un tiempo en el futuro, cuando su problema estuviera resuelto, y entonces pedirle que le contara cómo había resuelto sus dificultades.

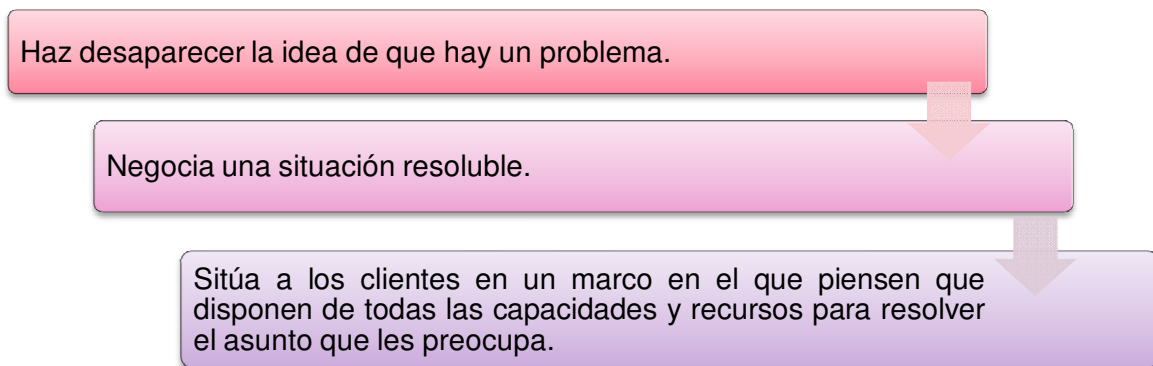
De acuerdo a Steve de Shazer, el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a terapia para resolverlos; es más importante la naturaleza de las soluciones. A partir de esta idea, el equipo del BFTC desarrolló una serie de técnicas que probaron ser altamente efectivas, entre las que desatacan las prescripciones y tareas invariables que denominaron “tareas de fórmula”. Del mismo modo desarrollaron la “pregunta del milagro” y la “pregunta de la excepción”, que fueron diseñadas para centrar la atención del cliente en el futuro y crear expectativas de cambio, reorientando a la persona o familia a fijarse en las cosas buenas de su situación y observar más las cosas que van bien. (O’Hanlon & Weiner-Davis, op. cit.).

Principios básicos

- Los clientes tienen los recursos y fortalezas para resolver sus quejas.
- El cambio es constante.
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
- Los clientes definen los objetivos.
- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.

- No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.
- Es importante centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.

Como terapeutas influimos mucho sobre las percepciones y la experiencia que los clientes tienen de su situación. Por ello, hacemos preguntas que generan información acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos de las personas. Así, si los problemas son negociables se podría también negociar un problema que fuera posible, incluso fácil de resolver. Por tanto, para co-crear problemas resolubles O’Hanlon y Weiner-Davis, (op. cit.) recomiendan:

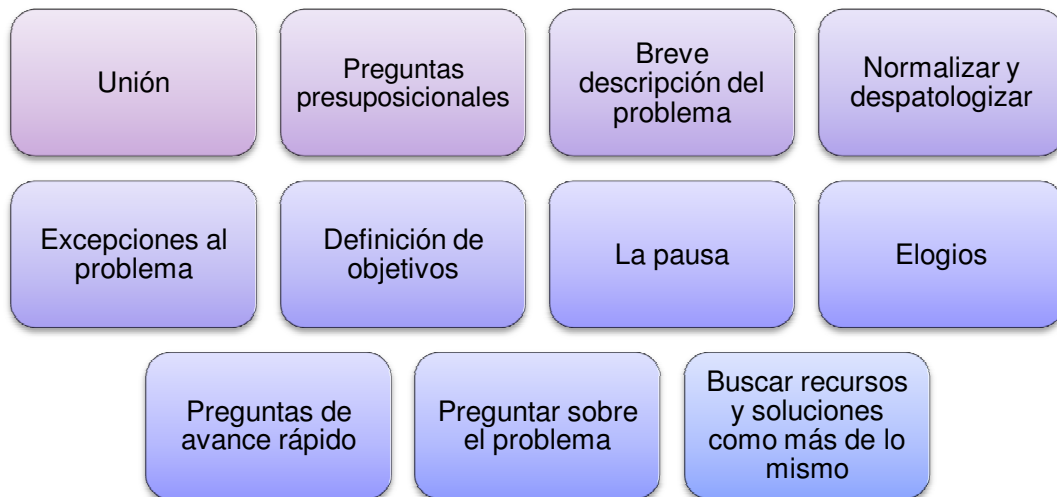


Asimismo, el lenguaje se puede utilizar para solidificar ciertos puntos de vista, pero también se puede usar como instrumento para cuestionar certezas inútiles. Para ello, O’Hanlon & Weiner-Davis (op. cit.) sugieren:

- a) Adaptarse al lenguaje del cliente.
- b) Adoptar la modalidad sensorial del cliente.
- c) Encauzar el lenguaje del cliente.

Técnicas Terapéuticas

Los componentes de la entrevista centrada en las soluciones:



Unión. Se charla sobre cualquier cosa distinta de la que podría considerarse la razón por la que asisten a terapia. El objetivo es mostrarles interés y ayudarles a que se sientan cómodos. (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990)

Preguntas Presuposicionales. Al contestar a estas preguntas los clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable. Se ha observado con frecuencia que durante la primera sesión los clientes hablan de cambios que se han observado entre la llamada para pedir consulta y la primera entrevista, por lo cual se recomienda comenzar con la terapia con estas preguntas, por ejemplo: “¿Cómo se ha dado cuenta que la situación por la que vino a terapia a comenzado a cambiar?” (O’Hanlon & Weiner-Davis, op. cit.).

Breve descripción del problema. O’Hanlon & Weiner-Davis (op. cit.) señalan que, habitualmente en este punto la pregunta siguiente es: “¿Qué te trae por aquí?”. Tras una breve exposición del problema, hacemos una serie de preguntas para extraer información sobre las excepciones del problema: las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, y las fuerzas y recursos de la persona.

Normalizar y despatologizar. Muchas de las dificultades que llevan a la gente a terapia tienen que ver con eventos causales, por lo tanto no las vemos como manifestaciones patológicas, sino como dificultades ordinarias de la vida. Esta normalización de la

conducta puede hacerse de forma directa, o se pueden introducir dudas en las creencias que no son especialmente útiles (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990).

Excepciones al problema. Las excepciones a los problemas se pueden identificar examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no. Con frecuencia los clientes necesitan hacer más de lo que ya les está dando resultado, hasta que el problema deje de existir (O'Hanlon & Weiner-Davis, op. cit.).

Definición de objetivos. Aunque es responsabilidad de los clientes decirnos qué cambios quieren que ocurran, debemos asegurarnos de que sus objetivos sean alcanzables y lo bastante concretos como para que sepamos cuando ya los hemos alcanzado, por esto, debemos ayudar a los clientes a concretar los objetivos hacia conductas y acciones específicas.

La pausa. Una parte importante de la terapia es hacer una pausa durante la sesión para consultar con el equipo. Esto también se puede hacer cuando el terapeuta trabaja solo, se le puede decir a los clientes que les gustaría tomarse una "pausa para pensar" y salir durante unos minutos. Al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante y concluyente. Después, se hace un resumen de las cosas bien hechas, de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, y finalmente, una prescripción o tarea (O'Hanlon & Weiner-Davis, op. cit.).

Elogios. Es importante aprovechar cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas. Generalmente al proporcionar feedback, el terapeuta señala a los clientes lo que ya han hecho para empezar a resolver el problema. Se puede hacer uso de la reestructuración o connotación positiva, dando un nuevo significado a la descripción del problema. Esto puede conseguirse adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas.

Preguntas de avance rápido. Cuando los clientes son incapaces de identificar excepciones o soluciones pasadas, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas al futuro o "preguntas de avance rápido". Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo lo ven.

Una manera de hacer esto es plantear una variante de la “**pregunta del milagro**” desarrollada en el BFTC. “Supón que sucede un milagro y te despiertas mañana y tu problema está resuelto: ¿qué sería diferente?”. Cuando las personas describen su milagro, el terapeuta puede preguntar: “¿Hay algo de esto que ya esté ocurriendo?” Esto renueva la búsqueda de excepciones. Además el terapeuta se asegura de que el cliente tiene claro cuáles son los pequeños pasos que ha de dar antes de que el milagro pueda realizarse (O’Hanlon & Weiner-Davis, op. cit.).

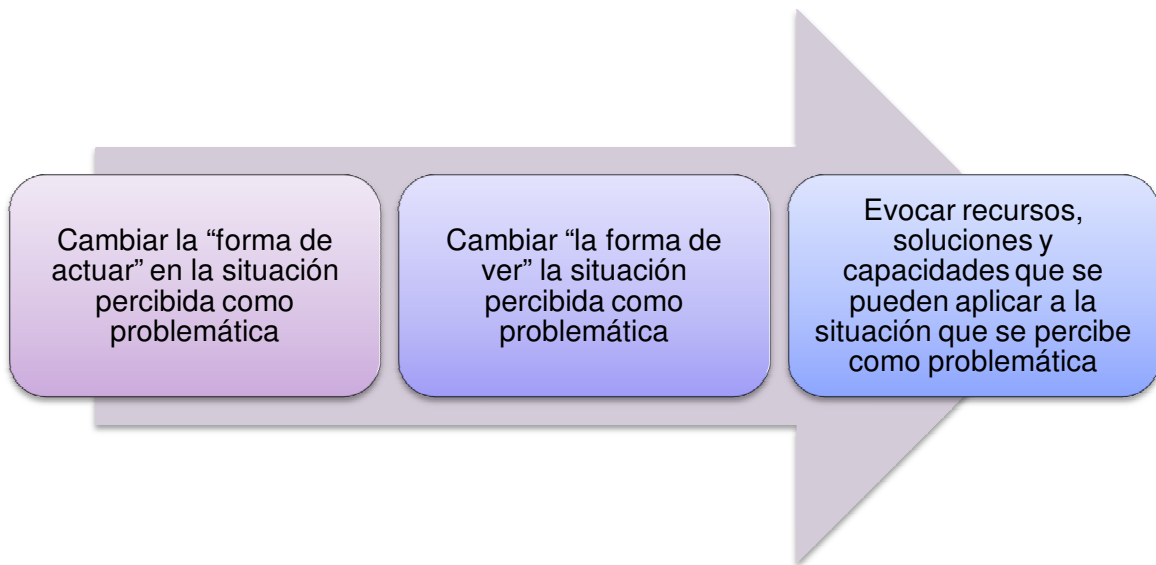
Preguntar sobre el problema. Si los clientes no son capaces de describir excepciones, o de contestar a las preguntas orientadas al futuro, la siguiente línea a seguir es reunir información detallada sobre el tema. Se puede retomar el enfoque del MRI para preguntar sobre el problema. “Ocasionalmente aparece una excepción mientras estamos investigando una secuencia problemática. Rápidamente preguntamos sobre ella, y si esta línea parece fructífera, es decir si lleva a más información sobre excepciones, abandonamos la investigación centrada en los problemas” (O’Hanlon & Weiner-Davis, op. cit., p. 125).

Buscar recursos y soluciones como más de lo mismo. Hay ocasiones en que el adoptar una actitud positiva lleva a los clientes a ser negativos. O’Hanlon y Weiner-Davis (op.cit.) señalan que cuando esto ocurre se puede cambiar de dirección y centrarnos en el problema, o bien, adoptar una actitud pesimista y observar qué pasa.

En las sesiones siguientes, nuestra pregunta inicial es una pregunta presuposicional cuidadosamente formulada que expresa nuestra certeza de que han hecho la tarea y de que han sucedido cosas buenas; además, es específica y no vaga. Una vez que los clientes dan a nuestra pregunta inicial alguna respuesta positiva, hacemos preguntas sobre las excepciones, pues esto amplía los cambios. Es importante hablar durante el mayor tiempo posible sobre los cambios y los aspectos positivos de esos cambios y usar verbos en pasado para las ocasiones en que solía darse el problema.

Otras Prescripciones para el Cambio

De acuerdo a O’Hanlon y Weiner-Davis (op. cit.), en la terapia orientada hacia las soluciones son tres las cosas que intentamos hacer:



Intervención sobre patrones. En la terapia tratamos de alterar las pautas individuales y sociales introduciendo en ellas un pequeño cambio. Encontramos los puntos de orden en el aparente caos de la situación que presenta el cliente y perturbamos sistemáticamente estos organizadores del patrón. Así, se puede intervenir sobre el patrón de la queja, o sobre el patrón del contexto.

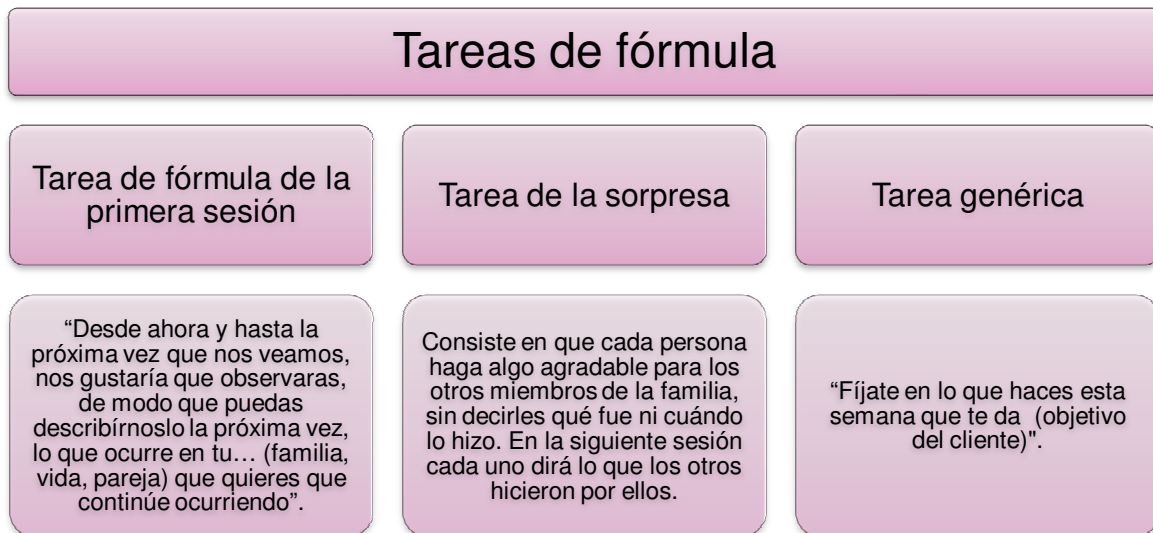
Intervención sobre el patrón de la queja. Para hacer una intervención sobre el patrón de la queja, basta con cambiar alguno de los elementos del patrón, como puede ser: la frecuencia, el tiempo, la duración, el lugar, la secuencia, añadir un elemento nuevo, descomponerlo en partes pequeñas o unirlo a una actividad gravosa.

Intervención sobre el patrón del contexto. También se pueden alterar las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan a la queja. Aunque estos patrones que acompañan a la queja no están directamente involucrados con ella, alterarlos puede producir un cambio en el contexto de la queja, lo que puede llevar a su resolución. Para ello, el terapeuta debe alterar las acciones e interacciones que parecen acompañarla habitualmente.

Hipnosis orientada a Soluciones. En la hipnosis orientada a las soluciones pretendemos despertar capacidades que el cliente ya tiene, pero que no ha empleado en el contexto del problema. Una manera de evocar estas habilidades, es simplemente hablar de experiencias que pertenecen a la misma clase de soluciones que se quieren evocar. También se puede hacer uso de la ilusión de alternativas o, se le puede pedir a la

persona en trance que nos diga qué hay que hacer para resolver el problema presentado a través de sus recursos inconscientes (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990).

Preguntas de escala. Se pide a los clientes que valoren, sobre una escala del 1 al 10, su situación antes de venir a terapia, o cuando las cosas no estaban yendo bien. Después se les pide que valoren la última semana en la misma escala. Finalmente se les pregunta en qué lugar de la escala tendrían que situarse para sentirse satisfechos. Esto proporciona a los clientes la oportunidad de reconocer que las cosas no tienen que ser perfectas para ser satisfactorias. También se puede preguntar qué podrían hacer para obtener su calificación satisfactoria (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990).



Reflexiones finales

Debo decir que este modelo terapéutico me agrada bastante porque saca a relucir lo mejor de las personas, me ha permitido ver el mundo con otros ojos, ver a mis pacientes como personas maravillosas, llenas de cualidades y con el potencial de aplicar soluciones que quizás a mí nunca se me ocurrirían. Por ello, seguir este modelo en la terapia me parece un ejercicio que favorece el crecimiento personal no sólo del paciente, sino también del terapeuta, pues nos invita a descubrir con ellos nuevas posibilidades de resolver las cosas y de reconectarnos con nuestros recursos, sobre todo en los momentos de crisis, de enfermedad, de transición, y demás situaciones críticas que, una vez superadas, nos aportan muchos aprendizajes y mayores fortalezas.

Me parece un modelo realmente fiel a las convicciones de Milton Erickson en cuanto al principio de que las personas tienen todos los recursos que necesitan para salir adelante. Creo que seguir este modelo también me invita a cambiar mi propia epistemología, no sólo para hacer terapia sino para mi manera de ver y vivir la vida. Además, este cambio epistemológico se puede observar en otros campos, en la población general lo notamos con el éxito de materiales que promueven el desarrollo de un pensamiento más optimista y positivo. He llegado a escuchar que hay quienes critican este modelo por ser superficial, quizás por la brevedad de sus tratamientos, pero ahora que lo conozco más a fondo puedo ver que no es nada superficial; por el contrario, puede llegar a ser una terapia muy espiritual, donde la persona se reconecta no sólo consigo mismo sino con sus propios recursos, con las personas de su entorno, e incluso, con su ser superior, que suele ser uno de los recursos terapéuticos más fuertes que ayudan a las personas a salir adelante.

Modelo de Milán

Introducción

La historia del modelo de Milán se remonta al año de 1967, cuando los miembros del equipo inicial se conocieron y comenzaron a trabajar juntos:

En 1967, Boscolo y Cecchin se incorporaron a un grupo de ocho psiquiatras, organizado por Mara Selvini Palazzoli, analista de niños en Milán. El grupo se proponía tratar niños gravemente perturbados, junto con sus familias; empero, su orientación era psicoanalítica y, al principio, se debatieron con el problema de la manera de aplicar los conceptos analíticos a las familias. Fue un esfuerzo apasionante, pero desalentador (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 2003, p. 19).

Fue así como en 1971, Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin, se separaron del grupo inicial con el objetivo de adoptar el modelo sistémico en su trabajo y para ello fundaron en Milán el “Centro per il Studio della Famiglia” (Boscolo et al., 2003). Este fue el primer paso de lo que más adelante sería conocido como el “Modelo de Milán”, creado por estos cuatro psiquiatras que decidieron abandonar el psicoanálisis para comenzar a aplicar el modelo sistémico.

Durante este periodo, el equipo se reunía 2 veces por semana, en horarios limitados, para atender familias con un miembro psicótico. Más tarde, para avanzar más, solicitaron a

Paul Watzlawick que los supervisara durante varias semanas. El grupo trabajó en equipos de 2, empleando una pareja heterosexual para el trabajo terapéutico mientras la otra pareja observaba detrás del espejo. Esta distribución respondía a que querían alcanzar “un mayor equilibrio fisiológico en la interacción entre los dos coterapeutas, y entre éstos y la familia” (Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1994, p. 21) y para evitar caer en los estereotipos culturales sobre los sexos.

De acuerdo a Boscolo y sus colaboradores (2003), en 1972, el grupo quedó impresionado por los tratamientos y la investigación de familias que se realizaban en Estados Unidos bajo la inspiración de Gregory Bateson. A partir de ello, su trabajo se vio enormemente influido por la obra del MRI, y posteriormente por los escritos de Bateson.

En 1975 tuvo lugar un acontecimiento que cambió notablemente nuestro modo de pensar y de hacer terapia: la lectura, o mejor dicho el estudio, del libro *Versu un'ecologia della mente* de Gregory Bateson (1972), que abrió nuevos horizontes. Los intentos de utilizar la nueva epistemología de Bateson llevaron a modificar y enriquecer el modelo con muchos elementos nuevos, que tuvieron el efecto de hacernos ir más allá del aspecto estratégico y desarrollar un modelo estratégico <<puro>> que comenzó a ser conocido como <<el Modelo o Enfoque de Milán>> (Boscolo & Bertrando, 2000, p. 23).

A partir de ese momento, “el interés se desplaza de los síntomas, a los patrones de comportamiento, a las premisas epistemológicas y a los sistemas de significado, desde el tiempo presente a un marco temporal que comprende pasado, presente y futuro” (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 209). Así, cambiaron su concepción de los problemas familiares y los empezaron a ver como la consecuencia de las convicciones o premisas familiares, con lo cual, la tarea del terapeuta se convirtió en “crear un contexto de deuteroprendizaje donde los clientes puedan descubrir las soluciones por sí mismos” (Bertrando & Toffanetti, op. cit., p. 209). A partir del trabajo bajo estas premisas, el equipo desarrolló los principios que sustentan la conducción de sus sesiones y que publican en el año de 1980 en el artículo de “Hipotetización, circularidad y neutralidad”.

Con su forma de trabajar, el equipo de Milán introdujo varias innovaciones técnicas significativas a la terapia familiar, entre las que destacan: el equipo basado en relaciones paritarias, el hacer las intervenciones a nombre del equipo, la subdivisión de las sesiones en 5 partes, los intervalos de un mes entre sesiones, la connotación positiva y los rituales terapéuticos, entre otras (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

En 1980, Boscolo y Cecchin se separaron de Selvini y Prata y continuaron centrándose en la formación de terapeutas, mientras que Selvini y Prata se dedicaron a la investigación. (Boscolo et al., 2003). Bertrando y Toffanetti (2004) señalan que la última ocasión en que se reunieron los cuatro fue en 1996, en un seminario. Mara Selvini Palazzoli se retiró en 1998 y murió en junio de 1999. Gianfranco Cecchin murió en febrero de 2004.

A partir de su separación, Selvini Palazzoli y Prata se mostraron poco interesadas en la pura técnica terapéutica e indagaron en el pasado de la familia y en los patrones transmitidos de generación en generación. En 1979 crearon la <<prescripción invariable>>, como un medio no sólo para tratar a las familias, sino también para entenderlas. Para 1981, Selvini Palazzoli, constituye un nuevo equipo con 3 psicólogos: su hijo Mateo Selvini, Stefano Cirillo y Anna Maria Sorrentino. Ellos se centraron en la investigación y crearon los seis estadios del juego psicótico, definitivamente formalizados en 1988 en el libro *Los juegos psicóticos de la familia* (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

Por su parte, Boscolo y Cecchin siguieron impartiendo el programa en el viejo centro, que heredaron y rebautizaron como el <<Centro Milanese di Terapia della Famiglia>>, y a partir de su encuentro con Maturana y Von Foerster, incorporaron ideas de la Cibernética de segundo orden y del Constructivismo a su trabajo. Ellos dejaron de pensar que un síntoma era invariablemente correspondiente a una cierta configuración familiar. A partir de entonces, Boscolo desarrolla un notable interés por el tema del tiempo y Cecchin reformula el principio de neutralidad como un estado de <<curiosidad>> (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

Recapitulando, Boscolo y Bertrando (2000) explican la evolución epistemología del modelo de la siguiente manera:

Al principio recurrimos al enfoque estratégico-sistémico utilizado en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto en los años 1971-1975; después, al enfoque sistémico de Milán, como llegó a desarrollarse en el decenio de 1975-1985, y luego, al mismo modelo, enriquecido primero por las contribuciones del constructivismo y de la cibernética de orden segundo, y después por el construccionismo, la narrativa y la hermenéutica. Todos los aportes teóricos citados han dejado – y no podía ser de otra manera- huellas significativas en el modelo actual, al que por esa razón hemos atribuido, además de la definición de <<sistémico>>, la definición de <<epigenético>> (Boscolo & Bertrando, op. cit., p. 17).

De acuerdo a Bertrando & Toffanetti (2004), también hubo otros terapeutas fuera de Italia que empezaron a utilizar las ideas del modelo de Milán en su práctica clínica, algunos hicieron modificaciones a las ideas y técnicas originales del modelo y fueron conocidos como los terapeutas “posMilán”, entre ellos menciona a Lynn Hoffman, Peggy Penn, Bradford Keeney, Karl Tomm, Tom Andersen, Anderson y Goolishian. Sin embargo, en otros contextos, al hablar de “posmilán” se hace referencia al trabajo que hicieron Boscolo y Cecchin después de la separación del equipo original.

Principios básicos

Se puede observar que el modelo de Milán ha tenido diferentes influencias epistemológicas a lo largo de su evolución; una de las más influyentes fue la teoría de Bateson, a partir de la cual se desarrollaron los 3 principios básicos que llegaron a ser el sello distintivo del modelo: la hipotetización, la circularidad y la neutralidad.

El trabajo sobre las teorías de Bateson, llevó a los terapeutas de Milán, menos confiados en la “realidad” de lo que ven en la familia, a considerar las conclusiones a las que llegan como simples hipótesis de trabajo. Entonces surgió la llamada <<hipotetización>>; con ella, “el grupo pasa del descubrimiento del juego a la creación de una hipótesis, que es simplemente una explicación coherente que reúne a todos los miembros del sistema observado en un patrón plausible” (Bertrando & Toffanetti, op. cit., p. 210).

El principio de circularidad es el que lleva a los miembros del equipo de Milán a retomar las retroalimentaciones verbales y no verbales de los clientes como guía para conducir su investigación. “Por circularidad entendemos la capacidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de las realimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones, que él mismo exige acerca de las relaciones y, por ende, de las diferencias y los cambios” (Selvini, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980). Gracias a la circularidad, el terapeuta puede contrastar las diferentes hipótesis, ideas, impresiones y emociones con las respuestas de los clientes, y tales respuestas le llevan a cambiar posiciones de modo que pueda encontrar, junto a la familia, un sentido compartido de lo que sucede (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

El tercer principio, la neutralidad, es el que “determina la posición del terapeuta respecto a la familia: el terapeuta de Milán se caracteriza por ser discreto e imparcial” (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 211). Así, se evita activamente la aceptación de cualquier posición dada como más correcta que otra: “en realidad se trata de adoptar varias posiciones más que de no adoptar ninguna” (Boscolo, et al., 2003, p. 29). Para ello es indispensable la creación de un estado de curiosidad en la mente del terapeuta pues ésta lo lleva a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos.

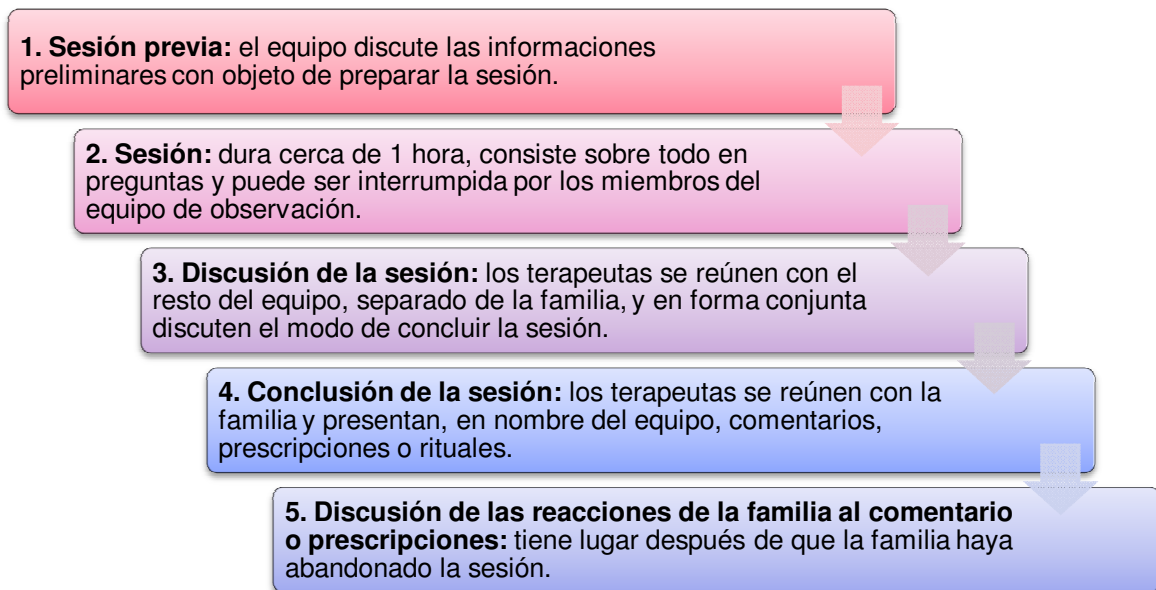
En 1987, Cecchin reformula la neutralidad como estado de <<curiosidad>>. “Esta reformulación es una experiencia liberadora para los terapeutas constructivistas, un modo de mantenerse siempre abiertos a la novedad, sin dejarse seducir por el principio de verdad” (Bertrando & Toffanetti, op. cit., p. 257).

Después, Cecchin hace derivar la noción de curiosidad en *irreverencia*. Ser irreverente “es una postura derivada de un estado mental del terapeuta que le permite actuar liberándolo de la ilusión del control” (Cecchin, Lane & Ray, 2002, p. 28). Con ella, se pone en duda todo lo aprendido y lo que ocurre en la terapia, debilitando así los patrones y los relatos que constriñen a las familias y brindando a los sistemas la oportunidad de desarrollar nuevas creencias, significados y patrones.

Además, se puede decir que el Modelo de Milán plantea como uno de sus principios fundamentales el respeto a los sistemas que acuden a una consulta, bajo la idea de que ellos son los únicos capaces de auto-organizarse de la mejor manera posible en un determinado contexto (Keeney & Ross, 1993).

Técnicas del modelo de Milán

Una de las principales innovaciones técnicas del modelo de Milán que sigue utilizándose en diferentes escuelas, es la división de la sesión terapéutica en 5 partes (Bertrando & Toffanetti, 2004):



Una de las intervenciones más conocidas del modelo de Milán es la connotación positiva, la cual “surgió inicialmente por la necesidad de llegar, sin contradecirnos, a una intervención terapéutica paradójica: la prescripción del síntoma al paciente designado” (Selvini et al., 1994, p. 67). Pero no se trata de simplemente prescribir el síntoma, sino de prescribir la configuración conjunta de la familia, privando a los síntomas de su papel privilegiado, esto quiere decir que lo que se connota positivamente es la tendencia homeostática del sistema y no las personas.

Así, para Boscolo y sus colegas (2003), la connotación positiva es un mensaje por medio del cual los terapeutas comunican a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto. En versiones posteriores de esta intervención, ponían todas las conductas relacionadas con el problema al servicio de una premisa o mito compartidos y cambiaban la idea de que la familia “necesitaba” el síntoma por una connotación lógica en la que explicaban que ya se habían acostumbrado al síntoma y que es difícil cambiar ese tipo de hábitos.

Por otro lado, el doble vínculo terapéutico o, “como lo llamó el grupo de Milán, la <<contraparadoja>>”, se convirtió en el núcleo de su terapia; por ejemplo, se connotaría positivamente toda la situación problema y se prevendría a la familia contra cualquier cambio prematuro” (Boscolo et al., op. cit., pp. 22-23).

Otra técnica muy utilizada por el grupo de Milán y que los caracterizó en sus inicios fue el uso de rituales y de las prescripciones ritualizadas. “Un ritual es un ordenamiento de la conducta en el seno de la familia para determinados días o momentos” (Boscolo et al., 2003, p. 20). Con este tipo de técnicas, Selvini y su equipo (1994) buscaban, entre otros objetivos, designar el contexto como terapéutico, provocar una reacción que indique la disponibilidad y motivación de la familia, delimitar un campo de observación, así como estructurar y ordenar la sesión siguiente. También se buscaba cambiar las reglas del juego y la epistemología familiar, sin recurrir al lenguaje.

En su siguiente etapa, denominada por Bertrando y Toffanetti (2004) como la del “purismo sistémico”, el equipo de Milán desarrolló las técnicas derivadas de sus principios básicos, la hipótesis, el interrogatorio circular y la neutralidad.

De acuerdo a Bertrando y Toffanetti (op. cit.) para hacer una “hipótesis sistémica”, es decir, una explicación coherente que reúne a todos los miembros del sistema en un patrón plausible, en Milán, cada miembro del equipo formulaba hipótesis simples sobre las relaciones diádicas, que después se enlazaban con las de los otros miembros para converger en una de las numerosas hipótesis sistémicas posibles.

Además, las hipótesis sirven para guiar el proceso de entrevista y el terapeuta irá modificándolas y enriqueciéndolas con el tiempo, gracias al principio de circularidad, que implica retomar las retroalimentaciones de la familia y de los distintos puntos de vista de sus colegas.

Asimismo, derivadas del principio de circularidad, desarrollaron las preguntas circulares, las cuales se basan en la idea de Bateson de que las personas pensamos en función de relaciones, por tanto, con este tipo de preguntas, cada miembro de la familia dice cómo ve la relación entre otros dos miembros (Selvini et al., 1980).

Las preguntas circulares contienen elementos de las diferencias, nuevas conexiones entre ideas, significados y comportamientos que pueden, no solamente orientar al terapeuta, sino además actuar sobre el sistema modificando la epistemología, es decir, las premisas personales de varios miembros de la familia, y configurándose así como la intervención más importante para los terapeutas sistémicos de Milán (Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 211).

Tipos de preguntas circulares:

1. Preguntas tríadicas, en las cuales se pide a una persona que comente la relación que existe entre otros dos miembros de la familia.
2. Preguntas sobre las diferencias de comportamiento, no sobre la cualidad intrínseca de las personas.
3. Preguntas sobre los cambios en el comportamiento antes o después de un evento específico.
4. Preguntas sobre circunstancias hipotéticas.
5. Graduación de los miembros de la familia respecto a un comportamiento o a una interacción específica (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 211).

Por otro lado, la neutralidad como técnica implica que, a lo largo de la sesión, el terapeuta tenga cuidado en captar y neutralizar lo antes posible cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada por algún miembro o subgrupo de la familia. (Selvini et al., 1980). Implica adoptar una postura de curiosidad e interés por los patrones de interacción y las distintas descripciones de los miembros de la familia, implica respetar la integridad del sistema y evitar el aceptar alguna hipótesis como verdadera, pues en el momento en que esto ocurre, perdemos la curiosidad y dejamos de ser neutrales. Por ello hay que mostrar irreverencia ante nuestras propias hipótesis y teorías, pues cuando un terapeuta “reflexiona sobre las implicaciones de su propia actitud y sus supuestos, adopta una postura tanto ética como terapéutica” (Cecchin et al., 2002, p. 27).

Como se puede observar, el uso de las hipótesis, la neutralidad y el interrogatorio circular, son técnicas que van de la mano y se influyen entre sí, por lo que es difícil separar cada una en la práctica, y aunque muchos estudios han separado los diferentes tipos de preguntas casi como intervenciones independientes, es importante señalar que “las preguntas se deben integrar a la totalidad del proceso exploratorio en la esperanza de que, una vez que hayamos frotado lo suficiente, aparecerá finalmente la imagen” (Boscolo, et al., 2003, p. 36).

Después de la separación del equipo original, las técnicas utilizadas en la escuela de Milán también fueron evolucionando; Boscolo y sus colaboradores, influenciados por la visión posmoderna, desarrollaron métodos para hacer terapia sistémica individual, las

emociones volvieron al primer plano, mostraron mayor interés por los aspectos lingüísticos del diálogo terapéutico, por el uso de los tiempos, por la retórica, la hermenéutica, y por el uso de metáforas (Boscolo & Bertrando, 2000).

Por su parte, además de centrarse en la investigación y crear nuevas teorías sobre la patología familiar, Selvini y su equipo desarrollaron la “prescripción invariable”, la cual surgió ante la insatisfacción con las técnicas paradójicas y pretendía romper con el juego familiar y hacerlo evolucionar en una dirección distinta. Esta prescripción incluía toda una metodología esquematizada para cada sesión y era comunicada sistemáticamente a todas las familias pues “se decidió que esa prescripción, al actuar en múltiples niveles relacionales, podía interrumpir la trama de juegos que no era indispensable descifrar de antemano” (Selvini, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1995, p. 33). La característica primordial de esta técnica era la prescripción de la repentina y cada vez más prolongada desaparición de los padres del hogar.

Reflexiones

Pienso que el Modelo de Milán hizo muchas aportaciones a la Terapia Familiar en general pues fue desarrollada por un equipo que fue capaz de desafiar paradigmas e innovar la forma de hacer terapia. Es un modelo que se caracteriza por la evolución a lo largo de su historia, ha ido cambiando y adaptando su teoría incorporando nuevos aspectos técnicos y epistemológicos, con el fin de hacer una terapia efectiva. Considero que en este modelo se muestran muy abiertos a la retroalimentación, muy congruentes con la Cibernética de segundo orden, son capaces de observarse y corregir aquello que no funciona; me gusta, por ejemplo, que Boscolo y sus colaboradores reconocen que gran parte de las innovaciones a sus técnicas se dieron gracias a las observaciones de sus alumnos, considero que son los primeros que realmente le sacaron jugo al esquema del trabajo en equipo, también me gusta que adoptan una postura de gran respeto ante las familias tal y como son, y que se preocupan por adoptar posturas éticas y congruentes con sus principios, de autocuestionamiento y autorreflexión. Además, otro de los aspectos interesantes de este modelo es que sus autores no se limitaron al ámbito clínico en su aplicación, pues desde sus inicios, utilizaron las técnicas sistémicas en ámbitos organizacionales, como son escuelas y otras instituciones e hicieron publicaciones como “El mago sin magia” (1976) y “Al frente de la organización” (1978), donde demuestran una

visión sistémica que va más allá de la delimitación de la familia como sistema y también pueden ver las relaciones intersistémicas.

Terapia Narrativa

Antecedentes

La terapia narrativa se desarrolla en la década de los 80's por Michael White y David Epston. White es originario de Adelaide, Australia y Epston de Auckland, Nueva Zelanda. Su trabajo se fundamenta en el Construccinismo Social y es parte de las llamadas terapias posmodernas. De acuerdo a Payne (2002), el Construccinismo Social se enfoca las relaciones entre personas y las normas culturales y sociales que las moldean, en vez de las imaginarias dinámicas intrapsíquicas. Esta perspectiva es posmoderna en tanto que, aunque sigue siendo una teoría, niega la posibilidad de saber algo sobre las personas por medio de las teorías. Estas ideas son retomadas en la terapia narrativa y permean toda su forma de trabajo.

Adicionalmente, White se fundamenta en dos principales fuentes de inspiración que son Gregory Bateson y Michel Foucault. Fue a través de Bateson como llegó a conocer el método interpretativo, en el que Bateson afirma que la comprensión que tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos está determinada y restringida por su contexto receptor; también afirma que aquellos acontecimientos que no pueden <<pautarse>> no son seleccionados para la supervivencia, esto quiere decir, que para nosotros, tales acontecimientos no existen como hechos. Otro de los elementos de la obra de Bateson que retoma White, es que situar los eventos en el tiempo es esencial para la percepción de la diferencia y para detectar el cambio (White & Epston, 1993).

El método interpretativo de la terapia familiar sostiene que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento. De esta forma, Michael White se interesó por cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo, al hacerlo, contribuyen inadvertidamente a la supervivencia y a la carrera del problema. White se interesa por las exigencias del problema para su supervivencia, y por el efecto que tienen esas exigencias sobre las vidas y las relaciones de las personas (White & Epston, op. cit., p. 21).

Por otro lado, también se observa que las ideas sobre el poder y la objetivación de las personas de Foucault han influenciado mucho el trabajo de Epston y White, quienes afirman que lo retoman porque consideran que proporciona una vía de salida para el debate que se suscitó sobre el poder en los terapeutas familiares (White & Epston, op. cit.).

Además, la terapia narrativa es considerada postestructuralista. El postestructuralismo está asociado al posmodernismo y nos invita a examinar los efectos de aplicar un lenguaje de la estructura a la experiencia humana, pues es común que se transfiera el lenguaje de los astrónomos y los físicos a los ámbitos del funcionamiento mental y social. Sin embargo, White ha propuesto metáforas alternativas al lenguaje de la interacción mecánica que pueden ayudarnos a trascender las limitaciones de ciertas expresiones (Payne, 2002).

Principios básicos

Muchos de los problemas traídos a terapia son construcciones sociales que se desprenden de <<prácticas de poder>> gracias a los conocimientos expertos que instituciones como la medicina, psiquiatría, clases sociales, la ley y la moral sexual llegan a perpetuar, obligando a la gente a definir su identidad y su vida de forma limitada; el trabajo narrativo afronta directamente estas dimensiones <<políticas>> (Payne, 2002). De ahí que el modo narrativo de pensamiento dé mayor importancia a las particularidades de la experiencia vivida que a los sistemas de clasificación y diagnóstico.

Para Michael White la vida de las personas está modelada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y del lenguaje del yo y de su relación. Esta perspectiva es contraria a la dominante perspectiva estructuralista (la conducta refleja la estructura del espíritu) y a la perspectiva funcionalista (la conducta sirve a los fines del sistema) (White, 1997).

En su modelo, White considera, “primero, la deconstrucción del relato, segundo, la deconstrucción de las prácticas modernas de poder y, tercero, la deconstrucción de las prácticas discursivas” (White, op. cit., p. 30).

La metáfora narrativa propone que las personas viven sus vidas de conformidad con historias, que esas historias son modeladoras de la vida, y que tienen efectos reales, es decir, que dichas historias procuran la estructura de la vida (White, op. cit. p. 31). Por ello, uno de los fines de la terapia narrativa es ayudar a las personas a recobrar la convicción de que controlan su vida, o al menos resquebrajar su certeza de que no tienen posibilidad de controlarla (Payne, 2002).

Los aspectos de la experiencia vivida que quedan fuera del relato dominante constituyen una fuente llena de riqueza y fertilidad para la generación o regeneración de relatos alternativos. White llama a aquellos aspectos de la experiencia vivida que caen fuera del relato dominante, <<acontecimientos extraordinarios>> (White & Epston, 1993, p. 32)

En el modo narrativo se sitúa a la persona como protagonista o como participante en su propio mundo, es un mundo en el que las personas participan con sus semejantes en la reescritura y por lo tanto, en el moldeado de sus vidas y relaciones (White & Epston, op. cit., p. 93).

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

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

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

Lo que se busca en la estructura del relato es que la condición, el carácter y la conciencia estén integrados. Así las personas viven sus relatos “en un drama cotidiano donde la interacción entre acción (acontecimientos) y conciencia (sentimientos, pensamientos y creencias) produce la sensación de haber perdido el camino de la vida” (Payne, op. cit., p. 94).

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

Técnicas

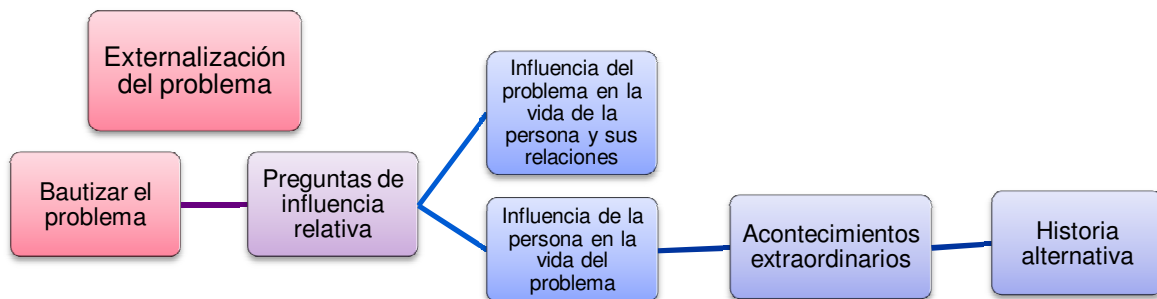
De acuerdo a White (1997), la deconstrucción tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por hecho; esas verdades independientes de las condiciones y del contexto de su producción. Los métodos de deconstrucción hacen extrañas esas realidades y prácticas familiares al objetivarlas, así se vuelve exótico lo doméstico. Esta objetivación lleva a las personas a externalizar vivencias relativas a aquello que consideran problemático en lugar de internalizarlas. En la terapia esto se hace por medio de la “externalización del problema”, la cual es un proceso que, en esencia, propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente. Uno de los primeros pasos para hacer esto puede ser bautizar el problema.

Además de motivar a la persona a expandir su narrativa inicial, el terapeuta la invita a poner un nombre específico al problema, quizás una palabra o una frase corta. (...) El <<bautizar el

problema>> añade énfasis y concreción, y permite a la persona sentir que controla su problema y posibilita la externalización de éste (Payne, 2002, p. 27).

Sin embargo, Payne (2002) también advierte que, a veces, externalizar por medio de bautizar el problema puede ser demasiado difícil o simplificador, pues para algunas personas, el poner nombre a su problema se vuelve incómodo y artificial. En esos casos sugiere mejor abandonar este intento y seguir adelante.

La definición externa del problema puede mantenerse constante a lo largo de la terapia, pero es común que sea fluida y evolucione a lo largo del tiempo. A veces, las personas definen su problema en términos basados en el conocimiento experto, pero esto a menudo disminuye las posibilidades de que las personas experimenten una sensación de agencia personal. Por ello, es importante estimular a los clientes para que construyan definiciones alternativas de los problemas; definiciones más relevantes para su experiencia y que les permitan abordar de forma más adecuada sus preocupaciones inmediatas (White & Epston, 1993).



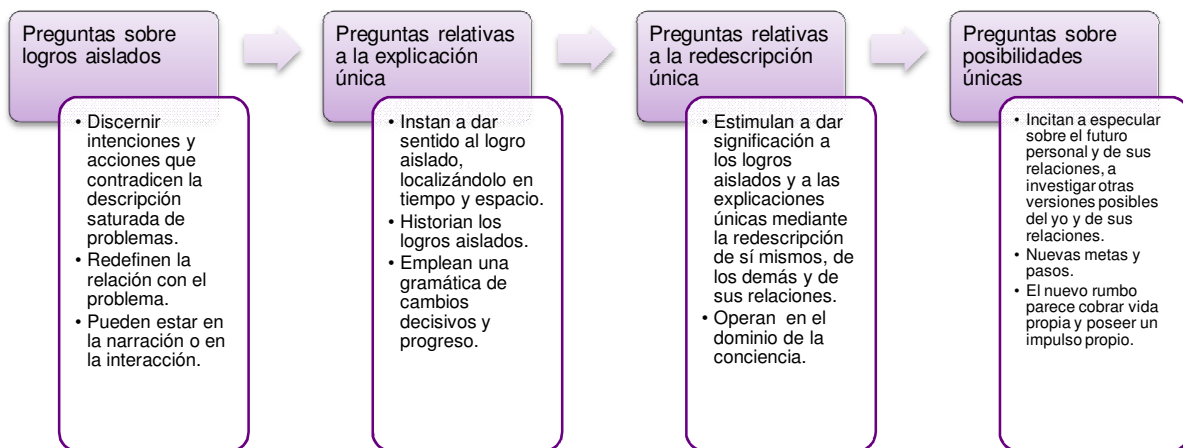
Para White (1997), el proceso de externalización se inicia alentando a las personas a que den cuenta de los efectos que tienen en sus vidas los problemas que las aquejan. Pueden tratarse de los efectos producidos en sus estados emocionales, en sus relaciones familiares, en las esferas sociales y laborales, o en cualquier otro contexto. White, recomienda poner énfasis especial en establecer de qué manera se ve afectada la concepción que esas personas tienen de sí mismas y de sus relaciones. Luego se les incita a señalar la influencia que esas concepciones o percepciones tienen en sus vidas, incluso en sus interacciones con los demás. A esto suele seguir alguna investigación de cómo las personas fueron inducidas a abrazar tales concepciones.

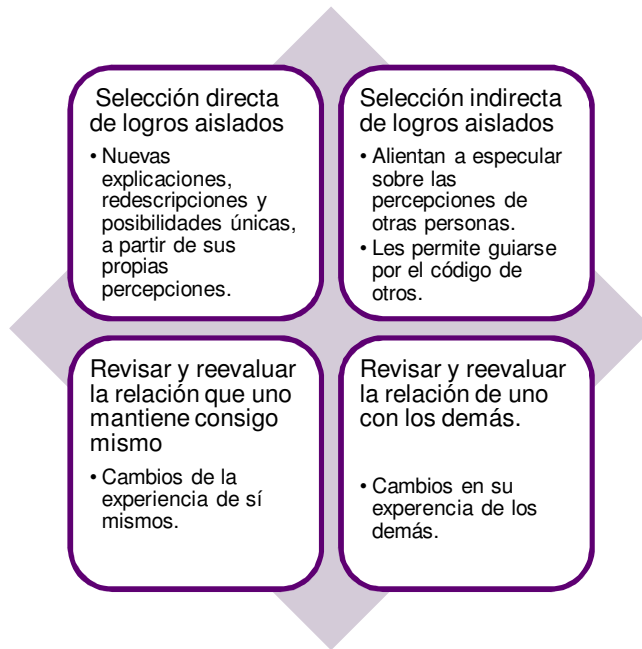
A medida que las personas se separan de las historias dominantes, se les hace posible orientarse a aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos, estas experiencias son llamadas “logros aislados”, o “acontecimientos extraordinarios” y son las puertas de entrada que facilitan la generación de historias alternativas.

Para facilitar todo este proceso, el terapeuta hace las preguntas de influencia relativa, las cuales se componen de dos tipos de preguntas: las que trazan la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones y las que los llevan a describir su propia influencia sobre la vida del problema.

Asimismo, se pueden plantear preguntas relativas al panorama de acción y preguntas relativas al panorama de conciencia. Las preguntas referentes al panorama de acción hacen que las personas sitúen logros aislados en secuencias de sucesos que se desarrollan en el tiempo de conformidad con tramas particulares. Las preguntas relativas al panorama de conciencia hacen que las personas reflexionen y determinen la significación de los hechos que ocurren en el panorama de acción (White, 1997).

Esta variedad de preguntas de influencia relativa puede clasificarse en 4 tipos de preguntas, las cuales se van planteando de manera secuencial a lo largo del proceso terapéutico y pueden ser directas, indirectas, en relación a uno mismo o a los demás:





A medida que las personas responden a las diferentes preguntas, van reviviendo experiencias y es como si sus vidas fueran contadas de nuevo. Se puede ampliar aún más el alcance de estas historias alternativas planteando preguntas que inviten a las personas a identificar y reunir a un público ante el que crear nuevos significados vitales (White & Epston, 1993).

Adicionalmente, es importante aclarar que, aunque la externalización del problema permite a las personas separarse de estos problemas, esta práctica no las releva de su responsabilidad del mantenimiento de los mismos, por el contrario, dado que ayuda a las personas a hacerse conscientes de su relación con el problema, les permite asumir una responsabilidad con respecto al mismo que antes no estaba a su alcance (White & Epston, op. cit.).

También es importante mencionar que no se emplea la externalización para referirse a acciones perjudiciales o abusivas. Cuando se identifican problemas de este tipo, el terapeuta tenderá más bien a fomentar la externalización de las actitudes y creencias que parecen imponer la violencia, así como las estrategias que mantienen subyugadas a las personas (White & Epston, op.cit.).

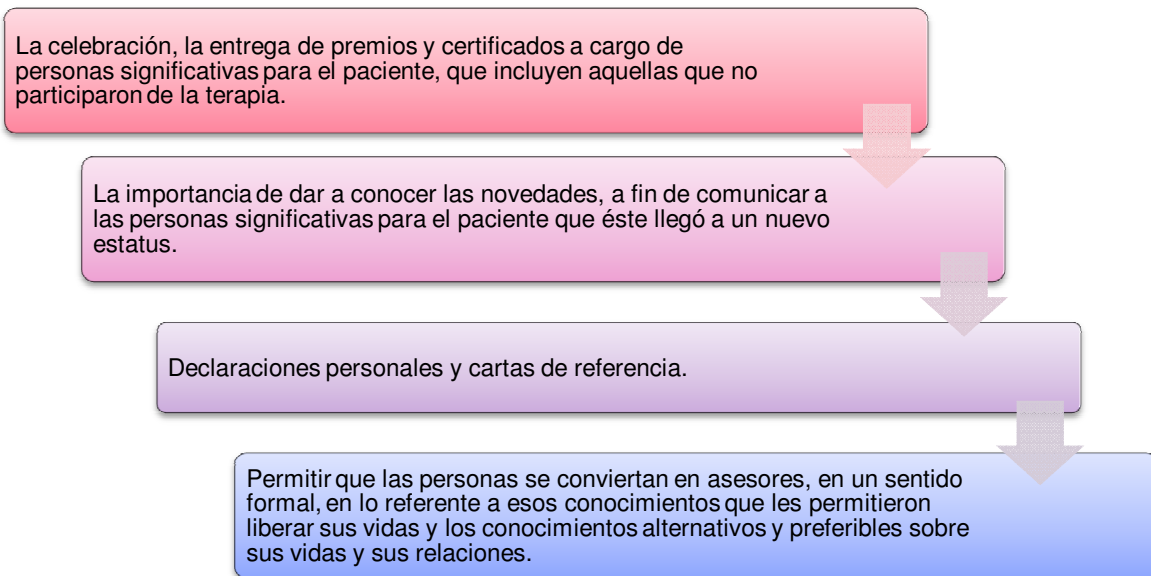
Además, en una terapia que incorpora la tradición narrativa, la recuperación de las vidas y las relaciones se logra no sólo haciendo preguntas, sino también recurriendo a diversos documentos escritos (White & Epston, op. cit.). Para ello, el terapeuta puede emplear escritos de su propia autoría o creados por la persona que consulta. Estos documentos resumen los descubrimientos de la persona y le permiten describir su propio progreso. Puede conservarlos para utilizarlos de nuevo en el futuro o cuando tenga necesidad de ellos. Los documentos pueden ser memorandos, cartas, declaraciones, listas, ensayos, contratos, o certificados. A veces serán solo para el uso privado de la persona, a veces los compartirá con el terapeuta o incluso con otra gente. Se utilizan para consolidar el progreso porque la palabra escrita es más permanente que la hablada y porque en la sociedad occidental goza de mayor autoridad (Payne, 2002).

Las cartas son sobre todo un medio para un fin y por tanto pueden emplearse con diversos propósitos. En una terapia relatada, las cartas se utilizan principalmente con el objetivo de convertir una vivencia en una narración o relato que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo (White & Epston, op. cit.).

Cuando los pacientes son tratados como asesores de sí mismos, de otros pacientes y del terapeuta, ellos se sienten con mayor autoridad sobre sus propias vidas, sobre sus problemas y sobre la solución a tales problemas. Esa autoridad adquiere la forma de un conocimiento experto que se registra en un medio popular (video, audio, diarios, etc.) a fin de hacerlo accesible al propio asesor, el terapeuta y otros potenciales pacientes (White, 1997).

White ha subrayado cada vez más la importancia de que la persona que narra y vuelve a narrar tenga un público. Este público podía estar formado por amigos, parientes, compañeros, etc. Más tarde, desarrolló la práctica de ofrecer, a su debido tiempo, un público en la misma consulta, compuesto por otros terapeutas, por gente elegida por la persona, o mixto. Además de obtener testigos externos, las personas pueden consolarse y apoyarse en las reminiscencias de individuos importantes a los que han perdido, de desconocidos que contribuyeron significativamente sus vidas, o de gente famosa cuyos ejemplos de integridad y valor enriquecieron indirectamente a la persona (Payne, 2002).

Para White (1997), la terapia termina cuando la persona decide que su relato de sí mismo es suficientemente rico para abarcar su futuro. La última sesión es una celebración, pues las terapias narrativas no se basan en una metáfora de la terminación como pérdida sino en una metáfora de la reincorporación. Para ello, los terapeutas narrativos incluyen la identificación y el reclutamiento de un público capaz de autentificar el cambio y legitimar el conocimiento alternativo. Tales enfoques incluyen:



Así, el terapeuta puede sugerirle a las personas que consulten periódicamente los conocimientos expresados en sus propios documentos o pedirles que permitan que esos documentos sean vistos y/o escuchados con discreción por otras personas.

Reflexiones

Payne (2002) señala que, al participar en sus re-narraciones los terapeutas influenciamos a los pacientes, y siempre traemos nuestras ideas, valores y creencias a la consulta, y comenta que es necesario tener esto en mente, en vez de creernos neutrales. Coincido con el autor en este sentido y me parece de vital importancia tener esto siempre presente en nuestro trabajo, especialmente cuando estamos trabajando desde un enfoque posmoderno desde el cual renunciamos a la postura de expertos para situarnos en una posición más horizontal con los consultantes.

Para ello, me parece una buena idea la propuesta de White (1997), de alentar a las personas a que evalúen continuamente los efectos reales que la terapia tiene en sus vidas y en sus relaciones, con lo cual podremos afrontar honradamente las implicaciones morales y éticas de nuestra práctica y le brindaremos al proceso mayor transparencia, brindando al mismo tiempo, mayor libertad y una posición más activa a nuestros clientes.

Enfoque Colaborativo

Antecedentes

El trabajo de Anderson y Goolishian se fundamenta en la teoría de la construcción social, la cual promueve la idea de que la realidad no existe allí fuera, de modo independiente, sino que su sentido se concibe colectivamente. Otras teorías en la que se basa son, la hermenéutica, que es el arte de la interpretación, y en la teoría de la narrativa, según la cual los sucesos humanos sólo se hacen inteligibles cuando se los cuenta (Hoffman en Anderson, 1999).

La hermenéutica filosófica contemporánea y el Construccinismo Social ven a los sistemas humanos como entidades complejas integradas por individuos que piensan, interpretan y comprenden. Tanto para la Hermenéutica como para el Construccinismo Social, el sentido ha de verse como una coproducción de quien habla y quien escucha, donde ambos comparten el mismo poder activo de competencia lingüística. Para ambos, el lenguaje desempeña un papel central; creencias y prácticas se vinculan con, se crean en y ocurren en el lenguaje (Anderson, 1999).

Además, la hermenéutica sostiene que la comprensión siempre es interpretativa, que no hay un punto de vista único o privilegiado para la comprensión. Para ellos cada interpretación es una versión de la verdad. La verdad se construye a través de la interacción de los participantes, y es contextual. Por ende, la interpretación, la comprensión y la búsqueda de la verdad nunca acaban (Anderson, op. cit.).

Por su parte, el Construccinismo Social sostiene que el conocimiento o la narrativa sobre uno mismo es una construcci3n comunal, un producto del intercambio social. Al retomar todas estas ideas, el enfoque colaborativo se ubica como una terapia posmoderna.

Vale la pena aclarar, que para Harlene Anderson (1999), *posmoderno* significa una cr3tica, no una 3poca; es un coro polif3nico de sonidos interrelacionados y cambiantes, de los que cada uno expresa una cr3tica del modernismo y una ruptura con 3ste. El pensamiento posmoderno a menudo ligado al posestructuralismo, y representa un cuestionamiento y alejamiento de las metanarrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio cient3fico del conocimiento como algo objetivo y fijo. El posmodernismo se caracteriza por la incertidumbre, la impredecibilidad, y lo desconocido, donde el cambio se acepta y se da por supuesto.

Siguiendo a Anderson (op. cit.), se puede observar que el pensamiento posmoderno avanza hacia un conocimiento como pr3ctica discursiva, hacia una pluralidad de narrativas m3s locales, contextuales y fluidas; hacia una multiplicidad de enfoques para el an3lisis de temas como el poder, la verdad, el lenguaje, la historia y la persona. Se acent3a la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje. Se ve al conocimiento como una construcci3n social, donde conocimiento y conocedor son interdependientes; todas estas caracter3sticas se ven reflejadas en la terapia colaborativa de diferentes maneras.

Si bien el enfoque de Harlene Anderson se ha conocido como *enfoque colaborativo de los sistemas de lenguaje*, ella lo llama simplemente *enfoque colaborativo*. Estos t3rminos se refieren a su conceptualizaci3n de la terapia: un sistema de lenguaje y un acontecimiento ling3istico que re3ne a la gente en una relaci3n y una conversaci3n colaborativa. Una b3squeda conjunta de posibilidades (Anderson, op. cit.).

Principios básicos

Conceptos centrales del enfoque colaborativo



Harlene Anderson (1999) aclara que los terapeutas colaborativos no son negociadores ni árbitros de diferencias, tampoco son detectives que descubren la verdad, no son interventores ni pasivos; son participantes en una conversación cuyo objetivo es la multiplicidad de versiones, ellos facilitan el diálogo para la emergencia de nuevos significados, narrativas, conductas y emociones. El terapeuta es activo pero no directivo, siempre influye en el cliente, y del mismo modo, el cliente siempre influye en el terapeuta.

De acuerdo a Harlene Anderson (op. cit.), el enfoque colaborativo se basa en las siguientes premisas filosóficas:

1. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
2. Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyen realidad.
3. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
4. La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.

5. El lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.

6. El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera.

Otra innovación significativa es que Harlene Anderson (1999) prefiere hablar de <<dilema>> o <<situación vital>> más que de problema, y raramente usa la palabra solución porque no cree que los problemas se resuelvan; más bien *se disuelven* en el lenguaje, en la conversación. Desde este punto de vista, lo importante es el proceso por el cual uno habla acerca de algo, no su contenido.

Intervenciones

Para iniciar un proceso colaborativo, se eligen a los que hablan sobre el problema y no se mira el lugar que la persona ocupa en una estructura (padre, esposa, hermano, psicólogo escolar). De ahí, que a los terapeutas colaborativos les pareció cada vez menos necesario trabajar con familias enteras, pues buena parte de su trabajo es con individuos y miembros de sistemas más extensos que la familia. A partir de esto se dejó de definir a la terapia en función de un nivel de organización social o de los que estaban físicamente presentes en el consultorio; así, Anderson renunció al título de terapeuta familiar para llamarse <<consultora>> y describe lo que hace como un *conversar con la gente* (Anderson, op. cit.).

A partir de estas ideas, el concepto de familia se volvió demasiado restrictivo. Ellos prefieren pensar que las personas con quienes hablan en terapia son parte de un sistema que se ha consolidado en torno de un problema al que decidieron llamar *sistema determinado por el problema*, y luego, *sistema organizador de problemas* y *sistema disolvente de problemas* (Anderson, op. cit.).

En este enfoque, con la disolución del problema viene la disolución del sistema de la terapia y del sistema del problema, es decir, los sistemas que se congregaron alrededor del problema se disipan. Entonces emerge un nuevo sistema, una nueva estructura, y los miembros del nuevo sistema pueden o no ser los mismos (Anderson, op. cit.).

Harlene Anderson piensa que la conversación –en la terapia, enseñanza, consulta empresarial- busca ayudar a la gente a que tenga el coraje y la capacidad de moverse entre las cosas y los sucesos en el mundo. Esto lo permite un tipo especial de conversación – un diálogo- y la capacidad del terapeuta de crear un espacio dialógico y facilitar un proceso dialógico (Anderson, op. cit.).

Para crear un diálogo, es preciso crear un espacio invitante para todas las voces. Esto requiere mostrar interés y respeto por lo que la otra persona quiere decir. También requiere ser abierto y evitar los secretos. Por eso, se usa un lenguaje colectivo, se organiza la habitación con un círculo de sillas similares para alentar el diálogo, las citas se hacen directamente por el terapeuta y durante la sesión, se evita tomar notas para sumergirse del todo en la conversación.

Además, Harlene Anderson y sus colaboradores, escuchan genuinamente a sus clientes. A partir de esto notaron que en lugar de aprender el lenguaje de una familia, aprendían los lenguajes particulares de cada miembro. También notaron que cada miembro tenía su propia descripción del problema, de la familia y de la terapia, y se fascinaron de esas diferencias. Así se dejó de buscar la negociación o el consenso y, en cambio, procuraron mantener la riqueza de las diferencias.

Esta forma de conversar los llevó a usar un lenguaje cotidiano y a centrarse en lo singular de cada cliente y de sus circunstancias, con lo cual, también comenzaron a desechar sus opiniones expertas. Así, fueron suspendiendo sus historias, prejuicios y opiniones acerca de cómo deberían de ser las familias, de cómo deberían de construirse las narrativas, y de cuáles narrativas eran más útiles (Anderson, op. cit.).

De este modo, Anderson (op. cit.) refiere que la terapia dejó de ser un <<hablar a>> y se convirtió en un <<hablar con>>. Cliente y terapeuta, y cualquiera involucrado en la conversación, se unían a un proceso de dar y recibir, un intercambio, un diálogo. El

proceso dialógico de la terapia y el papel del terapeuta en su creación pasaron a ser el foco del trabajo. La importancia del conocimiento y del contenido pasó a segundo plano.

Otro aspecto importante para Anderson (1999) y los terapeutas colaborativos es conocer quiénes hablan con los clientes, pues, en esta forma de terapia, se puede incluir en las conversaciones terapéuticas a las personas significativas en la vida de los clientes, aquellos con quienes conversan y que son un recurso para ellos y para el mismo terapeuta. Así, se puede invitar a los amigos a incorporarse a la terapia por una vez o en forma estable.

Para Harlene Anderson (op. cit.), un proceso dialógico incluye 6 componentes interrelacionados, simultáneos, superpuestos y secuenciales, todos ellos subordinados a la postura filosófica:

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

Otro elemento importante en la conversación son las preguntas, pues éstas son el núcleo de cualquier entrevista o conversación terapéutica. Es importante señalar que en la terapia colaborativa las preguntas siempre se hacen desde la posición de no saber, por lo que se evitan las preguntas que implican la dirección de las respuestas (Anderson, op. cit.).

Reflexiones

Una observación que hace Anderson (1999) que me parece muy acertada es que:

Una vez que alguien ha adquirido una caja de herramientas terapéuticas, completa y con manual de instrucciones, basada en esta noción jerárquica, la incertidumbre y el reto a lo familiar implícitos en un enfoque colaborativo puede ser motivo de perturbación (p. 118).

Considero que efectivamente, al plantear esta postura tan congruente con la posmodernidad, el enfoque colaborativo puede resultar desconcertante para el terapeuta formado bajo un paradigma moderno. En este sentido, ya se ha señalado que los clientes esperan certidumbre y que pagan a un experto para que les dé respuestas, pero Harlene Anderson comenta que esto no es un problema, pues ella se ha encontrado con que a los clientes no les resulta difícil relacionarse en forma colaborativa, por el contrario, considera los clientes ruegan por la colaboración, pues ellos saben que son los que mejor conocen sus reacciones y sus sentimientos (Anderson, op. cit.).

Estoy de acuerdo en este punto, pues he visto que cuando se le da al cliente el lugar de experto sobre su propia vida y se le invita a tomar una posición más igualitaria, generalmente esto les resulta agradable. Creo que entonces, el principal reto en esta postura es el aceptar ser cuestionados y el cuestionarnos a nosotros mismos en todo momento sobre lo que estamos haciendo en la conversación con el otro. En éste y otros aspectos, me parece que este enfoque es muy similar al equipo reflexivo, pues ambos invitan a la expresión de múltiples voces.

Equipo Reflexivo

Antecedentes

El equipo reflexivo se desarrolló en Tromsø, Noruega, en 1974, cuando un grupo de terapeutas noruegos vieron con claridad que los problemas incluían a mucha gente, tanto a los familiares como a los profesionales, por lo que tuvieron que tomar a ambos en consideración en el trabajo que iban a iniciar. Al principio, el grupo se reunía informalmente buscando nuevos modelos de pensamiento y de trabajo. Para ello, leían los libros de Jay Haley, Salvador Minuchin y Paul Watzlawick y sus seguidores (Andersen, 1994).

El equipo tenía como objetivos el trabajar para impedir la internación de pacientes psiquiátricos y el participar en un programa educacional de dos años en terapia familiar de orientación sistémica. El programa de Terapia Familiar logró que los terapeutas del equipo de Andersen se encontraran con Lynn Hoffman, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin, entre otros. Les resultó atractivo el estilo milanés, porque su atención se centraba en el proceso de la entrevista más que en las intervenciones (Andersen, op. cit.).

Para 1984, algunos de los terapeutas expresaron sus deseos de comenzar un trabajo en equipo, entonces comenzaron a ver que la sesión terapéutica era en sí misma un proceso cuyo objetivo era hacer que un proceso estancado se pusiera nuevamente en movimiento. Por lo tanto, se pensó que sería una buena idea permitir que el sistema estancado pudiera ver más acerca del proceso terapéutico (Andersen, op. cit.).

Sin embargo, al equipo de Tom Andersen le tomó 3 años atreverse a permitir que los clientes los vieran trabajar, pero un día, en marzo de 1985, la idea vio la luz. Fue en una sesión en la que una familia no respondía la sugerencia que le dio el equipo, entonces se decidió golpear la puerta de la sala de entrevista y preguntarles a los pacientes si querían escuchar a los terapeutas unos minutos. Se les dijo que se tenían algunas ideas que podían ayudarlos en su conversación.

Si les interesa la idea”, dijo, “les sugerimos que tanto la familia como el médico se queden sentados en esta habitación. Nuestro equipo nos permite oscurecer la habitación y entonces encenderemos la luz de nuestra oficina. Ustedes podrán vernos y nosotros a ustedes no. También podemos conectar el sonido para que ustedes puedan oírnos, mientras que nosotros no podremos oírlos a ustedes (Andersen, op. cit., p. 33).

A partir de esta experiencia, el equipo se dio cuenta que el revertir la luz y el sonido le daba una libertad sorprendente a la relación entre el equipo y la familia, pues ya no eran los únicos responsables, sólo eran una de las dos partes. A esta forma de trabajo se le llamó equipo reflexivo; partieron de la palabra en francés, la cual tiene el mismo significado que la noruega *refleksjon*, es decir, algo que es oído, aprendido y pensado antes de dar una respuesta (Andersen, op. cit.).

De acuerdo a Tom Andersen (op. cit.), el equipo reflexivo se basó en los pensamientos de Bateson sobre las diferencias que hacen diferencias, así como en los escritos de Maturana y Varela. Asimismo, retomaron las ideas de Aadel Bülow-Hansen y Gudrun Øvreberg, quienes desarrollaron un método fisioterapéutico para personas que sufren de tensión muscular. Ellos se concentraban en la respiración y el movimiento del cuerpo como dos movimientos inseparables.

Principios básicos

La idea del grupo reflexivo ha sido a veces interpretada como un método, pero Tom Andersen deja muy en claro que es una forma de pensar que inevitablemente lleva a su tipo de práctica, es decir, es solo una manera de poner ideas sistémicas en acción (Hargens en Andersen, 1994, p. 21).

Una de las premisas básicas de este enfoque, es que cada vez que una persona describe a otra es parte de un sistema de observación. Y para poder describir, se necesitan establecer diferencias, lo cual, será un acto del que describe, y tiene que ver sus intereses, conocimientos, su historia, etc. Además, en cada acto de descripción se dejan fuera muchas otras posibles. Así, 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 (Andersen, op. cit.).

Por ende, Andersen (op. cit.) y su equipo concluyeron que cualquier descripción o explicación depende del observador y cada persona que describa la misma situación tendrá su propia versión; así, cuando se comparen las versiones, todas serán diferentes en algún grado. Por tanto, decidieron que ninguna descripción sería mejor que las demás, pues todas son igualmente válidas. De ahí que en su trabajo clínico busquen y acepten todas las descripciones y explicaciones de una situación que existan, y promueven la búsqueda de las que todavía no se encuentran.

Andersen (op. cit.) retoma una variación de la diferencia que hace una diferencia, y dice que aunque hay tres tipos de diferencias, sólo una de ellas causa una diferencia, la apropiadamente diferente. Luego aplicó esto a las conversaciones terapéuticas y cambió la palabra diferencia por la palabra “inusual”, si la gente se ve expuesta a lo usual, lo inusual podría producir un cambio, pero si se enfrentan con algo que es muy inusual, las personas se cierran para no inspirarse. Por lo tanto, propone brindar a los pacientes algo

inusual pero no demasiado, en las conversaciones de las que formamos parte con esas personas.

Además de esto, para Tom Andersen (op. cit.), las palabras básicas que se utilizan en el equipo reflexivo son: idea, descripción, explicación, significado y comprensión.

Entre sus conceptos básicos, mencionan que el cambio puede ser una limitación o puede ser evolución. El cambio que limita se da como resultado de consejos o imposiciones externas; si se percibe como una amenaza a la integridad, la persona se cierra para defenderse. El segundo tipo, el cambio que evoluciona, viene desde adentro, cuando se amplían las premisas de actuar, conocer y sentir. Este cambio ocurre cuando hay libertad para intercambiar ideas entre dos o más personas, asegurando la integridad individual de todas las personas. Son cambios que conocen su propia ruta y su propio tiempo (Andersen, op. cit.).

Debido a que los consejos y las interpretaciones pueden transformarse fácilmente en perturbaciones ajenas a la persona, Andersen (op. cit.), influido por el equipo de Milán, Goolishian y Anderson, piensa que es más seguro utilizar solamente preguntas, y que la mejor manera de hacer preguntas, es preguntar cosas sobre las que las personas no se cuestionan frecuentemente y que pueden responderse de muchas maneras, lo que a su vez, crearía nuevas preguntas.

En el enfoque del equipo reflexivo se considera que las personas saben exactamente qué ideas les gustaría discutir y guiarán al terapeuta hacia las ideas más importantes si se sienten seguros de que la conversación les asegura la conservación de su integridad (Andersen, op. cit.).

Además, cuando cada uno de los que se encuentran en la situación tiene significados que son en parte diferentes de los de los demás, pueden emerger nuevos significados si estos son intercambiados en conversaciones. Pero si no existe la conversación, los significados tienden a no modificarse. Tom Andersen (op. cit.) señala que esto ocurre muy a menudo, cuando los significados de las diferentes personas son demasiado distintos entre sí.

De ahí que el equipo reflexivo utilice el término “multiverso” para describir un fenómeno que puede describirse y comprenderse de diferentes maneras. Ellos parten de la idea constructivista de que cada persona crea su versión de una situación, y ninguna de las versiones es correcta o incorrecta. La tarea del equipo reflexivo es entablar un diálogo para comprender de qué manera las distintas personas crearon sus descripciones y sus explicaciones. A partir de ahí se les invita a un diálogo para discutir si podría haber otras descripciones que todavía no han visto y otras explicaciones en las que tal vez todavía no han pensado. Esto es, se les invita a que se unan al equipo en un intercambio de ideas, aceptando que siempre hay algo que no se vio y algo que no se pensó en los procesos de la vida (Andersen, op. cit.).

Así, la estructura del equipo reflexivo ofrece a las personas que lo consultan la posibilidad de que a medida que escuchan al equipo se hagan nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas (Andersen, op. cit.).

Intervenciones

Hay muchas formas de organizar un equipo reflexivo, depende en gran parte de las circunstancias prácticas, y de los deseos y preferencias de los participantes. El equipo puede estar compuesto por una sola persona (el entrevistador) o hasta 4 ó 5 miembros, aunque por lo general son 3. A veces, Andersen (op. cit.) les pide a los profesionales que ya existen en el sistema fijo que se unan en un equipo. La parte del equipo que escucha la conversación del sistema de entrevista y que luego conversa con el mismo escuchándolo es lo que se llama equipo reflexivo.

El sistema que pide la consulta, ya sea una persona o más, por ejemplo, una familia más el sistema de ayuda, más el terapeuta que los entrevista, pertenecen al sistema de entrevistas. El equipo reflexivo generalmente se encuentra detrás de un espejo unidireccional, aunque también se puede hacer sin espejo. Andersen (op. cit.) considera al sistema de entrevista como un sistema autónomo que define por sí mismo de qué y cómo se habla.

Las reglas a seguir son pocas, más bien las reglas que se tienen se refieren a las cosas que no se deben hacer: no se hacen reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto del de la conversación del sistema de entrevista, no se deben dar connotaciones

negativas y no hay que mirar a los ojos a los miembros del sistema de entrevistas cuando es el que equipo el que está hablando (Andersen, op. cit.). Según Lynn Hoffman, en el equipo reflexivo hay reglas que los llevan a utilizar descripciones positivas y a evitar términos competitivos o críticos. Sus comentarios, en general ofrecen nuevas opciones y descripciones más que ideas sobre lo que está mal, pues es de fundamental importancia que la gente no se sienta identificada con la crítica o la culpa. Además, refiere que las familias parecen fascinadas por el proceso de escuchar las conversaciones de los profesionales acerca de ellas (Hoffman en Andersen, op. cit.).

Andersen (op. cit.) explica que antes de que se tenga la primera entrevista, por lo general hay un contacto telefónico en el que, en lugar de preguntar quién es la familia, se pregunta quién es parte de esa situación y se discute la posibilidad de que todos los participantes vengan a la reunión. Luego, se describe el diseño del equipo reflexivo en vez de hablar del problema, pues cuando se tiene la primera entrevista, el terapeuta entra sin una historia o hipótesis predeterminada.

En la primera sesión, se les informa a los clientes sobre la modalidad del equipo reflexivo y se les muestra dónde estará sentado el equipo prendiendo la luz de la sala de observación, para que puedan ver dónde y cómo están sentados los miembros del equipo.

El equipo reflexivo sólo escucha, no hablan entre sí, sino que cada uno de ellos se habla a sí mismo haciéndose preguntas sobre lo que escuchan y de qué otras maneras podría describirse o explicarse eso. Esta idea surge de la creencia de que una discusión detrás del espejo limita la atención de los miembros a una sola idea o a unas pocas ideas. Por tanto, de acuerdo a Tom Andersen (op. cit.) si los miembros del equipo no se hablan entre sí probablemente se les ocurrirán más ideas y éstas serán probablemente diferentes.

Después de transcurrido un tiempo en la sesión, los miembros del equipo presentan sus ideas, si es que el sistema de entrevista se las pide. Entonces, los miembros del equipo hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre el tema presentado, mientras que los miembros del sistema de entrevistas los escuchan. Esto dura unos 5 ó 10 minutos, y ya que terminan de hablar, se cambian las posiciones y el sistema de entrevista habla mientras que el equipo reflexivo escucha (Andersen, op. cit.).

A menudo se hacen uno o dos cambios, a menos que ocurra que el diálogo en el sistema de entrevista sea tan rico, con tantas nuevas ideas, que las reflexiones del equipo parezcan redundantes y por tanto, no se las presenten. Otras veces puede haber más de dos cambios: sin embargo, cuatro es lo máximo a los que el equipo reflexivo de Tom Andersen (op. cit.) ha llegado.

Al final de la reunión los miembros del equipo fijo se preguntan si quieren que se vuelva a dar otro encuentro, si así fuera se les pregunta cuándo y quién podría venir la próxima vez; también se les pregunta si prefieren pensarlo con tiempo y llamar cuando quieran otra reunión (Andersen, op. cit.).

Tom Andersen (op. cit.) señala que, durante la sesión, el entrevistador hace preguntas y evita dar opiniones o consejos. Del mismo modo, el equipo sólo da reflexiones especulativas para subrayar que cada miembro del equipo solo puede tener su propia versión subjetiva del todo y que, de acuerdo con los lineamientos básicos, no existe ninguna versión objetiva o final. Además, en las reflexiones se omite con todo cuidado aquello que la persona prefiere que no se mencione.

En este modelo, es de extrema importancia organizar el trabajo terapéutico de tal forma que las personas tengan permanentemente la oportunidad de decir no a la forma, al contenido o al contexto de la conversación. Con ese fin, Andersen (op. cit.) y su equipo utilizan las palabras como *gustar* y *cómodo* en sus preguntas, pidiéndole a las personas que les digan de qué manera se sentirían más cómodos o cómo les gustaría usar esa sesión, además de estar atentos a percibir si hay señales de que las personas no se sientan cómodas con el rumbo que va tomando la conversación.

Para Andersen (op. cit.), las conversaciones necesitan pausas, las suficientes para que tenga lugar el proceso de pensar acerca de la conversación. Y deberían ser lo suficientemente lentas como para permitirle a la mente seleccionar las ideas y las palabras para expresarlas. Al hablar con alguien, tratan de seguir su ritmo sin perder el propio, para ello, se auxilian de la respiración de la persona.

Cuando las personas hablan, Tom Andersen (op. cit.) y su equipo se preguntan, qué de todo lo que oyen es más importante para seguir hablando. Estas partes más importantes son las “aperturas” a partir de las cuales se hacen preguntas. Las preguntas apropiadamente inusuales son la mejor contribución al sistema estancado.

Se pueden hacer preguntas sobre descripciones, es esencial hacer preguntas que faciliten descripciones dobles, ya que estas son las que le dan perspectiva a un fenómeno. Tales preguntas incluyen todo tipo de variaciones y contienen palabras como: <<en comparación con>>, <<en relación con>>, o <<diferente de>>.

También se pueden hacer preguntas para sonsacar explicaciones, preguntas hipotéticas, preguntas circulares y preguntas sobre otras conversaciones pasadas, presentes y futuras. Si alguna de estas preguntas llega a ser demasiado provocativa, lo mejor es esperar e intentarlo nuevamente más tarde, cuando se sientan seguros de que el diálogo no va a amenazar su integridad (Andersen, op. cit.).

Andersen (op. cit.) considera que la curiosidad es el motor de la evolución. Por eso recomienda sentir curiosidad al pensar en el contenido de las conversaciones alternativas que se pudieron haber tenido. Una manera de hacerlo es ver los videos y analizar cuáles son las preguntas que no se hicieron y qué se podrían haber hecho, así como pensar sobre las aperturas que no se utilizaron y discutir las preguntas que se hubieran hecho en esas aperturas.

Reflexiones

Una de las innovaciones más interesantes del equipo reflexivo, es el mostrarle a los pacientes aquellas conversaciones que suelen ser exclusivas de los clínicos, pero que generalmente no se muestran, pues suelen decirse cosas que no benefician en nada a los pacientes. En lo personal, esta forma de trabajar me parece muy enriquecedora pues nos lleva a cuestionarnos las cosas que solemos decir sobre nuestros pacientes ante nuestros colegas y que, de estar ellos presentes, quizás no diríamos. Por tanto, considero que este modelo cambia importantemente nuestra manera de observar la sesión y la situación que en ella se presenta; el hecho de hacernos preguntas y buscar otras descripciones en lugar de hacer interpretaciones, me parece una forma de ver la situación que permite ampliar de manera importante tanto nuestra perspectiva de las cosas, como la de los pacientes, la

cual también se complementa y transforma al escuchar la conversación del equipo, logrando así una co-construcción de nuevos significados y realidades.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Habilidades Clínicas Terapéuticas

Integración de expedientes de trabajo clínico por familia en la que se atendió como terapeuta a lo largo de la práctica clínica

En el siguiente cuadro se muestran los casos que atendí como terapeuta en mis prácticas supervisadas durante la maestría, en el periodo comprendido entre febrero de 2008 y junio de 2009.

Familia	Motivo de consulta	Sede y supervisora	Sesiones	Observaciones
González	Dificultades en la relación padre-hija	CCH Azcapotzalco Mtra. Laura Edith Pérez Laborde	8	ALTA. Se lograron los objetivos de la terapia.
López	La hija mayor se mostraba demasiado “nerviosa” e insegura	ISSSTE Tlalnepantla Mtra. Carmen Susana González Montoya	4	ALTA. Se lograron los objetivos de la terapia.
Herrera	Problemas de pareja y problemas de conducta en el hijo mayor	FES Iztacala Dra. María Suárez Castillo	8	BAJA. Dejaron de asistir después del periodo vacacional. Se lograron avances significativos.
Peña	Problemas de pareja y violencia conyugal	FES Iztacala Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda	1	BAJA. Dejaron de asistir.
Sra. Robledo	Celos, infidelidad, problemas de pareja	FES Iztacala Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda	10	ALTA. Se lograron los objetivos de la terapia.
Ramírez	Conflictos entre madre e hija, dermatitis atópica y depresión en la	CCH Azcapotzalco Mtra. Juana Bengoa González	3	BAJA. Dejaron de asistir. Se lograron algunos avances en los objetivos. Cierre

	hija menor.			telefónico.
Gutiérrez	Problemas de comunicación en la pareja	ISSSTE Tlalnepantla Mtra. Rosario Espinosa Salcedo	5	ALTA PARCIAL. Se hizo el cierre vía telefónica pues no asistieron a la última sesión. Hubo avances significativos en los objetivos de la pareja.

Asimismo, colaboré en los procesos terapéuticos de las siguientes familias, como parte del equipo de supervisión.

Familia	Terapeuta	Motivo de consulta	Sede
Mendoza	Inés Soto Miranda	Ansiedad en el hijo mayor y problemas en la escuela.	Iztacala
Barrón	Isabel Pérez Vargas	Hijo menor inquieto	Iztacala
Ríos	Gladys Gerardo López	Separación conyugal y tristeza por parte de la madre	Iztacala
Moreno	Víctor Mendoza Lara	La señora desea recuperar su relación conyugal	Iztacala
Jiménez	Nélida Padilla Gámez	Proceso de divorcio	Iztacala
Ortega	Inés Soto Miranda	Conflictos entre madre e hijo	Iztacala
González	Isabel Pérez Vargas	Fallecimiento del cónyuge y conflictos familiares	Iztacala
Rolón	Gladys Gerardo López	Depresión	Iztacala
Díaz	Gladys Gerardo López	Deseo de suicidarse en la hija mayor, de 9 años de edad	Iztacala
Flores	Víctor Mendoza Lara	Mejorar relación madre-hijo	Iztacala
Noverola	Nélida Pallida Gámez	Hija ingobernable y rebelde, no aceptan su orientación sexual.	Iztacala
Toledo	Alicia Flores Elvira	Problemas y cambios de carácter del hijo adolescente	CCH
Alcantara	Alicia Flores Elvira	Bajo rendimiento escolar y conflictos entre hermanos	CCH
Ortiz	Valeria Reyes Ramírez	Intento de suicidio	CCH
González	Valeria Reyes Ramírez	Problemas entre madre e hijo	CCH
Rivas	Iván Romero de la Rosa	Irritabilidad y problemas de relación con sus padres	CCH
Rumai	Consuelo Salcedo González	Deserción escolar y rebeldía del hijo adolescente	CCH
Islas	Alicia Flores Elvira	Insomnio	ISSSTE

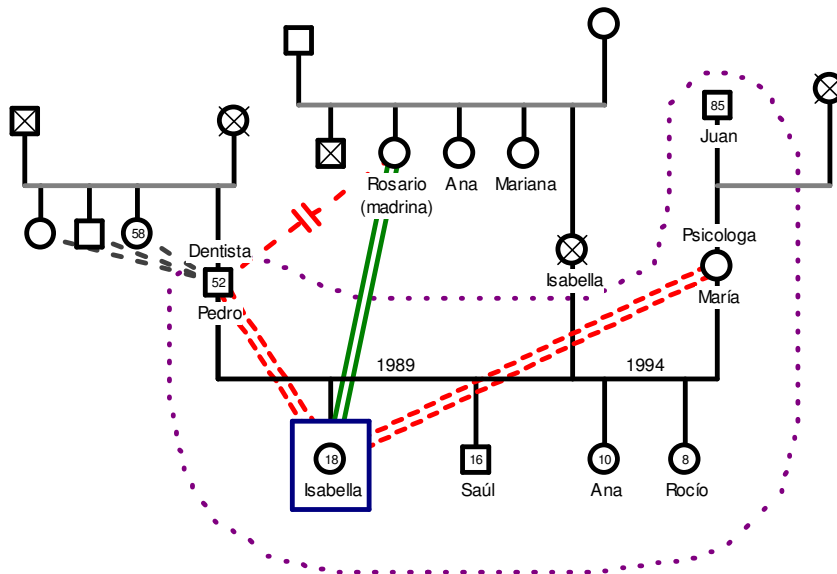
Carmona	Valeria Reyes Ramírez	Duelo y depresión	ISSSTE
Avedaño	Iván Romero de la R.	Inestabilidad emocional en la hija menor	ISSSTE
Rodríguez	Iván Romero de la R.	Dificultades emocionales en la hija adolescente	ISSSTE
Córdova	Consuelo Salcedo	Rebeldía y problemas escolares del hijo adolescente	ISSSTE
Maravilla	Alicia Flores Elvira	Violencia y problemas de pareja	Iztacala
San Román	Valeria Reyes Ramírez	Problemas de comunicación en la pareja y problemas en casa	Iztacala
Acevedo	Iván Romero de la Rosa	Cambios de carácter y problemas de pareja	Iztacala
Vargas	Consuelo Salcedo G.	Problemas de pareja y violencia intrafamiliar	Iztacala
Cruz	Alicia Flores Elvira	Problemas de pareja y violencia intrafamiliar	Iztacala
Reynoso	Valeria Reyes Ramírez	Niño agresivo, desobediente y con problemas escolares	Iztacala
Becerril	Iván Romero de la Rosa	Problemas escolares del hijo adolescente	Iztacala
Vicente	Consuelo Salcedo González	Deserción escolar del hijo menor	Iztacala
Sánchez	Alicia Flores Elvira	Violencia intrafamiliar y problemas en la relación madre-hija	CCH
Veloz	Valeria Reyes Ramírez	Nerviosismo a partir de un sueño	CCH
Meza	Iván Romero de la Rosa	Confusión en torno a identidad sexual	CCH
Gómez	Consuelo Salcedo G.	Hija rebelde, se fue de casa	CCH
Luna	Consuelo Salcedo G.	Problemas de relación tanto con padres como con su hermana	CCH
Juárez	Alicia Flores Elvira	Problemas de pareja	ISSSTE
Castillo	Iván Romero de la R.	Problemas para manejar el enojo y dificultades con hermana y pareja	ISSSTE
Román	Valeria Reyes Ramírez	Depresión y violencia intrafamiliar	ISSSTE
Díaz	Consuelo Salcedo G.	Las hijas solicitan saber cómo tratar a su madre, quien presenta depresión	ISSSTE

De las familias atendidas, se eligieron las dos primeras para ser analizadas y discutidas en el presente reporte, debido a que ambas son familias reconstituidas, es decir, son familias resultantes de un segundo matrimonio, y en ambas hay hijos adolescentes. A continuación se presenta la integración del trabajo realizado con cada una de ellas. Los

nombres de los miembros de dichos sistemas familiares fueron modificados para proteger su anonimato.

Análisis y discusión teórico-metodológica de las familias elegidas

Caso 1: Familia González



La familia González fue atendida en la sede del CCH Azcapotzalco, en el periodo de marzo a julio del 2008, acudieron a un total de 8 sesiones, y la intervención estuvo basada en el modelo estratégico. Como motivo de consulta, mencionan las dificultades en la relación padre – hija.

Antecedentes

Isabella solicita el servicio porque tiene dificultades frecuentes con su padre, describe la relación como inestable ya que a veces se llevan muy bien pero de repente “explotan” los dos y ninguno quiere “dar su brazo a torcer”, ambos quieren tener la razón. Relacionado con sus dificultades está la situación de la mala relación que sostiene con su madrastra. Su madre biológica falleció hace 16 años, al dar a luz a su hermano. Aproximadamente un año y medio después, su padre se vuelve a casar y refiere que desde entonces ha tenido ciertas dificultades con la pareja de su padre, pero habían sido llevaderas hasta su adolescencia.

Llama “mamá” a su nueva madre porque así se lo ha pedido siempre su padre y se acostumbró a llamarla así desde niña, sin embargo, al entrar a la adolescencia ella empezó a expresar su desacuerdo en esta situación y a cuestionar a su padre en frases como “TODOS somos una familia”.

Agrega que cuando estaba en 3° de secundaria se fue de su casa porque ya no aguantaba la situación, ya no dejaba que la trataran mal. Así, menciona que se iba a vivir con su madrina por un tiempo y luego regresaba a casa, esto ocurrió varias veces. Recientemente, comenta que debido a su padre, ella ha tenido que alejarse de la familia de su madre biológica, lo cual la entristece mucho.

Acudió a terapia por primera vez el año pasado, cuando habló con la psicóloga escolar del CCH por problemas escolares. La psicóloga fue quien le recomendó la terapia familiar y comenta que ella y sus padres asistieron a varias sesiones el semestre anterior y trabajaron sobre la relación con su mamá, sin embargo menciona que no sintieron mucho avance. Ahora considera que primero debe trabajar su relación con su papá para que la relación con su mamá pueda mejorar, ya que lo que ella busca es aceptación de parte de su padre sobre su manera de pensar y de sentir con relación a su familia. Por ello, se acordó que el proceso se centraría en mejorar la relación padre-hija, por lo cual acudieron a la terapia Isabella y su padre durante 8 sesiones en las que se trabajó con el modelo estratégico.

Objetivo terapéutico

El objetivo establecido fue mejorar la relación entre padre e hija, lo cual se traduciría en la posibilidad de mantener una conversación en la que ambos se escuchen y puedan llegar a entenderse, llegar a acuerdos, o poder ceder ante las peticiones del otro.

Hipótesis

- Es una familia con dificultades en la transición de etapas de su ciclo vital, desde la pérdida de la madre y el ajuste a un nuevo matrimonio, hasta esta nueva etapa de hijos adolescentes donde las dificultades se acentúan y provocan nuevos conflictos.

- Las dificultades en la relación padre - hija se sustentan en la fantasía del padre de tener una familia nuclear integrada y la negativa de la hija a formar parte de ésta, porque ella no la percibe así. Ambos esperan que sea el otro el que ceda a su forma de ver las cosas.
- El hecho de que Isabella juegue el rol de mala y grosera en su casa, le da a su padre un punto de acuerdo y de conversación con su esposa, le da a su padre una familia, sosteniendo así una relación de pareja en donde hay otras dificultades que no se están viendo, por prestar atención a las groserías de Isabella y a la necesidad de incorporarla a la familia que ellos han definido como integrada.

Intervenciones

- Se siguieron las etapas de la entrevista estratégica de Haley: se llevó a cabo la etapa social, la etapa del planteamiento del problema, seguida por la de interacción, donde se fueron identificando las secuencias de interrelaciones problemáticas y las alianzas y coaliciones presentes en esa familia. Después se planteó la fijación de una meta terapéutica.
- Como intervenciones o directivas terapéuticas se utilizó una diversidad de técnicas; en su mayoría se trató de tareas directas, donde se pedía a la familia que marcaran límites más claros, adoptaran jerarquías y responsabilidades acordes a sus respectivos roles y edades.
- El empleo del espacio y la posición estuvo presente en diferentes momentos y ejercicios realizados en la sesión: en una ocasión se utilizó una silla para representar el lugar de la madre difunta y establecer una comunicación con ella. En otro momento, se pidió al papá y a la hija que cambiaran de lugar el uno con el otro y asumieran el rol del otro para lograr un mejor entendimiento entre ellos.
- El énfasis en lo positivo estuvo presente a lo largo de todo el proceso: se subrayó la madurez de la hija y sus muestras de responsabilidad, el gran afecto que hay en la familia y en la relación padre-hija, el interés del padre por apoyar a su hija y tratar de hacer lo mejor por su familia, y se fueron subrayando los cambios favorables que se iban dando en la relación padre- hija, haciendo uso de la llamada *ampliación de una desviación*, como herramienta clave a lo largo de la terapia.

- En otro momento se recurrió al uso de una directiva paradójica, al pedirle a Isabella que hiciera lo mismo que hace su madrastra, esto es, ser grosera con ella, pero sólo cuando no estuviera presente su padre. También podría decirse que en esta tarea se estaba alentando la resistencia de la hija, y sí dio buen resultado.
- Uso de metáforas y analogías: a lo largo del proceso se usaron diversas analogías para describir la posición en la que se encontraban cada uno de ellos en su familia, así como para describir lo que querían. En una ocasión se le pidió a Isabella que hiciera un collage para representar lo que es importante para ella en su vida. También se utilizaron los cuentos como metáfora de la malvada madrastra, las fotografías para hablar de la madre difunta y trabajar sobre el duelo y la idealización de esta persona, y se recurrió a las historias de Harry Potter y Cenicienta para llevar a Isabella a ubicar el rol que está desempeñando en su familia.
- Adicionalmente, se emplearon algunas herramientas, como el uso del equipo reflexivo, para normalizar y resignificar aspectos considerados como problemáticos en esta familia pero que en realidad se dan en todas las familias, como el pedir permisos o la “maldad” de la madrastra.

Evaluación y discusión teórico metodológica

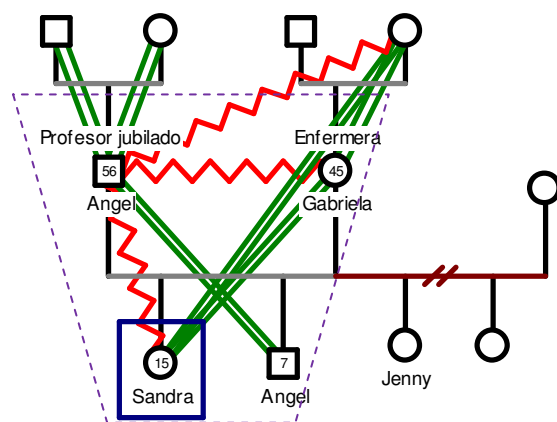
Dada la naturaleza del caso, con esta familia se trabajaron muchos aspectos de tipo estructural, debido a que como familia reconstituida aun tenían muchas dificultades en cuanto a la definición de roles, funciones, límites y jerarquías en la nueva familia. Estaba presente de manera muy fuerte el fantasma de la madre difunta y esto propiciaba una dinámica relacional conflictiva en la casa, dada la tendencia del padre a querer sustituir a la madre de sus hijos y vivir como una familia nuclear intacta, que por ende, ocasionaba actitudes de rebeldía en la hija, quien se negaba a aceptar la figura de su nueva esposa como el sustituto de su mamá. Además, la situación se complejizaba por las intromisiones de la familia materna, quienes dificultaban aun más la integración de la nueva familia y favorecían la división y los conflictos entre los hijos y la madrastra. Por ello, dentro del proceso terapéutico fue necesario trabajar sobre muchos aspectos estructurales y recurrir a técnicas distintas, no necesariamente las clásicas del modelo estratégico, pero siempre tratando de seguir el esquema del modelo y bajo el principio de echar mano de todas las herramientas que ayudaran a lograr el objetivo terapéutico.

En general, siento que hicieron falta más sesiones con esta familia, pues había muchas situaciones aún por resolver, como las dificultades de pareja, la relación entre Isabella y María, entre otras; sin embargo, dado que la meta para este proceso estaba centrada en la relación padre-hija, se dio por concluida esta terapia y se les sugirió iniciar un nuevo proceso más adelante para resolver las otras cuestiones pendientes en la familia, especialmente los problemas de pareja dada la inquietud del padre por separarse de su esposa.

Persona del terapeuta

Con esta familia, al principio me costaba trabajo comprender lo que estaban viviendo tanto la hija como el padre, dado que en lo personal me parecía difícil identificarme con ellos y sus posturas pues no tengo experiencias similares en mi vida personal ni había tenido mucho contacto con las particularidades de las familias reconstituidas. Conforme fueron avanzando las sesiones, fui logrando esa empatía cada vez con mayor cercanía y pude aprender mucho de ellos, como fue el cuestionarme mis propias ideas y paradigmas alrededor del concepto de familia.

Caso 2: Familia López



La familia López fue atendida en la sede del ISSSTE Tlalnepantla, en el periodo de febrero a mayo del 2008, acudieron a un total de 4 sesiones, y su intervención estuvo

basada en el modelo de terapia breve centrada en soluciones. Como motivo de consulta mencionaron que Sandra es demasiado “nerviosa” e insegura.

Como antecedente, Sandra refiere que siempre ha sido muy nerviosa, pero que últimamente se angustia muy fácilmente con cosas como los exámenes, el hablar frente al grupo o el ver un perro, por lo mismo casi no sale ni tiene amigos. Previamente, ha tenido problemas psicosomáticos como dermatitis en su infancia y acné ahora en la adolescencia. En una ocasión fue a terapia, por este mismo motivo, hace 5 años aproximadamente.

En casa su padre tiende a presionarla para que haga las cosas más rápido y sea más independiente, así que la regaña, a veces le grita y se desespera con ella diciéndole groserías. Su madre se preocupa mucho por ella, tiende a sobreprotegerla y a defenderla de su esposo, ha buscado apoyarla de diferentes maneras y por eso le sugirió la terapia. Lo que más le preocupa es que no tenga amigos y no salga como lo hacen otras chicas de su edad, teme que sea objeto de burlas de sus compañeros y que esto la vaya a marcar de alguna manera y le impida tener éxito en su vida adulta. Por ello, Sandra mantiene una relación muy apegada con su mamá y distante con su papá, quien se lleva mejor con su hermano.

Además, ambos padres presentan como queja que consideran que Sandra ha estado muy rebelde últimamente, pues se ha vuelto muy “contestona”, sin embargo, Sandra considera que esto en realidad no es un problema pues es algo que ella puede manejar muy bien y que incluso forma parte de su forma de ser.

Otro antecedente importante es que el padre tuvo una familia anterior a ésta, y aunque no se relacionan mucho con su primera familia, el padre comenta que con sus primeras hijas él vio que también ellas fueron muy tímidas de pequeñas y al llegar a la edad adulta se desarrollaron muy bien tanto en lo profesional como en lo personal, por lo cual confía en que Sandra podrá salir adelante por sí misma y que ellos como padres deben dejarla enfrentar sus temores y vivir su vida.

Objetivo terapéutico:

Que Sandra desarrolle más su seguridad personal y logre mostrarse más relajada ante las situaciones estresantes para ella.

Hipótesis

El nerviosismo de Sandra le permite mantener una relación muy estrecha y cercana con su madre, sentirse apoyada, y a la señora le sirve de pretexto para tener un tema de conversación, y de reclamo, hacia su esposo, con quien mantiene una relación conflictiva. Por su parte, el padre minimiza “la problemática” de la hija, entrando en simetría con la esposa y trayendo a colación otros reclamos para ésta.

Intervenciones

- Unión
- Pregunta del milagro.
- Búsqueda de excepciones y ampliación de las mismas a lo largo de todo el proceso terapéutico.
- Reencuadre de la conducta “nerviosa” como el recurso de la precaución.
- Reencuadre de las exigencias del esposo hacia su mujer como un deseo de estar más tiempo con su familia.
- Búsqueda de recursos.
- Reforzamiento y ampliación de los recursos y soluciones que se fueron presentando.
- Normalización del nerviosismo como algo natural ante situaciones estresantes, y de la rebeldía como parte de la adolescencia.
- Normalización de los distintos estilos parentales.
- Se abrieron canales de comunicación para temas propios del subsistema conyugal.
- Preguntas de escala.
- Preguntas presuposicionales.
- Tarea genérica.

Evaluación y discusión teórico metodológica

La terapia se desarrolló adecuadamente, apegada al modelo de soluciones, excepto por la primera sesión en la que se retomaron aspectos del modelo del MRI, pero en general se aplicaron la mayoría de las técnicas del modelo y éstas fueron dando resultados rápidamente, llevando a la alta del caso con prontitud y satisfacción de la paciente. En total se trabajó con esta familia durante 4 sesiones, dos de las cuales se llevaron a cabo sólo con la paciente identificada, una con ella y su madre y otra con toda la familia.

Pienso que, en términos generales, fue un proceso terapéutico exitoso, en el sentido de que la chica fue descubriendo poco a poco sus recursos y habilidades y fue resolviendo por sí misma sus dificultades que la llevaron a terapia; fue un proceso en el que el modelo de soluciones se fue incorporando en la paciente de tal manera, que fue mejorando radicalmente en cada sesión, por lo cual considero que fue un proceso exitoso en lo que a la hija se refiere.

Algo que no pudimos abordar a profundidad son las obvias dificultades conyugales presentes en esta pareja, que, aunque sí se tocaron y se hicieron sugerencias, no se les pudo dar seguimiento debido a la falta de disposición de los padres para ello, en especial del padre, quien no consideraba necesaria la terapia, y aunque la madre sí mostraba disposición a asistir, más que buscar un cambio, buscaba quejarse de su esposo y encontrar aliados; sin embargo no mostraba disposición a hacer cambios en sus patrones de conducta, y esto fue muy evidente cuando, después de haber tocado el tema de las dificultades conyugales, ni el padre ni la madre se presentaron nuevamente a la terapia y sólo enviaron a su hija.

Persona del terapeuta

Algo interesante y enriquecedor para mí en este caso fue el haber trabajado con el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, dado que en ese momento era un modelo que aun no revisábamos en clases, por lo cual la guía de mi supervisora resultó fundamental en cuanto a la aplicación del modelo y hasta después me daba cuenta de qué técnica había aplicado en esa sesión con Sandra. Fue enriquecedor trabajar así

porque me obligó a leer un poco más pero sobre todo porque me permitió ver en la práctica la efectividad de un modelo que aun no conocía bien, y conocer la riqueza que emerge en las personas cuando nos centramos en sus recursos y en las soluciones.

Otro aspecto que me permitió trabajar este caso fue el ajustarme al ritmo de la paciente, es decir, lograr hacer una adecuada unión con la chica, pues algo característico tanto de ella como de su madre es que ambas hablaban a un ritmo muy lento, y tardaban unos segundos en contestar a las preguntas, lo cual al principio me parecía extraño, como si no me hubieran entendido o no quisieran contestar, pero luego supe adaptarme a su ritmo. Incluso el equipo comentaba que se desesperaban con el ritmo que tenían y mi supervisora también me señaló que parecía que yo trataba de apresurar los cambios y el ritmo de la chica; sin embargo, a partir de esa observación pude relajarme y ajustarme a sus tiempos, lo cual me ayudó a ser más consciente de los ritmos de cada persona a la que trato.

Una cuestión que fue un poco difícil de manejar para mí, en este caso en particular, fue el trato con el padre, dado que yo sabía que él no quería ir y que, según comentó, no cree en los psicólogos; por tanto, se presentó tarde y molesto a la sesión, alegando que no sabía para qué estaba ahí, y luego respondía a las preguntas con comentarios sarcásticos a manera de broma. A partir de ello, la supervisora a manera de coterapia, me llevó a adoptar también un tono similar al del esposo, para abordar los temas de familia que queríamos conocer y empezar a establecer negociaciones. Sin embargo, en mi opinión, el señor aceptó casi de manera forzada “el colaborar con nosotros” y acceder a ceder ante ciertas peticiones de su esposa, a cambio de algunos otros convenios que él propuso a su mujer, y creo que esto mismo propició el hecho de que la pareja ya no regresara a la terapia, pues eran cosas que ellos no querían abordar y que para ellos tal vez no tenían mucha relación con el motivo de consulta.

Tema: Familias Reconstituidas

Como se puede observar, los dos casos analizados en este trabajo tienen algunos elementos en común: ambas son familias resultantes de segundos matrimonios, con madrastra en alguna etapa de la vida familiar, y con hijas adolescentes como pacientes identificadas. Por ello, se desarrollará el tema de *Familias reconstituidas* como elemento fundamental de este apartado y se retomarán algunas de las experiencias vividas con estas familias para ilustrar los puntos analizados.

Quiero comenzar por aclarar que decidí utilizar el término de *familias reconstituidas* por ser el más difundido en nuestro contexto, sin embargo, considero importante mencionar que no existe un consenso muy claro respecto a cómo llamarlas, lo cual, me parece que es una muestra de la complejidad inherente a este tipo de familias.

Entre los diferentes términos utilizados, puedo mencionar que los autores que revisé hablan de familias reconstruidas, pluricompuestas, mixtas, recasadas, reorganizadas, ensambladas, familias resultantes de segundas nupcias, y por supuesto, de familias reconstituidas. Las diferentes denominaciones responden a que los autores consideran que algunas de estas palabras tienen cierta connotación negativa y tratan de darles un nombre más apropiado. Esto me parece importante pues, si aun entre los profesionales los diferentes términos causan controversia, entre la sociedad general esto es aun más marcado. De cualquier modo, creo que cualquiera de estos términos podría ser interpretado de maneras negativas, dada la tendencia en nuestra cultura a calificar lo diferente como “malo” o inadecuado; en mi opinión, lo importante es señalar que se trata de familias con características distintas a las de la familia nuclear intacta, y por tanto son simplemente diferentes, no son ni mejores ni peores, solamente distintas pero igualmente son una familia.

En general, la familia reconstituida es aquella “que está conformada por un nuevo matrimonio en el que uno o los dos esposos aportan uno o más hijos de su matrimonio previo.” (Roizblatt, 2007, p. 170). Dicho de otra manera, “La familia reconstituida estaría formada por parejas estables, matrimoniales o no, en las que alguno de ellos ha estado anteriormente casado y viven con hijos menores o mayores propios o de uniones anteriores.” (Navarro & Pereira, 2000, p. 231). Por tanto, considerando estas definiciones,

en este trabajo se tomará como familia reconstituida aquélla conformada por una pareja estable, en donde alguno de sus miembros aporta uno o más hijos de uniones anteriores.

Así, puede tratarse de dos personas divorciadas, o de una soltera y una divorciada, o bien, uno o ambos pueden ser viudos o padres solteros que deciden establecer una relación de pareja comprometida, ya sea mediante el matrimonio o la unión libre, y al menos uno de ellos aportará uno o varios hijos a la nueva familia. De este modo, podemos observar que existe una gran diversidad de estructuras dentro de las llamadas familias reconstituidas.

El interés en este tipo de familias obedece a que en la actualidad se observan cada vez más familias reconstituidas, lo cual se puede relacionar con diferentes factores: por un lado, se observa un notable incremento en el índice de divorcios, un gran número de familias monoparentales y otro tipo de situaciones familiares, como la viudez, que favorecen que cada vez sea más común formar una familia reconstituida, por otro lado, están los factores culturales, pues podemos encontrar culturas donde es aceptado el tener varias esposas, o en sociedades antiguas, era común que si un hombre enviudaba tuviese derecho a casarse con la hermana menor de su difunta esposa; hoy en día también nos topamos con la influencia que hemos recibido a través de los medios de comunicación que, gracias a los avances tecnológicos, nos permiten estar en contacto frecuente con valores, opiniones, actitudes e ideas que provienen de otros lugares, que están influenciando nuestra cultura y nos llevan a cuestionar nuestras tradiciones, con lo cual, el concepto mismo de familia y su función están siendo puestos en duda. (Gergen, 2006).

Así, podemos observar un incremento en el número de familias reconstituidas como una tendencia a nivel mundial, pues según las estadísticas:

En Estados Unidos (1998), los censos reportan que el 90% de los estadounidenses se casan por lo menos una vez, el 50% de los que se casan terminan en divorcio (el promedio es de 7 años de casados), el 75% de los que se divorcian se vuelven a casar, y existe un 30% de familias uniparentales y 20% de familias reconstruidas. (Gómez & Weisz, 2005. P. 26).

De hecho, algunos autores afirman que la familia reconstituida será, en pocos años, la configuración familiar más común en Estados Unidos. Además, de acuerdo a Roizblatt

(2007), aproximadamente el 80% de las personas separadas se vuelven a casar, y 60% de estos segundos matrimonios incluyen a un adulto que tiene a un hijo(a) viendo con él (ella).

En México, aún no existen estadísticas claras sobre las familias reconstituidas, y aunque nuestras cifras no se asemejan a las de Estados Unidos, sí se observan algunas similitudes, como es el incremento en el número de divorcios y de otras formas familiares distintas a la familia nuclear intacta. De acuerdo al INEGI, mientras que en 1970 había 3.2 divorcios por cada 100 matrimonios, para el 2007 se registraron 13 divorcios por cada 100 matrimonios.

Según el Censo de Población y Vivienda del INEGI, en 1995, 9 de 10 diez jefes de familia en México se han unido una sola vez en toda su vida. Los jefes que han disuelto su unión conyugal en una o más ocasiones, o bien que enviudaron y volvieron a formar pareja representan el 8.6% a nivel nacional. Por su parte, dice que las cónyuges que se han unido en 2 o más ocasiones representan el 5.4% a nivel nacional. Lo cierto es que, aunque la familia nuclear sigue siendo la forma familiar predominante en nuestro país, esta tendencia está cambiando notablemente.

De acuerdo a los datos censales del INEGI (2000), el porcentaje de hombres y mujeres divorciados es notoriamente diferente para uno y otro grupo. Para los hombres el porcentaje es de 0.6% y para mujeres 1.3%. Esta diferencia se explica en parte porque los hombres, en mayor proporción que las mujeres (8.7% frente a 6.6%) entablan segundas y terceras uniones.

De ahí la importancia de que, como terapeutas familiares, conozcamos las particularidades propias de este tipo de configuración familiar y de sus necesidades específicas, pues resulta muy importante que podamos responder a las necesidades de nuestra sociedad y sus familias, ampliando nuestros propios paradigmas de acuerdo a los cambios que se observan día a día en nuestros sistemas familiares. Aunque la reconstitución familiar no es un fenómeno nuevo, sí se trata de una forma familiar que se está incrementando y que suele ser objeto de críticas o discriminación por ser distintas a la familia convencional, por lo que debemos ser cuidadosos y evitar hacer lo mismo en terapia. Para ello, resulta fundamental que como terapeutas tengamos claro cuál es

nuestro propio concepto de familia y todas las creencias vinculadas a éste, y así tener claro desde donde estamos partiendo.

Otro aspecto importante para la elección de este tema, es que con frecuencia recibimos en terapia a estas familias con dificultades relacionadas a su configuración estructural. Por ejemplo, durante el semestre 08-2, en el CCH Azcapotzalco, 3 de las 6 familias con las que trabajamos eran reconstituidas. De hecho, de acuerdo a Robert y Michele Neuburger (1997), estas familias piden ayuda más fácilmente, pues tienen la consciencia de ser diferentes y por ende, la forma en que definen sus problemas suele ser diferente. De ahí que estos autores afirmen que los mismos problemas de cualquier familia pueden ser más difíciles de resolver en una familia reconstituida. En este sentido, creo que influyen mucho los constructos sociales acerca de “normalidad” en torno a cómo debe ser una familia, ya que como ellos se saben distintos de la familia nuclear tradicional, suelen percibirse como “anormales”, “disfuncionales” o simplemente distintos, con la connotación e implicaciones que conlleva el ser diferentes, y los consiguientes significados que le atribuya cada familia y su entorno.

De acuerdo a Navarro y Pereira (2000), las familias reconstituidas son un reto, tanto para ellas mismas como para los terapeutas, ya que su comprensión y abordaje implican un paradigma familiar nuevo que rompe con las creencias tradicionales sobre la familia. Se trata de una estructura familiar alternativa que se parece muy poco al hogar familiar uninuclear, sin embargo, suele ser muy difícil renunciar a esta idea tradicional de familia. Por ello, su propuesta es ayudar a las familias a que asuman un nuevo modelo de familia, en el que las fronteras, los roles y las relaciones se caractericen por la flexibilidad y la permeabilidad.

Esta idea nos lleva a cuestionar cómo es que formulamos nuestras construcciones de la realidad, ya que decir que se toma como referencia al hogar familiar uninuclear como punto de referencia para considerar cualquier otra forma de familia. Pienso que esto es algo muy propio de nuestro contexto, de nuestra idea occidental de familia, porque seguramente en otros lugares y sociedades el parámetro suele ser muy diferente y si se toparan con una familia conformada por un matrimonio y sus hijos, quizás les parecería una forma extraña de organizarse. Si partimos de los datos censales, podemos observar que hay muchas otras formas de organización familiar y que la diversidad se incrementa

con los años, por lo cual, considero que este referente de familia nuclear como modelo, es algo que ya se está cuestionando y que poco a poco se irá transformando en nuestro contexto social.

Esta idea es apoyada por los diferentes autores revisados; por ejemplo, Betty Carter (1996) habla de la necesidad de contar con un paradigma enteramente nuevo sobre la familia, tanto para los terapeutas como para la sociedad, que dé cabida a las complejidades de las familias resultantes de segundos matrimonios. Este nuevo paradigma deberá fomentar un sistema familiar abierto y flexible, donde los roles y las relaciones puedan ser modificadas, donde haya fronteras permeables que les permitan a los hijos ir y venir fácilmente, según lo acordado, que haga posible tener líneas abiertas de comunicación entre los ex cónyuges y entre padres, hijos, abuelos y otros parientes. Además, ese nuevo modelo fomentaría la aceptación de las responsabilidades y sentimientos del ex cónyuge y haría posible la revisión y reformulación de los roles basados en el género de la familia tradicional.

Otra noción interesante con relación a esto, es la afirmación que hace Neuburger (1997): “las familias pluricompuestas están a menudo convencidas, de que el origen de sus dificultades reside en la propia pluricomposición.” (p. 72). Por ello, propone que en terapia se las valide como familias, para poder diferenciarlas de la crítica o de la autocrítica que las constituye como disfuncionales por el mero hecho de que son familias reconstituidas. Así, al ser reconocida como grupo válido por el terapeuta y por sí misma, será más fácil abordar los problemas con los que se enfrente cada familia en particular.

Asimismo, Roizblatt (2007) menciona que una de las situaciones más frecuentemente observadas en este tipo de familias, es la dificultad en su definición, pues el concepto socialmente difundido de familia hace que para ellos resulte complicado definir a su propia familia y esto les afecta en su identidad. Además, agrega que “este tipo de familias NO es como las biparentales biológicas-nuclear-intacta, y tener eso claro, aunque para algunos resulte difícil de aceptar, alivia, disminuye algunos conflictos y permite prepararse para las alteraciones normales que presentan” (p. 175).

En este punto entra nuevamente el debate con relación a cómo nombrar a estas familias, pues si bien es cierto que no se ajustan al concepto de familia tradicionalmente difundido,

también es cierto que sí son una familia, sólo que no igual a la nuclear intacta. Es entonces cuando aparecen los apellidos a la palabra “familia” y surgen conceptos como “familia reconstituida”, o reconstruida, o cualquiera de sus denominaciones profesionales. Sin embargo, estos nombres son poco conocidos entre la población general y además suelen percibirse como sinónimo de patología, lo cual, no favorece precisamente a facilitar ese desarrollo de la identidad de la que habla Roizblatt.

Recientemente, en un encuentro de psicólogos, tuve la oportunidad de explorar las ideas en relación a estos nombres, y uno de los aspectos en los que parecía haber un consenso, es en que el nombre de familia reconstituida es un nombre que suena raro. A partir de una encuesta realizada en este evento, encontré que a algunos les daba la idea de una familia que se volvía a reorganizar, o a levantar, después de haber tenido problemas, a otros les parecía que se trataba de familias en donde se incluye a un miembro extraño, y a la mayoría de ellos, les daba la impresión de que tenía que ver con personas dañadas o con problemas. Entonces, partiendo de estas nociones y las reflexiones alrededor de ello, se habló de la importancia de abordar estos temas con las familias que estén viviendo este proceso y poder conversar con ellas en relación a cómo se perciben, cómo se definen, y en caso de encontrar confusión, favorecer la construcción de una identidad propia, de acuerdo a sus particularidades, lo cual podría facilitarse a través de buscar con ellos un nombre adecuado para su sistema, o quizás una metáfora que los represente.

En este sentido, Anderson (1999) señala que hoy en día es casi imposible dar a la palabra “familia” un significado único, porque las familias vienen en muchos tamaños, formas y variedades, con lo cual, el término *familia* requiere múltiples definiciones cambiantes. Así, nos encontramos con que la idea de familia ha cambiado mucho, hasta incluir una variedad rica y en continuo aumento de unidades familiares, pero esas nuevas definiciones generalmente se mezclan con infinidad de estereotipos, mitos, prejuicios y valores que se imponen tanto a clientes como a los terapeutas, lo cual los limita y les impide ver en cada familia un conjunto de personas que ven el sistema relacional llamado familia según su propia definición.

Asimismo, como resultado del taller y a partir de sus propias experiencias como psicólogas o como miembros de familias reconstituidas, surgió la propuesta de llamarlas

“familias tornasol” por considerar que se trata de sistemas en los que su complejidad puede mostrarnos diversas tonalidades, algunas muy hermosas, otras un poco indefinidas o intermedias entre los colores, todo ello dependiendo desde donde se las mire. Probablemente si se observan desde una postura tradicional, puedan percibirse como diferentes, anormales e incluso amenazantes para los valores establecidos, pero si se las mira desde una postura posmoderna, o bien, que asuma el respeto a la diferencia y a la elección de formas de vida propias, seguramente se podrá apreciar la riqueza e incluso la belleza implícita en las diferentes tonalidades que forman parte de ella.

Todas estas reflexiones, nos llevan a señalar, como dicen Gómez y Weisz (2005), que iniciar una familia reconstituida es como emprender un viaje en el que no existe un mapa con señalamientos específicos, es decir, cada familia tendrá que elaborar su propio mapa, puesto que los modelos de familias nucleares ya no son aplicables.

Los aspectos anteriormente mencionados se observaron muy claramente en la primera sesión con la familia González, donde, al terminar la sesión, después del mensaje, el padre expresó su preocupación por ser una familia diferente y “disfuncional”:

Sr. González: “¿Le puedo hacer una pregunta? Ustedes me podrían decir, ¿tengo una familia o tengo dos familias? ¿Es correcto poder tener dos familias dentro de una? Porque yo no quiero (...) quiero integrado todo. (...) Yo le preguntaba porque a lo mejor uno puede estar con una idea fija, y no sabe que está equivocado verdad (...) Bueno, según lo que he leído y visto somos una familia disfuncional, ¿no?. O sea, cuando fallece mi esposa ya somos una familia disfuncional porque ya no funcionamos todos los miembros que debíamos de estar y empiezan a indagar otras personas, como son mis cuñadas, y al momento en que yo quiero, y aprovechando que son pequeños ellos y hay una relación con alguien que yo quiero, esa oportunidad de volver otra vez a integrarme, pero claro, hay personas que ya no nos van a permitir funcionar.”

Como se puede observar en el caso de la familia González, existen muchas ideas y situaciones que afectan la definición de la familia reconstituida y su identidad, pues, a pesar de ser una familia reconstituida desde hace 14 años, siguen sin tener definida su identidad familiar: “¿tengo una familia o tengo dos familias? ¿Es correcto poder tener dos familias dentro de una?”. Estas frases son la expresión de una confusión respecto a lo que es o no es una familia, pues pareciera que este hombre conservaba la idea tradicional de la familia como aquella conformada por papá, mamá e hijos, lo cual no coincide con su realidad actual, pero se rehúsaba a renunciar a este esquema expresando:

“pero ahorita me surgió esa inquietud porque a lo mejor es algo que yo no he podido asimilar o entender, que estoy terco a que quiero tener una familia, pues sí, quiero tener una familia (...) cuando fallece mi esposa ya somos una familia disfuncional porque ya no funcionamos todos los miembros que debíamos de estar.”

En este caso se observa claramente la premisa de la familia tradicional como el único esquema válido de referencia, lo cual lleva al Sr. González a calificarse como “disfuncionales” por salirse de ello, o como él lo comenta, por el hecho de no contar con todos los miembros que “deberían” estar. Sin embargo, el hecho de adjudicarse una etiqueta tan fuerte como parte de su identidad familiar, conlleva implicaciones muy desfavorables, pues pareciera que haber perdido un miembro esencial los condena a vivir siempre como “disfuncionales”, con todo lo que eso signifique para él y su familia.

Adicionalmente, en esta familia, se observa cierta dificultad para definir sus roles, dado que quieren seguir el esquema de la familia tradicional, por ejemplo, en una sesión el padre comentó:

“Inclusive a ellos les han dicho que son medios hermanos respecto a mis dos pequeñitas, yo no lo veo por mitades, no puede ser ese término, aunque exista, pues es algo que lastima”. Por su parte, en la 3ª sesión, después de que el papá le reclama a su hija que no llame “mamá” a su esposa frente a sus tías, la hija contesta: “Es que mis tías sí me escuchan decirle mamá, sí lo saben y me han escuchado y aunque no les guste lo hago. Eso no me afecta, porque yo a ella no le tengo que decir a fuerzas mamá, hay veces que estamos en la casa y le digo María. Yo le digo mamá por mi papá, entonces llego a decirle María por ella, por mis tías; o sea, no le digo mamá porque yo quiera decirle mamá, es porque se me hizo costumbre. (...) Yo quiero decirle María, pero el problema es con mi otra hermanita, es que cuando lo hago se me queda viendo feo.”

Como podemos observar, ésta es una situación muy común que se puede observar en las familias reconstituidas que llegan a terapia, hay dificultades respecto a usar los tradicionales nombres de mamá, papá, hermano, hermana, etc., y es que, siguiendo a Navarro y Pereira (2000), la entrada de un nuevo miembro reorganiza estructuralmente a la familia forzando la definición de nuevos roles, pues una vez que se han casado los dos esposos, se funciona como una familia con dos núcleos, con dos subsistemas de pareja, dos subsistemas de padres-hijos, y cuatro familias extensas.

En el caso de los López se puede observar que el hecho de formar una nueva familia también abre otro mundo de posibilidades para los hijos, ya que en este caso, cuando la hija mayor del Sr. López era adolescente y tuvo problemas con su madre, tuvo la opción de irse a vivir a la nueva casa del padre. Esto ilustra claramente el hecho de que, al con dos núcleos familiares, se abren otras opciones y organizaciones para los miembros de estas familias.

Si consideramos todo esto, podemos observar que los niños que viven en familias reconstituidas se encuentran en un contexto mucho más complejo que sus padres, porque participan de dos sistemas familiares a la vez. Por ello, “Si los nuevos consortes apresuran a los niños en la adaptación a la nueva familia, en lugar de permitirles desarrollar una compleja solución para un complejo problema, es muy posible que éstos respondan con una actitud congelada” (Minuchin, 1994, p. 70). Esto nos explica que sea tan común que las familias que solicitan terapia lleguen con un síntoma en alguno de los hijos, que se conecta con el resto del sistema familiar.

Otro aspecto referido por Carter y McGoldrick (1989 citado en Roizblatt, 2007), es que para las familias reconstituidas la sociedad habitualmente ofrece elegir entre dos modelos conceptuales, pero ninguno de los dos funciona: que la familia sea como una familia intacta, o bien, que sea como las familias con las terroríficas madrastras y padrastros de los cuentos.

Esta idea se ve claramente ilustrada en los casos trabajados, pues si observamos a la familia López, vemos que asumieron el modelo de familia intacta, el señor se casa nuevamente y hace como si iniciara de cero una nueva familia y así han funcionado bien desde entonces, con los respectivos acuerdos económicos con su primera esposa; pudieron marcar sus límites y vivir bajo este modelo de familia tradicional sin mayores dificultades, excepto en el periodo en que acogieron a Jenny que, por la propia organización familiar, sólo duró unos meses. En el periodo de consulta, la familia refiere tener muy poco contacto con la primera familia del padre, conocen a las hijas pero dicen verlas muy poco porque *“ya están grandes, ya tienen su propia vida”*.

En cambio, en el caso de los González no pudo ser así, a pesar de que ésta era la intención del padre al formar un nuevo matrimonio, pues, considerando que sus hijos eran

aun muy pequeños, se casa nuevamente con la ilusión de darles una nueva madre a sus hijos y vivir como cualquier otra familia nuclear; sin embargo, lo que no consideró fueron las influencias de la familia de origen de su difunta esposa, quienes no permitieron que la nueva mujer ocupara el lugar de su hija y esto, entre otras circunstancias, favoreció a crear la imagen de la “malvada madrastra”. Considero que una situación que influyó mucho en este sentido, son las lealtades familiares, las cuales, tanto a la familia de origen de la primera esposa, como a Isabella, les dificultaron en gran medida la asimilación de la nueva mujer.

Las lealtades invisibles son las herencias de obligaciones transmitidas transgeneracionalmente, por tanto, son mandatos que operan en un nivel por debajo de la conciencia, pero que moldean y dirigen la conducta individual. Son una forma de pagar deudas familiares adquiridas por las generaciones pasadas y metáfora de los vínculos de lealtad en el grupo en el plano inconsciente, por lo que puede generar conflictos y dificultades relacionales en las familias (Boszormenyi-Nagy y Spark, 2001).

Así, de acuerdo a Boszormenyi-Nagy y Spark (op. cit.), la lealtad es un sistema de obligaciones que se encuentra regulada acorde con los sentimientos de culpa que sirven a la homeostasis del sistema familiar, perpetuando los comportamientos estereotipados en las familias. Por tanto, dependiendo de la rigidez del sistema de lealtades originario será más fuerte el desafío de crear o transformar nuevas alianzas. En el caso analizado se observa una diversidad de conflictos relacionados con la rigidez del sistema y el conflicto de lealtades ante los cambios de la configuración familiar.

Como señalan Navarro & Pereira (2000), “la pareja parte con la idea de que la nueva situación puede beneficiarles a ellos y a los hijos y, de hecho, puede ser así, aunque lo más frecuente es que las nuevas parejas sean vistas como intrusas por los hijos, ya que todos van a perder algo de la exclusividad que tenían con sus padres” (p. 243). Y esto ocurre no sólo con los hijos, sino con los suegros y otras figuras importantes de las familias de origen y extensa, quienes, por lo general, tienden a percibir a los nuevos cónyuges como intrusos, dificultando así su integración y adaptación a la nueva etapa de dicha familia, como ocurrió en la familia González, donde el padre expresa:

“Mi hija hubiera tenido problemas con cualquier persona nueva, por lo que le decían sus tías, de que no podía tener otra mamá”. A su vez, la hija dice: “mis tías me decían: ‘es una bruja’, y yo decía: ‘sí, es una bruja’, entonces ella no hizo nada para quitarme esa imagen.”

Por ende, aquí se conjuntan por lo menos dos cosas importantes, por un lado está el fallecimiento de la madre, el duelo familiar consiguiente y sus respectivas implicaciones, y por el otro lado entra el mito de las madrastras y la interpretación particular que se le dio en esta familia al nuevo matrimonio.

La formación de una nueva familia tras un fallecimiento

Hay algunas cuestiones de género que surgen en las familias formadas tras el fallecimiento de un progenitor: a un padrastro se lo puede percibir como a la persona que rescata a la familia de la pobreza tras la muerte del principal encargado de mantenerla, mientras que la mayoría de los niños tienden a sentir que su madre es irremplazable. Sin embargo, cuando los hijos son pequeños, un padrastro, e incluso una madrastra, serán aceptados como “verdaderos” padres a su debido tiempo si el progenitor de los chicos puede ayudarlos a elaborar su duelo y a aceptar a la nueva persona por derecho propio, en lugar de unirse a sus hijos en el deseo de encontrar un “reemplazante” y continuar con la vieja familia en todos sus aspectos (Carter, 1996, p. 373).

En el caso de la familia González es evidente que hizo falta la elaboración de un duelo adecuado y que esto se convirtió en un obstáculo para la integración de la nueva familia, pues en vez de que la nueva esposa se ganara su lugar por derecho propio, se intentó continuar con el modelo de familia intacta tratando de “negar” o hacer a un lado el pasado familiar. En la 3ª sesión, el padre comentó que al fallecer su esposa, por sugerencia de un psicólogo, él quitó y guardó todas las fotos, la ropa, las alhajas y todas las cosas de su esposa, con lo cual, sus hijos, sólo conocían a su madre por las fotos que veían en la casa de su abuela materna y las historias que ahí les contaban, pero en su casa en realidad no se hablaba mucho de ella ni había nada de ella. En esa misma sesión Isabella dijo:

“En una ocasión vi unas fotos accidentalmente, al sacar unas sábanas y las empecé a ver y, yo ya conocía a mi mamá por unas fotos que estaban en casa de mi abuelita, pero eran así no más de la cara, eran nomás 3.”

Todo esto fue cuestionado y revisado en la terapia, se hizo un ejercicio en el que, tanto el padre como la hija, se comunicaron con ella y se dejó un ritual para el padre y sus dos

hijos mayores en el que sacaron esas fotos que estaban guardadas y hablaron de cómo era ella en la vida cotidiana, con sus defectos y particularidades que la hacían una persona como cualquier otra.

Esto se trabajó porque, como dice Carter (1996), aunque las familias reconstituidas tras el fallecimiento de un cónyuge cuentan con la ventaja de que no hay ningún ex que interfiera, los fantasmas pueden ser aun más poderosos, en especial dada la tendencia a idealizar a alguien a quien se pierde prematuramente. Esto era muy evidente en el caso de la familia González, donde la familia de origen de la mamá se encargó de idealizarla frente a sus hijos sobrevivientes, y el propio padre, al decir que a ella la amaba mucho y la sigue amando como nunca podría amar a nadie más. Por tanto, esto se trabajó en la terapia siguiendo la idea de Carter (op. cit.) que dice:

Hablar, recordar y reconocer las fallas y debilidades humanas de la persona muerta ayuda a exorcizar el fantasma, pero nada de esto puede hacerse sin la activa conducción del progenitor sobreviviente. Los hijos que son adolescentes o mayores generalmente rechazan los intentos de “reemplazar” al progenitor fallecido, y el padrastro o madrastra prudentes respetarán esa posición (p. 373).

Las familias con una madrastra

Aunque la familia con una madrastra no es la composición más común entre las familias reconstituidas, diversos autores coinciden en que éste es el rol más difícil a desempeñar en la nueva familia, y lamentablemente, también es el menos estudiado. En la literatura y el cine ha sido tema de interés y siempre ha salido, tal vez injustamente, mal parada, posiblemente porque se asocia con la pérdida de la madre y el desamparo de los hijos que caen en las “garras” de esa persona “malvada” que es la madrastra que se apodera sin compasión del padre (Navarro & Pereira, 2000).

Se sienten como ciudadanas de segunda clase en esa familia, son rechazadas por esos hijos y el padre también la percibe como alguien que no satisface sus necesidades, sobre todo cuando hay falsas expectativas del rol “como si fuera la mamá” que debiera cumplir (Roizblatt, 2007, p. 180).

Por su parte, Betty Carter (1996) señala los problemas predecibles en torno al tema de la “madrastra malvada”:

1. El padre, o su nueva esposa, o ambos, pueden dar por sentado que *ella* se hará cargo de los hijos de él, lo que provocará una gran resistencia de los hijos y la madre de éstos.
2. La relación del padre con sus hijos puede ser tan distante o conflictiva que su nueva esposa intervendrá para protegerlo o ayudarlo, con lo que quedará atrapada en el medio.
3. El padre y su nueva esposa pueden considerar que los “pobres chicos” necesitan mucho cariño para compensar la desdicha que han sufrido y creer que ese cariño sólo puede brindarlo una mujer. Los hijos de él rechazarán las presiones de la nueva esposa por acercarse a ellos, y a ella tal vez le moleste sentir que debe darles “amor” a unos niños “groseros e ingratos”, en especial si su marido critica sus esfuerzos.
4. El padre puede aceptar en principio hacerse responsable de sus hijos pero estar tan ocupado con su trabajo, o ser tan inexperto, que la nueva esposa se sentirá obligada a tomar las riendas que él ha soltado.
5. La segunda esposa puede sentir que ocupa un lugar subalterno al de los hijos y terminar compitiendo con ellos por la atención de su marido.

Adicionalmente agrega que, otra causa de rivalidad dentro de la nueva familia está condicionada a partir de los roles de género tradicionales, que indican que las mujeres deben hacerse responsables del bienestar emocional de la familia, lo que provoca un enfrentamiento entre madrastra e hijastra, además de colocar a la ex esposa y a la nueva mujer en posiciones antagónicas y rivales (Carter, 1996).

La mayoría de las situaciones anteriormente mencionadas se presentaron en el caso de la familia González. El padre se vuelve casar con la esperanza de rehacer su familia y brindarles una nueva madre a sus hijos, que pueda darles el cariño que requieren y compensarlos por el sufrimiento que habían vivido; sin embargo, también aparecen las resistencias de parte de los hijos y familia extensa a aceptar esta nueva mujer, especialmente de parte de la hija, quien con el tiempo establece alianzas con sus tías maternas y se coaliga con ellas en contra de su nueva madre.

Durante la 7ª sesión con los González, después de un periodo de aparente armonía y estabilidad, se presentó la siguiente discusión entre el padre y su hija:

I: Es que no entiendo porqué eso es un problema.

P: Pues porque me estás diciendo que no estás a gusto en la casa, que no quieres estar con nosotros, entonces qué fregados haces con nosotros, si es para sacar provecho, ¿eso también lo puedes sacar de tus tías!

I: Es que no es lo mismo. ¡Entiende que yo no busco tener una familia con ella! (la madrastra)

P: Pues yo sí.

I: Pero no eres tú. Es que no puedo, una familia no se lastima, o quizás sí se lastimen, pero son cosas que no te marcan, y con ella sí, son cosas que me tienen marcada y que trato de olvidar pero es muy difícil.”

Más adelante, en esa misma sesión, la hija le expresa a su padre: *“yo no te voy a decir papá divórciate, sino está bien, haz tu familia con ellas, pero no me pidas que vea a esa señora como una mamá y a ese señor como un abuelo.”* Como éstas, se presentaron diferentes situaciones a lo largo de la terapia que reflejaban las dificultades para definir las relaciones, roles y jerarquías de esta familia, mismas que se fueron trabajando en la terapia de diferentes maneras.

Cuando se tiene esta configuración familiar, al padre le corresponde la responsabilidad inicial de hacerle un lugar a su nueva esposa en la relación existente con sus hijos. El padre tiene que explicarles a sus hijos que espera que le demuestren cortesía y respeto a su nueva esposa pero que ésta no va a reemplazar a su madre, ni tampoco lo reemplazará a él. El establecerá y hará cumplir todas las reglas que sean apropiadas y necesarias. Debe prever que la relación entre sus hijos y su nueva esposa se desarrollará con lentitud y conforme la voluntad de ellos, y no esperar que su esposa y sus hijos desarrollen un apego inmediato (Carter, 1996). En el caso de los González hizo falta algo de esto, ya que, aunque a nivel del discurso se decía que María nunca reemplazaría a Isabella, a nivel práctico el padre esperaba que sus hijos le llamaran mamá y la trataran como tal, y se decepcionaba y los reprendía cuando esto no ocurría.

Otro aspecto señalado por Carter (op. cit.) es el hecho de que la madrastra suele encontrarse en la situación imposible de tener que procurar que los hijos *de él* acaten las reglas del hogar “de ella”. Esto era muy evidente en la familia González, dado que en el momento de la terapia, la familia estaba viviendo la casa del padre de María, la segunda esposa, haciéndose así más evidente que era la casa “de ella”. Sin embargo, el padre sí asumía su rol disciplinario frente a sus propios hijos y apoyaba a su esposa en cuanto a

poner límites frente a los hijos, de tal manera que éste asunto dejó de ser conflictivo para la familia. Con la familia López también pasó algo similar durante el periodo que acogieron a la hija del primer matrimonio, el padre asumía el rol disciplinario y su esposa, que en este caso era la madrastra, trató de asumir un rol más amigable, lo cual facilitó la relación entre ellas, sin embargo la hija se fue, a decir de la esposa, porque no aguantó lo estricto de las reglas de su padre.

De acuerdo a Roizblatt (2007) lo que ocurre en estas familias es que se forma un círculo vicioso en el que la madrastra se muestra interesada y trata de darle cariño al niño o joven, éste la rechaza, la madrastra insiste y el hijastro, por su lado, insiste en el rechazo, hasta que ella comienza a distanciarse, y él concluye que ella en realidad no lo quería; luego, el hijastro trata de alterar el matrimonio, lo cual provoca más rechazo de parte de la madrastra, y así, mientras el hijo trata de ganarse al papá, ella trata de ganarse al marido, lo que genera conflictos en la pareja y crea la imagen de la típica madrastra de los cuentos; de esta manera, se establecen complicadas interrelaciones caracterizadas por diversas alianzas y coaliciones cada vez más complejas entre los diferentes miembros de la familia.

Visher (1991 citado en Roizblatt, 2007) ha descrito tres etapas en la asimilación de la mujer a la familia reconstituida:

1. Hay sentimientos positivos hacia los niños de la pareja, es una etapa de luna de miel donde ambos adultos y los hijos estarían haciendo lo mejor de su parte para que toda la relación funcione bien.
2. La madrastra comienza a percatarse de que sus expectativas no se están cumpliendo, está insatisfecha y en dificultades.
3. Aparece la crisis, la madrastra ya no oculta sus sentimientos negativos o de franco rechazo y esto produce efectos tanto en los hijastros como en el marido. Como en toda crisis, se puede ir a una fase de mejoría a través de la solución de los conflictos, o a otra de empeoramiento que lleve a dar por concluida la relación de pareja.

En el caso de la familia González se puede observar que este proceso se vivió de tal manera que la crisis descrita por Visher fue creciendo gradualmente y aumentando los

conflictos de pareja, al grado de que al final del proceso el padre decidió separarse de su esposa, para lo cual se les canalizó a una terapia de pareja.

Como dato interesante, me parece importante considerar que, de acuerdo a Roizblatt (2007), el tiempo mínimo para que el padrastro o madrastra alcancen a ejercer su rol en forma cómoda oscila entre 18 y 24 meses, periodo que debemos tener presente al trabajar con familias en las que haya padrastro o madrastra, al mismo tiempo que observemos cómo se está dando el proceso de ajuste en el resto del sistema familiar.

Las transiciones de las familias reconstituidas

Una situación muy especial y característica de estas familias es que, aunque los cónyuges se han conocido, ennoviado y casado con la idea de ser una pareja, muy pronto se ven inundados por tantos problemas “de familia” que su sentido de identidad como pareja corre el peligro de perderse (Carter, 1996). En el caso de los González, el señor explica que en su relación de pareja siempre han estado presentes sus hijos, dado que el pequeño era apenas un bebé y ella le ayudaba a cuidarlo, y así, luego vinieron las nuevas hijas, y en realidad, siempre han estado más centrados en sus hijos que en ellos como pareja.

Lo que suele ocurrir con la reconstitución familiar es que las familias experimentan al mismo tiempo dos periodos de desarrollo divergentes. Por un lado, como familias son jóvenes, dado que tienen poco tiempo de formación, pero por otro lado, ya se encuentran con hijos de cierta edad, por tanto, como familia deben negociar la obtención de pertenencia, mayor cercanía y cooperación, y al mismo tiempo, como padres de hijos adolescentes, deben tratar también los problemas de la autonomía y el distanciamiento (Minuchin, 1994).

Esta mezclada forma familiar, “los tuyos, los míos y los nuestros”, es un testimonio de la flexibilidad y la fortaleza de los seres humanos. (...) El lento proceso de adecuación necesario para el desarrollo de una nueva pareja choca con la necesidad de funcionar desde un principio como un equipo progenitor (Minuchin, 1994, p. 56)

Como sabemos, los individuos y las familias pasan por fases evolutivas que marcan los comportamientos y las relaciones. Estas fases evolutivas cursan con periodos de

adaptación y periodos de crisis y transición que dan lugar a nuevos estados y nuevas organizaciones. Algunas familias, especialmente las reconstituidas, pueden tener dificultades para manejar sus demandas evolutivas y ser capaces de compatibilizar las necesidades individuales con las necesidades de los distintos subsistemas. La reconstrucción de la familia es una nueva etapa en el proceso evolutivo y relacional de un individuo adulto, de sus hijos, de su pareja y de la familia (Navarro & Pereira, 2000).

Por ello, una de las propuestas que hacen Navarro y Pereira (op. cit.) es que tomemos el ciclo evolutivo “normativo” como un gran escenario de análisis para las familias reconstituidas, de manera que adquiera la forma de una rueda que se mueve por etapas diferenciadas con contenidos relacionales que se repiten. Esto nos permitirá observar que muchas de las dificultades con las que tiene que lidiar la familia reconstituida son normativas, y por tanto, comunes a todas las familias, además de comprender mejor las dificultades por las que puede pasar la nueva familia.

Una condición necesaria e importante para la nueva pareja es estar preparada para la complejidad, pues la falta de modelos sociales orientadores para ellos, la falta de rituales y los diferentes estadios evolutivos en los que se encuentran los distintos subsistemas de su nueva familia son factores que añaden más complejidad a la situación. Además, hay que considerar que estas familias pasan por etapas que se salen del ciclo vital “normativo”, como son las fases de separación y divorcio o la muerte prematura de un cónyuge, y la propia reconstitución familiar, como lo vivieron las familias que estamos retomando como ejemplo.

Y es que no importa lo bien que se produjera la separación o el tiempo que haya pasado, el movimiento de uno de los miembros de la pareja hacia un nuevo matrimonio genera una crisis seria de todo el sistema. La entrada de un nuevo miembro en el drama de la familia amenaza el precario equilibrio conseguido: los hijos tienen que renunciar a las fantasías de reconciliación de sus padres, los abuelos pueden temer una mayor dificultad de acceso a sus nietos, pueden surgir alianzas con el padre que permanece leal a la antigua familia y surgir conflictos de lealtades que involucren a los hijos, los amigos y la familia extensa (Navarro & Pereira, op. cit.).

Como se puede observar, la familia reconstituida tiene que desempeñar una serie de tareas, enfrentar una gran cantidad de problemas y diseñar sus propias soluciones. Gómez y Weisz (2005) clasifican las tareas en tres grupos:

- Tratar con pérdidas y elaborar duelos
- Desarrollar un vínculo sólido de pareja
- Resolver una gran cantidad de problemas, por ejemplo, de territorio, de roles y autoridad, económicos, legales y sociales, entre otros.

En los dos casos presentados se puede observar que las familias fueron resolviendo estas tareas en su momento y que ocasionalmente aun se presentan algunas dificultades relacionadas con alguno de estos aspectos, como son los conflictos de roles y autoridad con sus hijas adolescentes, o bien, las dificultades de pareja que reflejan poca solidez en sus vínculos conyugales.

Los duelos de la familia reconstituida

Ambas familias vivieron importantes pérdidas con sus consecuentes duelos, por un lado, los González perdieron a la madre, justo al nacer un hijo, mientras que los López, con el divorcio de los padres, perdieron la presencia de su padre, que fue quien se fue de la casa. Y ambas familias tuvieron que lidiar con un duelo muy fuerte: el de la pérdida de su familia intacta, lo cual suele ser una pérdida de fuerte impacto para todos los involucrados en ella.

Por esto es importante que los duelos producidos en este periodo, ya sea por el divorcio, por la pérdida de un padre, o por la pérdida de la propia familia, ya estén trabajados cuando la nueva familia se conforme. Lamentablemente, pocas veces es así, y este es uno de los aspectos en los que los terapeutas podemos ayudar.

De ahí la importancia de revisar también cómo fue el proceso de divorcio, observar en qué términos se resolvió, si han logrado acuerdos que les permitan funcionar adecuadamente, si han resuelto su divorcio emocionalmente y superado sus heridas. Sabemos que el divorcio es una experiencia dolorosa que afecta enormemente a toda la familia,

especialmente a los hijos, ya que ellos no lo han buscado ni deseado y suelen tener fantasías de reconciliación entre sus padres (Navarro & Pereira, 2000).

De acuerdo a Gómez y Weisz (2005), la ruptura de los padres tiene diversos efectos sobre los hijos, los cuales pueden durar poco tiempo o pueden persistir por muchos años, pueden disolverse favorablemente o pueden agravarse con el tiempo, pero es importante considerar que hay situaciones que complican la elaboración de la ruptura, como son:

- Cuando el pleito de los padres persiste aún después del divorcio legal.
- Las alianzas de los hijos con uno de los padres en contra del otro.
- El conflicto de lealtades.
- La incapacidad para entender las necesidades emocionales de los niños.
- La falta de límites claros y de figuras parentales fuertes.
- La ausencia de una estructura externa clara.

De ahí la importancia de darle a la separación y el divorcio el manejo más sano posible, de lo contrario la situación se agudiza cuando de los padres vuelve a casarse, especialmente si el divorcio ha sido vivido de forma desigual por los progenitores “pues los hijos vivirán el nuevo matrimonio de forma más dolorosa, convirtiéndose en defensores del progenitor “perdedor”, sus esperanzas de reconciliación serán más reducidas, lo que redobla sus esfuerzos para separar a la nueva pareja” (Navarro & Pereira, op. cit., pp. 249-250)

Y es que el aceptar a la nueva pareja de uno de los padres es vivido por los hijos, al principio de la relación, como una traición hacia el progenitor que queda solo, entonces los hijos entran en un conflicto de lealtades muy fuerte. Irene Levin (1994, en Navarro & Pereira, op. cit.) sugiere que los hijos, en estas situaciones, mantienen tres conceptos sobre la familia:

1. Una de las posibilidades es que los hijos se vean como una única familia sin divisiones.
2. Otra posibilidad es que los hijos se vean pertenecientes a dos familias y se sitúan en ambas.
3. Una tercera posibilidad es que los hijos se vean pertenecientes a dos familias y se sitúen en el medio. Ellos se sienten en el medio de la nueva familia del padre y la

nueva familia de la madre. Siempre que están con uno de los dos echan de menos al otro progenitor.

En las adolescentes que acudieron a terapia se pudo observar, en el caso de Sandra, que ella se percibe como parte de una familia única, sin divisiones, pues aunque sabe que su padre tiene otra familia, ella vive con sus papás y hermano como cualquier otra chica y casi no convive con sus otras hermanas ni con la ex esposa de papá. Sin embargo, Isabella sí expresaba sentirse como en medio de dos familias, pues refería no sentirse cómoda ni en su casa, con su padre y la nueva familia, ni en la casa de su madrina, ni en la de su abuela, pues aunque la trataban bien, ninguna la sentía como su propia casa. Esto se vio reflejado en las dos ocasiones en que se fue de casa para vivir con su madrina y en los comentarios a su padre de querer ir de su casa. Aquí nuevamente se observa el conflicto de lealtades, o como dirían Williamson y Bray (1991), de “lealtades divididas”, que es “cuando un individuo se involucra en una relación triangular conflictuada, en la que ser leal a una persona implica ser desleal a otra” (p. 496).

Las etapas emocionales

Por todo lo anterior, se puede decir que la reconstitución de la familia es un proceso, es una etapa más del ciclo vital en algunas familias y ya ha sido estudiada por algunos autores. Papernow (1993 citado en Roizblatt, 2007) estudió el desarrollo de estas familias desde el punto de vista de las personas que la componen y describió las etapas emocionales que experimentan sus miembros hasta desarrollar una identidad familiar. Este proceso demora entre 4 y 7 años y tiene las siguientes etapas:

1. Fantasía. Hay una esperanza, un deseo de que esta familia se componga instantáneamente.
2. Inmersión. Etapa caracterizada por conflictos y tensiones previsibles en la primera etapa.
3. Darse cuenta. Adquirir consciencia de las dificultades y diferencias entre las personas que constituyen esta familia.
4. Movilización. Enfrentarse a las disputas por las necesidades de los distintos individuos y subgrupos llevará a la necesidad de movilizar un repertorio de nuevas conductas.

5. Acción. Periodo de solidificación de la pareja y satisfacción de las necesidades de los hijos y la familia extendida.
6. Contacto. Si desde el comienzo se fueron desarrollando mecanismos de comunicación satisfactoria, ahora se estabiliza la relación del padrastro o la madrastra con los hijos y se alcanza una sensación de seguridad.
7. Resolución. Se culmina todo el periodo de incertidumbre y se logra la cooperación de todos.

Roizblatt (2007) agrega que también debe considerarse la posibilidad de aceptar que no podrán vivir como familia extensa y será mejor seguir funcionando por partes: eventualmente será conveniente que se reúnan el padre con sus hijos, sin la presencia de su esposa, o aceptar que la relación entre hermanastros es demasiado disruptiva y hacer que se reúnan sólo en las grandes ocasiones. Esto no significaría que la familia sea buena o mala, lo que se busca es la mejor manera de vivir en forma satisfactoria, pues persistir en que todos juntos tienen que llevarse bien puede llevar a la destrucción de la familia.

En las familias estudiadas, se puede observar cómo fueron viviendo este proceso y resolviendo algunas de sus etapas, y cómo se presentaron dificultades en otras. También es notorio que se contempla como una opción viable el separar los subsistemas como medida para llevar una vida familiar más agradable, por ejemplo, el señor González tenía el objetivo de terminar de arreglar su casa para regresarse a vivir ahí con sus dos hijos mayores y que su esposa e hijas menores siguieran en su residencia actual, haciendo el arreglo con su esposa para él poder moverse entre las dos casas. Por su parte, el señor López quiso apoyar a sus hijas mayores para que se independizaran dado que ya no estaban a gusto con su mamá y tampoco podían vivir con él.

Otros aspectos importantes en la reconstitución familiar

Otro aspecto que les dificulta a estas familias vivir este proceso es que no tienen ritos en común, esto es, generalmente no saben o no han decidido aún cómo llevarán a cabo sus rituales, por eso sería importante que tengan un ritual de inicio como familia y que vayan desarrollando sus rituales propios tanto para la vida cotidiana como para los acontecimientos importantes.

Los rituales en una familia son relevantes porque a través de ellos el grupo va desarrollando su identidad, “así somos”, y en esta familia esa identidad comenzará a formarse considerando que cada uno trae una historia de rituales que dieron la identidad a su familia anterior. Eso mismo a veces puede influir en dificultades o beneficios (Roizblatt, 2007, p. 174).

En este y otros aspectos, el subsistema fraterno juega un papel clave, pues los hermanos son las unidades de continuidad en el sistema familiar, son como un ancla que se conecta con el pasado y sostiene a la familia durante el proceso de transformación y acomodación (Navarro & Pereira, 2000).

Si las relaciones funcionan bien, los hermanastros pueden formar un subsistema que esté unido por fuertes sentimientos de empatía resultantes de haber vivido emociones similares y tener también conflictos muy parecidos. En estas ocasiones, los hermanastros son la unión entre todos los subsistemas familiares reconstruidos (Gómez & Weisz, 2005).

Sin embargo, las cosas no siempre resultan así. Si las relaciones entre las dos familias no son buenas, y se suman otros factores como las diferencias de edad, género, nivel socioeconómico y otras, podemos encontrar muchas divisiones entre hermanastros. Generalmente en este subsistema se va a ver reflejado cómo son las relaciones entre las dos familias. “Si la nueva familia tiene dificultades para formar una nueva estructura es muy probable que nos encontremos con coaliciones progenitor-hijo, aislamiento de algún hermano, rivalidades entre los subsistemas e intromisiones patológicas de los adultos en las relaciones fraternas” (Navarro & Pereira, 2000, p. 251).

En la familia González, Isabella refería buenas relaciones con todos sus hermanos pero señalaba que recientemente, sus medias hermanas se mostraban groseras con ella, dado que su madre suele decir cosas desagradables sobre ella, las niñas comenzaron a decirle apodosos y groserías. En el caso de la familia López, la relación entre los medios hermanos es muy distante, y con su hermano menor Sandra refiere una buena relación aunque caracterizada por constantes conflictos y por cierta rivalidad entre ellos, alimentada por las evidentes alianzas madre-hija y padre-hijo.

Los Retos de la familia reconstituida

Dada la complejidad que comprenden las familias reconstituidas, éstas se enfrentan con una serie de crisis y retos propios de su particularidad estructural. Como dicen Gómez y Weisz (2005): “los segundos matrimonios no están afectados solamente por sus generaciones anteriores, sino también por los miembros de las anteriores parejas y por las anteriores familias de origen y extensas de las primeras parejas” (p. 56).

Por su parte, Navarro y Pereira (2000), señalan 10 crisis específicas de las familias reconstituidas:

1. Las intrusionas de los ex cónyuges
2. Las amenazas de continuar la relación con el ex
3. Disputas por cuestiones de dinero
4. Salidas y entradas de los hijos. El problema es fundamentalmente agudo con los hijos adolescentes. (*En las dos familias estudiadas se presentó esto en la adolescencia: Isabella González, a los 15, se fue a vivir con su tía en 2 ocasiones y lo sigue usando como amenaza; Jenny López, a los 16 se fue a vivir con su padre y su nueva familia, esto lo usaba como amenaza frente a su madre*).
5. Autoridad diferente sobre hijos diferentes.
6. Realidades económicas diferentes para hijos diferentes, en una misma familia.
7. Cuando los hijos se esfuerzan por disolver el matrimonio.
8. Celos parentales por las alianzas de los hijos.
9. Desdibujamiento de las fronteras sexuales.
10. Diferente relación de los abuelos con diferentes nietos. La relación de los abuelos con los nietos no biológicos suele ser bastante débil.

De acuerdo a Roizblatt (2007), otros temas que hay que resolver en estas familias son:

- Cómo está elaborado el duelo por la pérdida de la familia de la cual se originan.
- Aceptación de la estructura de la familia reconstituida y los roles de sus miembros.
- Calidad de la relación con familiares de la pareja actual y con familiares de los ex esposos.
- Cómo enfrenta la pareja la esperanza del “amor y ajuste instantáneo”.
- Cómo enfrentan la persistencia de “fantasmas” de relaciones anteriores.
- Cómo manejan los mitos relacionados con la madrastra y el padrastro.

- Cómo enfrentan la necesidad de compensar a los hijos por culpas no elaboradas.
- Cómo enfrentan la rivalidad entre los hijos e hijastros.
- Cómo se manejan los límites y jerarquías.

La terapia con la familia reconstituida

Pienso que el primer punto a considerar en el tratamiento de la familia reconstituida es que el terapeuta debe ser sensible a las complejidades de su estructura familiar particular, para ello, es importante que el terapeuta tenga trabajado su propio concepto de familia así como todas las premisas, valores, prejuicios y opiniones alrededor de éste, pues muy probablemente formen parte de los aspectos a abordar en la terapia, y esto es algo que impactará, no sólo al terapeuta y la familia, sino también al equipo terapéutico.

Conocer las particularidades de estas familias y los retos a los que se enfrentan resulta indispensable para la comprensión de su dinámica familiar. Por supuesto se debe partir de las demandas y necesidades propias de cada familia, pero sin perder de vista los puntos expuestos en este trabajo, es decir, considerando las etapas del ciclo vital que está viviendo la familia, cómo han vivido su proceso de reconstitución y todos los aspectos que ésta implica.

Gómez y Weisz (2005) proponen, de manera general, tres puntos útiles para enfrentar los retos de que se presentan en las familias reconstituidas:

1. La contención de los afectos.
2. La habilidad para negociar o llegar a acuerdos.
3. La división en subsistemas.

Por su parte, Navarro y Pereira (2000), presentan una serie de lineamientos básicos que pueden facilitar la integración de la nueva familia:

1. La nueva relación debe contemplar que todo el sistema va a entrar en una aventura en la que los protagonistas pueden sentir miedo. El sistema debe ser respetuoso hacia esos miedos y temores individuales.
2. Otro aspecto relevante es que la pareja sea capaz de respetar el tiempo necesario para que cada uno de sus miembros se ajuste a la complejidad y a la ambigüedad de los nuevos roles, a los límites, a los sentimientos de culpa, lealtades y problemas no resueltos del pasado.

3. Los ex esposos tiene que reestructurar de forma clara su cooperación en las funciones coparentales, lo mismo que con la familia extensa (p. 249).

Neuburger (1997) menciona un aspecto interesante a considerar al tratar familias reconstituidas: él dice que el terapeuta, al intervenir en la situación familiar, se convierte en un peligro para el sistema, pues al acceder a su intimidad puede destruir lo poco que le queda al grupo para asegurar su supervivencia: su idiosincrasia. Esto es, el terapeuta corre el riesgo de poner en peligro lo que queda de sus mitos y rituales propios. Por ello, dice Neuburger (op. cit.): “no debe sorprendernos el hecho de que proposiciones terapéuticas razonables, soluciones sensatas ofrecidas a las familias pluricompuestas, puedan, no sólo no ser eficaces, sino incluso empeorar la situación” (p. 68).

De ahí la importancia de tomar en cuenta todos estos aspectos al momento de trabajar con una familia reconstituida, cuidándonos de respetar esa idiosincrasia propia de cada familia, incluidos sus mitos y rituales propios, y facilitando también la creación de nuevos rituales y otras opciones que faciliten su proceso de integración y desarrollo como familia.

Tomando en cuenta estas consideraciones, el trabajo terapéutico puede ser abordado desde los diferentes modelos de terapia familiar, partiendo de la demanda específica de la familia y las preferencias del terapeuta.

Conclusiones

La familia reconstituida se ha vuelto una forma familiar cada vez más común tanto en nuestra sociedad como en nuestros consultorios, por ello, y gracias a la diversidad de formas familiares que observamos en la actualidad, resulta una necesidad para el terapeuta familiar el ampliar nuestro paradigma acerca de la familia.

Coincido con Minuchin (1994) cuando dice que hoy en día la familia reconstituida está desempeñando algunas de las funciones de la familia extensa y que quizás en un futuro próximo desarrollaremos “ceremonias de mezcla” para alentar el mantenimiento de las relaciones de apoyo entre los distintos segmentos de familias que han compartido miembros.

Por lo que pude ver en los casos que atendí, concluyo que cada familia es única así como únicas son sus demandas y necesidades, sin embargo, resulta necesario y enriquecedor conocer el proceso y la dinámica de estas familias para poder brindarles un mejor apoyo terapéutico.

Otra conclusión importante sería que puedo ver la reconstitución familiar como un proceso complejo plagado de retos pero que también va acompañado de vivencias que pueden resultar muy enriquecedoras para las personas que lo viven, que es un proceso lleno de aprendizajes y oportunidades para desarrollar nuevas habilidades, valores y creencias, que los lleva a ser personas más flexibles, más tolerantes y comprensivos. Por lo que, bien manejado, puede ser una experiencia de crecimiento y aprendizaje no sólo para todos los miembros de la familia, sino también para el equipo terapéutico que trabaje con ellos, donde las pérdidas se conviertan en ganancias y los rivales se vuelvan hermanos.

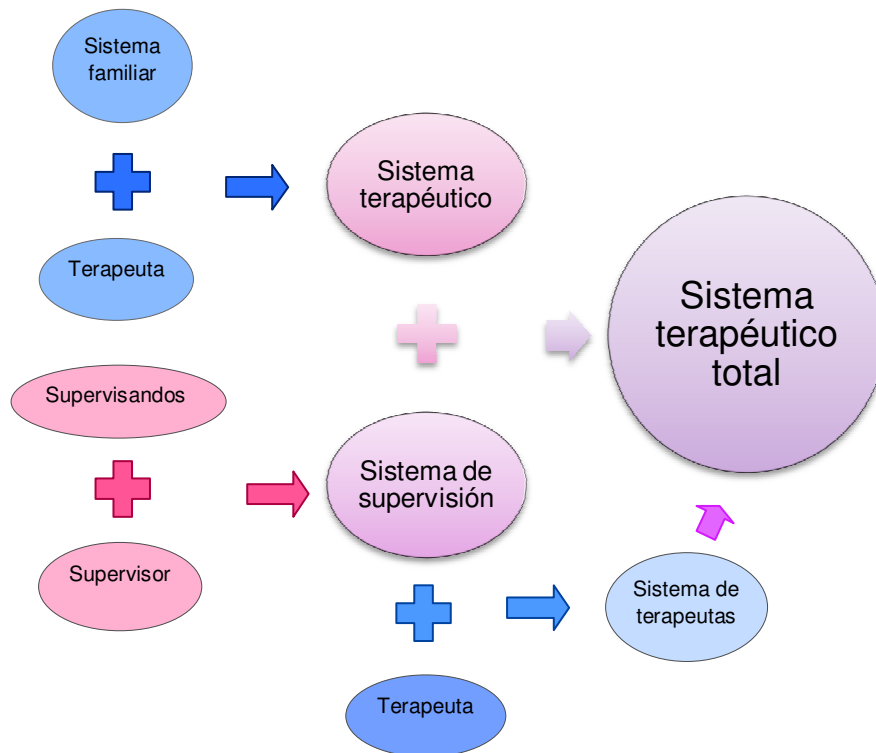
En lo personal, el hecho de haber desarrollado este trabajo y la experiencia de trabajar con estas familias, también representó una práctica de crecimiento personal, pues me ha permitido ampliar y cuestionar mis propias creencias e ideas en relación a lo que es una familia y su dinámica, he flexibilizado mi visión de la realidad y me ha despertado mayor curiosidad e interés por seguir estudiando las nuevas formas familiares y de parentalidad, lo cual resulta indispensable en la sociedad actual.

Análisis del sistema terapéutico total

Una parte fundamental del programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar es la práctica clínica, en la cual, uno de los elementos característicos de nuestra forma de hacer terapia está justamente en el trabajo en equipo y en el proceso de supervisión en vivo, por lo cual, resulta muy enriquecedor hacer un análisis del sistema terapéutico total, considerando los diferentes elementos que lo conforman.

De acuerdo a Desatnik, Franklin y Rubli (2002), el sistema terapéutico total está conformado por dos subsistemas: el sistema terapéutico (que incluye al sistema familiar y al terapeuta), y el sistema de supervisión (el cual incluye al equipo de supervisandos y al supervisor); cada uno de estos sistemas generalmente se encuentran en salas contiguas,

comunicadas por el espejo. Al sistema de supervisión más el terapeuta, se le llama sistema de terapeutas.



Por tanto, durante la residencia tuve la oportunidad de participar en este sistema desde diferentes posiciones: durante el primer semestre, estuve como observadora, y del segundo al cuarto semestre, estuve en los roles de supervisando y de terapeuta. Estas diferentes posiciones me permitieron apreciar lo que ocurre en el sistema terapéutico total desde distintas perspectivas, contribuyendo así, desde estos roles, al desarrollo de los procesos terapéuticos en los que participé con mi equipo.

Para mí fue muy interesante formar parte de estos sistemas ya que fue la primera vez que pude participar del proceso terapéutico de esta manera, pues aunque había leído sobre esta forma de trabajo en la terapia sistémica, fue la primera vez que observé y participé en una supervisión así.

En el primer semestre, la experiencia me permitió conocer la manera en que se hace la terapia dentro de la residencia, me permitió aclarar dudas y aterrizar algunas fantasías en relación a la supervisión; pude observar lo que implica trabajar con un supervisor y un equipo terapéutico y me quedé con muy buenas impresiones al respecto, pues me di

cuenta de que al contar con el equipo la terapia puede ser más efectiva ya que se le brinda al terapeuta mucha información adicional que, de estar trabajando solo, no la tendría, y así, cuenta con más opciones, más ideas, sugerencias y observaciones acerca del proceso que le permiten tener más elementos para guiar la terapia, considerando las diferentes miradas del equipo así como las valiosas sugerencias de la supervisora, pues, como dice Andersen:

En otras palabras, hay siempre más para ver que lo que uno ve. Por lo tanto, hay muchos cuadros que no han sido hechos (cuadros en movimiento) de distintas situaciones. Y, lo que tal vez sea más importante, dos personas probablemente establecerán distintas distinciones de una misma situación o diferentes "mapas" del mismo "territorio", como diría Bateson (Andersen, 1991, p. 38).

Y lo que es más interesante aun es que cuando se cuenta con diferentes visiones sobre una cosa, se puede crear una nueva visión, mucho más amplia y abarcadora acerca de la situación que se está analizando: "cuando cada uno de los que se encuentran en la situación tienen significados que son en parte diferentes de los de los demás, pueden emerger nuevos significados si estos son intercambiados en conversaciones" (Andersen, op. cit., p. 56), lo cual quizás dé pie a nuevas hipótesis y observaciones que se van confirmando o descartando con la familia y que ofrecen nuevos significados y horizontes para el sistema terapéutico.

El diseño del equipo reflexivo está concebido para que tenga lugar esta noción batesoniana; en la medida que invita a una perspectiva, luego otra se transforma en una manera de cubrir las posibilidades de ambas. Cada descripción se transforma en un punto de comparación, una oportunidad de que surjan nuevas ideas, una perspectiva diferente sobre un problema (Andersen, op. cit., p. 113).

Además, tanto en primer semestre como en el resto de la residencia, participar en este sistema terapéutico fue una buena experiencia de aprendizaje porque podía observar en los casos de mis compañeros cómo es que se aplican algunas de las técnicas que estábamos revisando en clase, lo cual, de acuerdo a Haley (1997) es la mejor manera de enseñar a un terapeuta a hacer terapia:

El modo más eficaz de enseñar a un terapeuta es viéndolo hacer terapia a través de un espejo de visión unilateral o en un monitor. La mejor manera de enseñar destrezas clínicas es instruir al

terapeuta mientras se observa lo que sucede en el curso de la entrevista terapéutica. (...) mientras uno entrevista al individuo o la familia, los demás observan y aprenden (Haley, 1997, p. 35).

Al principio, para mí era sorprendente ver las técnicas ahí, en acciones concretas del terapeuta y observar la respuesta de la familia a las mismas, especialmente cuando se trataba de técnicas poco convencionales, como las paradojas o las escenificaciones del modelo estructural, y era muy interesante ver la manera en que reaccionaban las personas y el efecto que éstas generaban en sus vidas. Esto fue muy importante para mí, pues me di cuenta de que sí se podían aplicar y eran efectivas, pude observar la importancia de saber el momento adecuado para aplicarlas, y a partir de ello pude tomar el valor para aplicarlas en mis propios casos más adelante.

Además, en estas observaciones, pude ver en la práctica la importancia del joining, del respeto, de utilizar la intensidad adecuada, del saber escuchar y responder a las necesidades de los pacientes, ya que no sólo aprendimos de los casos exitosos sino de los momentos desconcertantes, cuando las cosas no salían de acuerdo a lo planeado, y de las posteriores reflexiones del equipo ante las diversas respuestas de la familia.

En las pre-sesiones, aprendí la importancia de planear la sesión, de tener claro el objetivo, las hipótesis, las secuencias, y la dirección a seguir en la sesión. En las postsesiones, las diversas reflexiones y observaciones de mis compañeros también me permitían mirar hacia lo que no había observado y ampliar así mi visión de las cosas. Creo que todos los diálogos sostenidos en el equipo fueron un gran aprendizaje para mí, para introducirme en la visión sistémica de las problemáticas y situaciones de las familias observadas, me ayudaron a empezar a desarrollar ese pensamiento sistémico que considera los distintos elementos y contextos implicados, y también a considerar cómo era mi propia involucración en este nuevo sistema ya que el observar la terapia también me afectaba a mí en diferentes niveles y eso a su vez, se vería reflejado en el equipo. De esta manera, pude experimentar lo que postula la Cibernética de segundo orden de que el observador siempre participa en lo que observa.

De acuerdo a Keeney (1991), esto implica que en vez de considerar al terapeuta y al cliente como entidades separadas, debemos considerarlos como los componentes de una estructura de retroalimentación que es la terapia. Es así como la Cibernética de segundo

orden fundamenta nuestra manera de hacer terapia y la organización del sistema terapéutico total explicado anteriormente, pues esta teoría nos exige discernir las pautas que conectan recurrentemente al terapeuta y el cliente, al síntoma y la cura, el diagnóstico y la intervención, para lo cual es necesario contar con la retroalimentación de las diferentes voces que participamos de dicho sistema.

De ahí se deriva la importancia e influencia del equipo de observación en cada proceso terapéutico, pues a partir de sus observaciones, se da un proceso de coparticipación entre el terapeuta, las supervisoras y el equipo a partir del cual se toman decisiones sobre las intervenciones y la dirección a seguir en la sesión. Además, el sistema de supervisión participa a través de su sola presencia, con sus mensajes, y por supuesto cuando hay una colaboración más activa, como en los equipos reflexivos. Por otro lado, también es muy importante y decisiva la influencia que ejerce la familia sobre el resto del sistema terapéutico, al despertar diferentes opiniones, percepciones, reacciones y emociones tanto en el terapeuta como en el equipo y las supervisoras, de tal manera que no es sólo la familia la que cambia en la terapia, sino también el terapeuta, los miembros del equipo de observación y las supervisoras. Por tanto, en nuestra experiencia terapéutica resulta muy clara la idea básica de la Cibernética de segundo orden de que el observador pasa a formar parte del sistema observado y a verse influido por éste.

El sistema familiar total separado (o sea, antes de encontrarse con el terapeuta) pasa a formar parte de un sistema más abarcador, "familia + terapeuta". Extendiendo estas puntuaciones, los observadores situados detrás de una pantalla de visión unidireccional o cámara de Gesell podrían trazar una distinción entre el sistema híbrido situado dentro de la habitación en que se realiza la terapia y un sistema de orden superior, en el cual esos observadores son parte activa. Cuando los observadores brindan al terapeuta una información que afecta sus acciones posteriores, y a partir de estas últimas los observadores brindan nueva información y se producen nuevas modificaciones, surge una retroalimentación de orden superior. Esta concepción propone otra complementariedad parte/totalidad, donde el sistema "familia + terapeuta" pasa a formar parte del sistema más abarcador "familia + terapeuta + observadores (Keeney, 1991, pp. 153-154).

Así, dentro de este sistema más abarcador, al que llamamos sistema terapéutico total, se da un elemento que en lo personal me parece bastante enriquecedor, esa retroalimentación de orden superior de la que habla Keeney, pues ya sea en el rol de terapeuta o en el de observadora, las retroalimentaciones proporcionadas por el equipo y las supervisoras nos permiten incorporar importantes aprendizajes para nuestra formación

como terapeutas, ayudándonos a desarrollar una visión más compleja y completa de la situación que estamos abordando con cada familia.

Otro aspecto que me agradó experimentar, es que cuando se trabaja en equipo, en un ambiente respetuoso y profesional, la persona del terapeuta puede contar con un importante apoyo que le brinde mayor seguridad o certeza para hacer sus intervenciones, y como miembro del equipo también es agradable participar del proceso, ofreciendo comentarios, observaciones o sugerencias, en un ambiente de libertad y respeto, donde se sabe que todas las ideas son válidas y que se retomaran aquellas que le sean de mayor utilidad al sistema terapéutico.

En gran medida cualquier descripción o explicación depende del observador y cada persona que describa la misma situación tendrá su propia versión; cuando se comparen las versiones, serán diferentes en algún grado. Ninguna descripción será mejor que las demás; todas son igualmente "válidas". La consecuencia para el trabajo clínico es que debemos buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones de una situación que existan y promover la ulterior búsqueda de las que todavía no se hayan encontrado (Andersen, 1991, p. 47).

Una vivencia interesante para mí, fue cuando ocupé por primera vez el rol de terapeuta, me parecía que el hecho de ser observada, no sólo por la familia, sino por el equipo y las supervisoras iba a ser algo intimidante. Sin embargo, al estar ahí, y para mi sorpresa, descubrí una reconfortante sensación de respaldo y apoyo, pues el saber que contaba con la guía de mi supervisora y la mirada crítica de mis compañeros, más no sobre mí como persona, sino sobre el proceso terapéutico que se estaba desarrollando en ese momento, sobre la relación entre mi persona y la familia, me proporcionó una sensación de seguridad, en el sentido de saber que si cometía un error o de pronto no sabía qué hacer, ellos sabrían orientarme y señalarme con respeto algunas opciones de cómo seguir el proceso, lo cual me tranquilizaba mucho, pues sabía que finalmente esto se vería reflejado en un beneficio para los pacientes o familias atendidas.

Para mí, las retroalimentaciones se tradujeron en nuevos aprendizajes y en el desarrollo de habilidades que considero importantes para mi desempeño como terapeuta, pues las supervisoras y mis compañeros me permitieron observar muchos aspectos que no estaba percibiendo, tanto de mí misma como de las familias, elementos que pueden parecer muy simples como son ciertos gestos, la manera y el ritmo al hablar, las pausas y los

movimientos de manos, pero que al proponer cambios en ellos se reflejan importantes modificaciones en la relación con los pacientes, mejorando la empatía y facilitando el proceso terapéutico y los cambios, que finalmente, fueron en ambas direcciones (persona del terapeuta y familia). Además, está presente el aspecto de las retroalimentaciones en cuanto a la parte teórico-metodológica de la terapia, en donde las supervisoras y el equipo representan un importante apoyo en cuanto a la planeación de las intervenciones, las preguntas y todas las técnicas utilizadas en la terapia, aspectos que se discuten ampliamente antes y después de la sesión, pero sobre los cuales también se hacen observaciones durante la sesión.

Sobre estos mismos elementos también pude observar cómo cada uno de mis compañeros también fue creciendo notablemente en sus habilidades como terapeutas. Recuerdo que todos iniciaban sus primeras sesiones con cierto nerviosismo e inseguridad, y poco a poco se fueron mostrando más seguros, con mejores habilidades para entrevistar e interactuar con las personas, para formar un vínculo terapéutico y por supuesto para aplicar las técnicas terapéuticas que estaban empleando cada uno de ellos. Estos cambios también fueron muy notorios al ir avanzando los semestres, creciendo también las habilidades y conocimientos que acompañaban nuestros procesos, lo cual se reflejaba también en las respuestas de las familias atendidas.

Una experiencia también enriquecedora fue durante el tercer semestre, cuando los compañeros de primero se incorporaron a las prácticas como observadores, lo cual, le dio una nueva dinámica al trabajo del sistema total, pues obviamente entraron nuevas voces, con aportaciones y visiones distintas que enriquecieron nuestro trabajo. En un primer momento fue extraño empezar a escuchar estas nuevas voces, dado que venían de personas que apenas si conocíamos, pero por lo mismo, estaban acompañadas de un aire de novedad, y al poco tiempo esas voces se fueron tornando más familiares, más acordes y sintonizadas con el ritmo del grupo, y el trabajo fue fluyendo mucho más fácilmente.

Una de las cosas más agradables para mí en ese periodo, fue observar en mis nuevos compañeros su gran interés y curiosidad por nuestro trabajo y por ayudar a las familias, lo cual me refrescó mi propia afición por la terapia. También me gustaba ver en sus caras ese entusiasmo por el trabajo terapéutico en el que, sin importar cuántas horas

estuviésemos ahí, el interés y la atención a los detalles seguía presente en cada momento, lo cual también me ayudaba a mantenerme atenta y en el proceso, junto al resto del sistema.

Otro fenómeno un tanto curioso que viví y observé en el sistema terapéutico, era que después de varias sesiones, se daba una gran integración entre todo el equipo. Cuando me encontraba como terapeuta, tuve un sentido de conexión muy fuerte con mis supervisoras y, en general, con el equipo, pues había momentos en que tenía una idea que no sabía cómo expresar y justo en el momento en que me preguntaba a mí misma cómo plantear esa idea sonaba el teléfono o me escribían un mensaje y, como si pudieran “leerme la mente”, me decían que hiciera una pregunta o un comentario que se acomodaba perfectamente a lo que yo estaba buscando cómo decir. Fue algo que se dio en varias ocasiones en los distintos escenarios clínicos, que la intervención de la supervisora y el equipo aparecía justo en el momento preciso, en el momento en que me era necesario, como si hubiese una conexión que nos permitiera tener esa sincronización. Por supuesto no fue así en todo momento ni en todas las sesiones, pero cuando ocurrió fue algo muy agradable que favoreció mucho a que las intervenciones fluyeran durante todo el proceso.

En general, para mí fue algo muy satisfactorio observar en este proceso cómo se iban dando los cambios tanto en las familias como en los terapeutas, pareciera como si se tratara de un proceso de crecimiento y transformación mutua y aunque nuestras miradas se centraban más en los cambios de las familias, al finalizar los procesos nos dimos cuenta que también nosotros habíamos cambiado y crecido con ellos. En este sentido, creo que un aspecto que favoreció mucho este crecimiento fue la integración que logramos como equipo de trabajo, tanto entre nosotros como con nuestras supervisoras, pudimos crear un ambiente de verdadero apoyo y confianza que nos permitió trabajar adecuadamente, el otro aspecto que favoreció esto fue la actitud de nuestras supervisoras, quienes se mostraban genuinamente interesadas en apoyarnos como terapeutas y en facilitar y favorecer al logro de los objetivos de las familias.

Sin embargo, también es importante tener en cuenta que la influencia ejercida por parte del equipo puede tener múltiples efectos sobre las familias atendidas, pues aunque la mayoría de las veces se logran efectos terapéuticos importantes, hay ocasiones en que

los mensajes enviados por el equipo de supervisión no son bien recibidos por las familias atendidas y pueden terminar en que dicha familia se dé de baja o simplemente no favorecen a su proceso de cambio. De ahí la importancia de revisar y trabajar en el vínculo terapéutico, de crear empatía y hacer las intervenciones en el momento y con la intensidad adecuados, pues aunque muchas veces resulta necesario usar la intensidad o dar mensajes un tanto fuertes para facilitar los cambios, es importante que sepamos calibrar cuándo y cómo podemos usar esas técnicas, que conozcamos bien tanto la técnica como el sentido de ésta, para saberla aplicar y para evitar caer en confrontaciones cuyo efecto se puede volver justo lo contrario a la intención de los mensajes. Creo que en este sentido, es de utilidad el cuestionarnos y cuestionar a las supervisoras cuando hay alguna intervención que no nos queda clara o bien, tenemos dudas de que sea algo adecuado para esa familia en ese momento, y no simplemente dejarnos llevar y seguir ciegamente la voz del equipo.

Asimismo, es importante tomar en cuenta que muchas veces también afecta el que generalmente las retroalimentaciones de parte del equipo no parten de ningún modelo ni esquema particular, se dejan muy abiertas a las impresiones y opiniones de cada uno y por tanto, se articulan mensajes y tareas que muchas veces no concuerdan con el modelo que estaba tratando de seguir el terapeuta, y aunque muchas veces esto funciona, en otros momentos puede llegar a desviar un poco el proceso de cambio emprendido, o al menos el camino de éste. En este sentido, sería importante poder hacer un análisis de las construcciones personales, e integrarlo a la claridad teórica y la experiencia clínica para poder lograr un trabajo más congruente e integrador.

Considero que todos estos aspectos deben ser discutidos dentro del propio equipo de supervisión, e incluso, si se trabaja con un modelo posmoderno, con la propia familia, pues cuando así se hace se puede aprender mucho de esto, pues lo importante es justamente eso, aprender de cada una de las experiencias, tanto de lo que funcionó muy bien para alguna familia, como de aquello que no resultó como esperábamos, ya que la misma intervención puede tener efectos muy diversos en diferentes familias y nosotros debemos aprender a manejar esa imprevisibilidad y ser flexibles y creativos con nuestros métodos terapéuticos. Para esto, también podemos desarrollar la habilidad de corregir o retomar el proceso después de hacer algo que no funcionó adecuadamente, metacomunicarnos de tal manera que podamos aprender, junto a las familias, de aquello

que no funciona para encontrar nuevas maneras de lograr los cambios y las metas deseadas.

Otro de mis aprendizajes a partir de las prácticas de supervisión, fue el observar que, aunque generalmente no hay suficiente tiempo como para discutir a detalle los diversos aspectos observados durante la sesión, cuando ocurre algo muy importante o relevante para el propio proceso, se puede buscar el espacio para hablar de ello, y cuando esto se hace, se pueden dar reflexiones muy enriquecedoras que pueden favorecer al propio proceso terapéutico, a la persona del terapeuta, o a notar aspectos teóricos importantes que se vivieron en ese proceso.

Habilidades de Investigación

Investigación cuantitativa

Características de los usuarios y del servicio de la Clínica de Terapia Familiar de la FES
Iztacala

Este estudio tuvo como objetivo conocer las características de los usuarios y del servicio de la clínica de terapia familiar de la FES de Iztacala de la UNAM; para ello se retomó el modelo de revisión de expedientes clínicos del ámbito médico, dado que no existe un modelo propio de los expedientes psicológicos.

El análisis descriptivo se llevó a cabo a partir de la revisión de los 130 expedientes de la clínica de terapia familiar generados en el período comprendido del año 2003 al año 2007. De acuerdo a Pérez (2000), la revisión del expediente clínico es de suma importancia ya que esto aporta todos los procedimientos efectuados al paciente durante su atención y es donde se integran los datos relacionados con la historia clínica, diagnóstico, tratamiento, evolución y solución ó terminación de los problemas.

Para la revisión de los expedientes existen diferentes modelos de auditoría, uno de ellos sustentado en la Teoría General de los Sistemas, el cual incluye elementos que integran la estructura y el funcionamiento de una unidad médica que a su vez se subdivide en

cuatro subsistemas: desarrollo gerencial de los servicios, evaluación del expediente clínico, desarrollo hospitalario y calidad de la atención de los servicios de salud.

En el presente estudio se describió el segundo subsistema que se refiere a la revisión del expediente clínico, como un instrumento de evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procedimientos de la atención médica (Pérez, 2000).

Al hacer la revisión de las ventajas que se obtienen de las auditorías médicas, se consideró importante realizar actividades similares en el campo de la terapia familiar, para conocer el tipo de población que solicita el servicio y la satisfacción que obtienen al acudir a la clínica, así como información importante para los terapeutas, como el modelo de terapia familiar más utilizado.

Para la captura y análisis de la información contenida en los expedientes se definieron dos categorías: *características de los usuarios*, que incluye solicitante del servicio, motivo de consulta, número de asistentes a la terapia, estructura familiar y etapa del ciclo vital; y *características del servicio*, la cual se integra por modalidad de terapia, número de sesiones, modelo terapéutico, fin del tratamiento (altas o bajas), resultados del tratamiento y número de casos atendidos por año.

Resultados

Características de los Usuarios

- a) Solicitante del servicio: Con respecto a quién solicitó el servicio se encontró que es la madre quien más solicita el servicio, con un porcentaje de 64.6%.
- b) Número de asistentes a la terapia: En el 36.9% de los casos se presentaron 2 personas, el 21.5% acudieron 3 personas, el 20.8% 1 persona, el 13.1% 4 personas y el 7.7% corresponde a 5 o más miembros de la familia.
- c) Motivos de consulta: los motivos de consulta más frecuentes se refieren a los que tienen que ver con problemas relacionales, los cuales corresponden al 83.1% de la demanda.
- d) Estructura familiar: En base a los resultados se observó que la estructura familiar más frecuente fue de familias conformadas por 5 o más integrantes, que representaron el 41.5% de los casos

- e) Etapa del Ciclo Vital: Se encontró que la etapa del ciclo vital de la familia más frecuente fue la de Familia con hijos adolescentes en un 46.2% de los casos, seguida por la Pareja con hijos pequeños (19.2%) y por la Emancipación de los hijos, que representa al 16.2% de las familias atendidas.

Características del servicio

- a) Modalidad de terapia: En cuanto a la modalidad de terapia el 80% fue familiar.
- b) Número de sesiones: El promedio de número de sesiones fue de 4.75, siendo lo más frecuente 1 sola sesión que corresponde al 20.8% de los casos atendidos, seguido por el 15.4% correspondiente a tratamientos de 5 sesiones.
- c) Modelo terapéutico: en los modelos de Terapia Familiar Sistémica se encontró que lo más frecuente es que este sea indefinido en un porcentaje de 36.9%, el 26.2% corresponde a una mezcla de modelos, y a éste le sigue el modelo estructural con 24.6% de los casos
- d) Fin del tratamiento: de acuerdo a los expedientes el 50% de los casos fueron dados de baja.
- e) Resultados del tratamiento: se encontraron como resultados más frecuentes los casos con escasa mejoría en un 34.6% y los casos sin modificación con el 33.1%.
- f) Número de casos atendidos por año: se pudo apreciar que el año en el que se atendió un mayor número de familias corresponde al 2004 en el que se atendieron 40, mientras que en el 2003 se le dio servicio a 36 de los 130 casos analizados.

Con base en la revisión que se hizo de los expedientes clínicos, se pudo observar que éstos se encuentran incompletos y que no especifican los datos del fin del tratamiento, pudiendo ser una de las causas por las que los casos aparezcan con un porcentaje tan elevado de bajas y de estatus indefinido, y no precisamente implica que no se haya dado de alta el caso. También se presentaron dificultades para obtener los datos debido a la diversidad en los formatos de los expedientes, lo cual impidió hacer una revisión más exhaustiva. Por ende, se sugirió la implementación de un formato único y completo para el llenado de expedientes, así como un formato de cierre de expediente en donde se especifique el estatus en el que se dio fin al proceso, tomando en cuenta las opciones de alta o baja, y su motivo. Igualmente, se recomendó dar seguimiento y mantener actualizada la base de datos generada a partir de este estudio.

A partir de las reflexiones generadas de los datos de esta investigación, se sugiere que en el Programa de la Residencia de Terapia Familiar se revise con especial atención la etapa del ciclo vital de familias con hijos adolescentes, al encontrarse que son las familias en esta etapa quienes más solicitan la terapia; asimismo, surge la idea de indagar acerca de las construcciones y representaciones sociales que tienen los pacientes acerca de la terapia, ya que al conocer sus expectativas, se les facilitaría a los terapeutas el poder brindar un servicio que responda a las necesidades de los usuarios de ésta clínica. Es por ello que se realizó otro estudio de corte cualitativo sobre estos aspectos.

Investigación cualitativa

Construcciones alrededor de la Terapia Familiar Sistémica:
conociendo las opiniones de una familia antes y después de acudir a terapia en la
Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala.

Es en el año de 2007, que a la responsable de la Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala, la Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky, le surge la inquietud por conocer de manera formal cuál es la representación que tienen las familias acerca de la terapia, sus expectativas acerca del proceso, su conceptualización y representación social de la terapia, así como los procesos que los hacen acudir a consulta, es decir, si hay crisis transiciones o procesos de cambio que llevan a la familia a solicitar la terapia.

En respuesta a esta inquietud, se elaboró un proyecto de investigación conformado por dos grandes etapas, diferentes pero complementarias, en la primera se hizo uso de una metodología cuantitativa que permitió conocer las características de los usuarios y del servicio de la clínica de terapia familiar, a través de la revisión de los expedientes clínicos de la misma, mientras que en la segunda etapa, se realizó un estudio con metodología cualitativa para conocer las representaciones y construcciones sociales alrededor de la terapia.

En el análisis de los resultados del estudio cuantitativo destacaron datos interesantes como el hecho de que las familias acuden más en la etapa del ciclo vital con hijos adolescentes, que el motivo de consulta suele ser un problema relacional, es decir, una interacción conflictiva entre dos o más integrantes de una familia y que generalmente

acuden por solicitud de la madre. Asimismo, destaca que lo más frecuente es que la familia sólo acuda a la primera sesión y que el porcentaje de casos resueltos es el más bajo, lo cual abre interrogantes en relación a esto, y a si tiene que ver con las expectativas y representaciones que tienen las familias sobre la terapia familiar al acudir a la clínica.

Desde esta lógica, las preguntas planteadas para esta etapa cualitativa se relacionan con qué tipos de proceso de cambio llevan a la familia a terapia, cuál es la construcción de la realidad acerca de la terapia, cómo se les ocurrió, a quién y para quién es importante asistir a un proceso psicoterapéutico, cuándo ir a terapia, qué idea tienen de lo que pueden resolver o no en la terapia, por qué deciden en ese momento consultar a un psicoterapeuta, qué es lo que provoca la terapia y cuánto debe durar un proceso de este tipo, cómo visualizan al terapeuta y cómo creen que debe ser éste, cómo se establece el vínculo terapéutico.

Todas estas preguntas surgen a partir del supuesto de que las personas que solicitan la terapia ya llegan con una serie de ideas preconcebidas acerca de la terapia, del terapeuta y en particular, de la terapia familiar y de lo que van a vivir en ella. También se tiene la creencia de que estas ideas influyen en su decisión de asistir en determinado momento a un proceso psicoterapéutico, y consideramos que dicho momento está relacionado con un proceso de transición entre las diferentes etapas del ciclo vital. Otro supuesto inicial se relaciona con la idea de que una familia completa va a terapia porque uno o dos de sus integrantes lo consideran importante o bien porque alguna figura de autoridad les sugiere o exige que acudan.

Por tanto, se planteó como objetivo de esta investigación conocer la construcción que tienen las personas sobre la psicoterapia antes y después de haber acudido a un proceso de este tipo en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, entendiendo como “construcción” todas las preguntas anteriormente mencionadas.

Para elegir a la familia entrevistada nos basamos en el muestreo de casos típicos, es decir, los casos en los que el éxito o el fracaso son característicos en relación a la mayoría de los casos. El caso de estudio se determina desde dentro del sistema (Flick, 2004). En esta investigación la familia elegida fue un caso típico de éxito que se caracterizó por haber sido dada de alta una vez resuelto el síntoma que los llevó a

consulta, lo cual fue reportado por la terapeuta que atendió a la familia así como por su supervisora, como un caso con evidente mejoría.

Se empleó el estudio de caso, que de acuerdo a Ragin (1992, cit. en Vázquez y Ángulo 2003), es el examen de un ejemplo en acción, que permite captar y reflejar los elementos de una situación. En el estudio que se realizó, se utilizó un estudio de caso que se conceptualizó por acuerdos y consensos sociales entre la terapeuta, la supervisora del caso y los investigadores; entendiendo éste como una familia que haya asistido al servicio y que haya tenido una mejoría significativa.

Antes de realizar la entrevista se discutió sobre las dimensiones que se tendrían que abordar para poder acceder a las construcciones que las familias tienen sobre la Terapia Familiar Sistémica, antes y después de acudir a un proceso terapéutico. Así pues, se llegó al acuerdo de explorar en cuanto al motivo de consulta, la percepción del cambio, la alianza terapéutica, la percepción de los recursos familiares, las expectativas respecto a la terapia, la percepción de nuevas necesidades, sugerencias respecto a la terapia, y sobre las construcciones familiares respecto al proceso terapéutico, ya que consideramos que de esta manera podríamos conocer qué tipo de proceso de cambio lleva a la familia a terapia, cuál es la construcción de la realidad acerca de la terapia, cómo se les ocurrió, a quién y para quién es importante asistir a un proceso psicoterapéutico, cuándo ir a terapia, qué idea tienen de lo que pueden resolver o no en la terapia, por qué deciden en ese momento consultar a un psicoterapeuta, qué es lo que provoca la terapia y cuánto debe durar un proceso de este tipo, cómo visualizan al terapeuta, y cómo debe ser éste, y cómo se establece el vínculo terapéutico.

Estas dimensiones, fueron planteadas en preguntas que abarcaban las diferentes tipologías mencionadas por Vázquez y Angulo (2003), que son las descriptivas, estructurales, de contraste, de opinión/valoración, de sentimientos y demográficas o de identificación. Para la elaboración de las preguntas se tomó como guía el “cuestionario de seguimiento” de Inmaculada Ochoa de Alda (1995).

La familia entrevistada, estaba conformada por los padres y 2 hijos varones, de 6 y 11 años respectivamente, siendo el hijo mayor el paciente identificado. Todos los integrantes acudieron a la clínica de terapia familiar durante el periodo comprendido de septiembre a

diciembre de 2007, y nos concedieron la cita para obtener los aportes de su experiencia el 12 de abril de 2008. La entrevista se llevó a cabo en el hogar de la familia, con todos sus miembros presentes y fue videograbada con una cámara Sony Handycam DCR-SR42, por los 3 integrantes que conformaron el equipo de investigación.

Durante el periodo de abril y mayo de 2008, se trabajó sobre la transcripción y análisis de la entrevista. Para ello, toda la información generada fue puesta en formato digitalizado y para su análisis se utilizó la herramienta informática para el análisis cualitativo de datos textuales Atlas-ti 4.1, donde se crearon códigos y familias de categorías para analizar los resultados.

Se observó que la familia entrevistada eligió el servicio de terapia familiar de la FES Iztacala por la simpatía que tiene el padre de familia hacia la universidad y porque tienen la percepción de que este tipo de servicios se preocupan más por ayudar a la persona y no por lucrar, como según el padre lo haría un terapeuta particular. Esta idea contrastó con nuestras propias creencias acerca de que un terapeuta joven y estudiante, tiene menos credibilidad profesional ante sus pacientes que un terapeuta con experiencia en consulta privada.

En respuesta a la pregunta de qué tipos de proceso de cambio llevan a la familia a terapia, se observó que la familia entrevistada acudió a terapia por solicitud de la maestra del hijo mayor, por lo que se deduce que no hay un proceso propio de la familia sino que toman la decisión de buscar la terapia a partir de la observación de la maestra. Esto nos hizo pensar que la mayoría de las veces hace falta un referente externo al sistema que les señale la necesidad de hacer un cambio en dicho sistema, por lo que se refuerza el imaginario social que ya algunos otros terapeutas experimentados han subrayado de que la terapia es para los demás pues una persona o familia por lo general es incapaz de autoobservar sus propios problemas.

Un aspecto interesante en cuanto a la concepción de la terapia familiar es el hecho de que los entrevistados comentan su preferencia hacia este modo de trabajo, en donde expresan tener la ventaja de poder compartir el proceso de su hijo y participar de éste, generando cambios no sólo en el paciente sintomático sino en todos los miembros del sistema familiar. Con respecto a la idea de lo que se puede resolver en terapia, las

respuestas de los entrevistados nos hicieron suponer que consideran que sirve para superar dificultades en su vida familiar, escolar o social. En alusión a la duración ideal de la terapia, encontramos que los pacientes consideran que un año es un periodo idóneo para que una familia haga cambios significativos.

Algo que nos parece sumamente importante destacar de la información brindada por esta familia, son las características que ellos valoraron de su terapeuta como la flexibilidad, la apertura, la sinceridad, la franqueza, el uso de un lenguaje sencillo y ameno, directivas acorde a sus posibilidades y a su postura como clientes. Lo anterior puede tomarse en cuenta para el diseño de programas o planes curriculares para la formación de terapeutas pues muchas veces estas habilidades son hechas a un lado al no dárseles la suficiente importancia como se hace con las técnicas terapéuticas.

De igual forma, es de llamar la atención que para el niño identificado como paciente, la característica más importante que tiene que tener un terapeuta es el ser como un amigo; esta última frase refleja un aspecto que a nuestro parecer todo psicoterapeuta debiera tener siempre presente y que nos hace cuestionarnos acerca del vínculo terapéutico.

Se observó que las técnicas terapéuticas que más les impactaron fueron el prescribirles tareas, de forma sencilla, flexible y atractiva, a manera de juegos, de hacer actividades conjuntas fuera de casa, que les ayudaron a comunicarse de manera diferente, aunado a esto la técnica de cambio de roles fue la de mayor impacto para la familia, pues se cree que ayudó a modificar la percepción del problema. Por ende, consideramos que como terapeutas debemos tomar en cuenta el impacto de este tipo de técnicas sobre los procesos de cambio familiar.

Resultó enriquecedor escuchar de la familia sus sugerencias para mejorar y enriquecer nuestro trabajo terapéutico, ya que pocas veces se atiende a sus opiniones en este ámbito profesional. Entre las ideas mencionadas se encuentra la necesidad de recibir una retroalimentación continua a lo largo del proceso, en donde se les diga tanto de manera verbal como por escrito, en qué van bien y en qué pueden mejorar.

En conclusión, y en relación a nuestra pregunta de investigación, nos percatamos de que las construcciones que tiene la familia acerca de acudir a un proceso terapéutico se

relacionan con mitos sociales en torno a la psicoterapia, como la creencia de que es “para locos” y no para la gente “normal”, la idea de que los iba a recibir un grupo de personas de edad madura, así como que el hecho de acudir a terapia es algo privado. Sin embargo, estas ideas cambiaron durante el proceso terapéutico y ahora refieren que es una buena idea ir a terapia, consideran el hecho de regresar e incluso la recomiendan.

Todas estas observaciones pueden servir para mejorar el trabajo terapéutico realizado por los estudiantes de la residencia en terapia familiar de la FES Iztacala, por ello consideramos necesario continuar con esta investigación en las siguientes generaciones, y adicionalmente sería interesante conocer la percepción de las familias dadas de baja, como una manera de retroalimentación más amplia que podría trascender en beneficios a la población atendida y a la calidad del servicio ofrecido.

Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento

Productos tecnológicos

A lo largo de la Residencia en Terapia Familiar, se realizaron diferentes manuales y videos didácticos basados en los diferentes modelos de terapia estudiados. A continuación se presenta un listado de los mismos:

- Manual de Técnicas de Terapia Estructural
- Video: Técnicas de Terapia Estratégica
- Manual de Técnicas de Terapia Breve del MRI
- Video: Técnicas de Terapia Breve del MRI
- Manual de Terapia Breve centrada en Soluciones
- Video: Terapia Breve centrada en Soluciones

En cada uno de los manuales se puede encontrar una breve introducción al modelo, sus antecedentes y exponentes principales, una amplia descripción de las técnicas y principios básicos del modelo, donde cada técnica va ilustrada con ejemplos basados en diferentes casos, reales e hipotéticos, así como algunas otras reflexiones en torno a la aplicación de cada uno de los modelos. De este modo, cada manual representa una guía,

práctica y didáctica, que resume los elementos principales de cada enfoque, esquematizando los aspectos a seguir en un proceso terapéutico bajo ese modelo.

Por otro lado, los videos elaborados se centran en presentar las técnicas características de cada modelo de terapia, para lo cual se hicieron representaciones de situaciones terapéuticas en donde cada técnica era aplicada con una familia. Esto se hizo con la finalidad de tener un referente visual que vincule la teoría con la práctica, de tal manera que se facilite la comprensión de las técnicas a través de este medio.

Así, entre los compañeros del equipo de supervisión, y con base en las problemáticas reales de los casos atendidos en las prácticas, fuimos representando a los miembros de las familias y a diferentes terapeutas, adaptando y editando las situaciones terapéuticas para ejemplificar de manera didáctica cada una de las técnicas del modelo a presentar.

Adicionalmente, los videos contienen una breve introducción sobre el modelo, sus representantes principales y sus técnicas, así como los datos correspondientes al programa y los alumnos que elaboraron el video.

Estos materiales pueden ser de utilidad para cualquier terapeuta en formación que esté interesado en conocer alguno de estos modelos en particular, por lo que pueden servir como apoyo tanto en la residencia como en algún otro programa de formación en terapia familiar. Asimismo, resultaron ejercicios interesantes que facilitan el aprendizaje y repaso de los conocimientos adquiridos en clase, pues permiten vincular la parte teórica con la práctica y ayudan a imaginar los diferentes escenarios y formas en que pueden ser aplicados los diferentes modelos aprendidos.

Programas de intervención comunitaria

Curso-taller: “Entendiendo la violencia” y curso-taller “Conductas de riesgo y prevención”

Se prepararon estos dos temas como parte del programa de “Escuela para padres” del CCH Azcapotzalco, el cual fue desarrollado en coordinación con la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala.

Estos talleres fueron desarrollados pensando específicamente en las situaciones que viven los adolescentes y sus familias, especialmente en el caso de la violencia en sus diferentes manifestaciones, así como las diferentes conductas de riesgo a las que se exponen los jóvenes de este contexto. La temática fue desarrollada especialmente para informar y orientar a los padres de familia de estos jóvenes así como para guiarles hacia el desarrollo de herramientas o medidas de prevención que podrían serles de utilidad en el manejo de estas situaciones de riesgo o de violencia. El material utilizado para el desarrollo de este taller fue retomado y adaptado del taller para superar la violencia.

Programa para Superar la Violencia

El tema de la violencia es preocupante para las autoridades gubernamentales y para la población en general. Por este motivo, organismos como el INEGI (2006), han realizado diferentes trabajos con el fin de comprender esta temática. Sin embargo es importante destacar que estamos inmersos en una cultura que busca y profundiza en la comprensión de las problemáticas bio-psicosociales, descuidando la mayoría de las veces su atención y tratamiento efectivo.

Bill O'Hanlon y Michele Weiner-Davis (1990) señalan que las disciplinas como la psicología, la medicina y la filosofía, se ocupan habitualmente de explicar, diagnosticar y comprender la naturaleza humana, pero por lo general, éstas no profundizan en la producción de un cambio de punto de vista o de acción, que lleve a la solución de las problemáticas que se estudian. Es decir, tener una buena explicación sobre la naturaleza y el origen del problema no produce un resultado terapéutico. De hecho, Bradford Keeney (1991), señala que con estas actitudes muchas veces los sistemas sociales terapéuticos que supuestamente ofrecen soluciones y curas, terminan perpetuando o construyendo los problemas como la violencia.

Ante lo anterior se ha comenzado a construir una intervención que no se centra en la comprensión de la violencia, sino que profundiza en diferentes alternativas y posibilidades de solución de conflictos, alternativos a la violencia, tomando como referencia una epistemología cibernética y postmoderna.

Al centrar los esfuerzos en estas formas de solución, es increíble encontrar una enorme cantidad de recursos intelectuales, emocionales y relacionales con los que contamos todos los seres humanos y las sociedades.

El presente trabajo es sólo una muestra de lo que se puede conseguir al centrarnos en la atención y el tratamiento más que en el problema. Este es el motivo por el que el desde el mismo nombre del taller se ha decidió llamar: “Superando la violencia”, como una manera de mostrar que la violencia es sólo una de las millones de alternativas que existen para hacer frente a un conflicto.

Son diversas las formas en las que se puede reaccionar ante un desacuerdo o dificultad, por ello, lo primero que se pretende en este trabajo, es despatologizar el concepto de violencia, con el fin de poder negociar una conceptualización que permita el cambio sistémico y cibernético de una acción violenta, planteando al mismo tiempo varias y diferentes alternativas más ecológicas ante la aparición de un conflicto.

La aplicabilidad que se le ha dado a esta propuesta, es haberla presentado ante compañeros psicólogos de diferentes contextos, con el fin de tener un pilotaje que recabe sus opiniones, respecto a su aplicabilidad y viabilidad en los contextos en los que ellos se desempeñan como terapeutas. Los grupos a los que se compartió esta propuesta son:

- 1 Grupo de estudiantes de la Carrera de Psicología de la FES Iztacala.
- 1 Grupo de estudiantes de la Maestría en Terapia Familiar de la Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- 1 Grupo de psicólogos del DIF de Tlaquepaque.

Cabe destacar que en el caso del DIF, el taller se dio bajo el nombre de *Comunicación no violenta*, dado que se mostraron más interesados en profundizar en el aspecto comunicacional de este tema.

Después de este pilotaje, se tomó la decisión de enriquecer aún más el proyecto en su fundamento epistemológico y en su abordaje sistémico, cibernético y postmoderno, para después volverlo a presentar a diferentes comunidades de psicólogos y terapeutas, así como a la comunidad que la requiera; por medio de talleres presenciales y pláticas informativas en programas de radio y televisión.

Taller: Crecer a partir de las crisis

En los últimos meses del año 2008 y a principios del año 2009, una de las palabras que más se mencionaron en los medios de comunicación de todo el mundo, fue el término *crisis*, esto debido a que pareciera que el planeta en su totalidad está sumergido en su primer crisis económica de la era global.

Este acontecimiento, parece demandar la participación de todos los especialistas para su resolución. Los psicólogos no estamos exentos de tener la posibilidad de participar en esta parte de la historia de la humanidad, ya que es basto el material que como profesionistas tenemos en la materia.

Así es como el presente taller se desarrolló para brindar un granito de arena que ayude a comprender y a atender mejor la presente crisis, que repercute no sólo en lo económico, sino en una infinidad de problemáticas sociales, para poder comenzar a crecer a partir de este evento, proponiendo alternativas de cambio que regulen los desajustes causantes de las crisis.

Durante el taller se desarrollan los diferentes tipos de crisis, recomendaciones y pautas para superar traumas y crisis, cómo mantener los cambios efectuados después de la crisis y cómo ayudar a otras personas a superar las crisis.

Este taller fue presentado en diferentes escenarios, como fue el caso de los compañeros de la 7° generación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala, los psicólogos y personal del DIF Tlaquepaque, además de algunos de los estudiantes de licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma de Campeche.

Asistencia a foros académicos

Seminario: Humillación, Vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar.

Este seminario fue impartido por el Dr. Carlos Sluzki y organizado por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A. C. el 28 de octubre de 2007. Tuvo una duración de 12 horas y se realizó en la ciudad de México.

En este seminario se habló de cómo se viven las experiencias humillantes y cómo es el proceso hacia el perdón, por cuáles etapas se atraviesa en ese proceso, y cuáles son los elementos que se deben fomentar en terapia para ayudar a las personas que vivieron una situación de este tipo y que les sigue afectando. Además, se tuvo la oportunidad de observar al Dr. Sluzki intervenir con una familia en la que se vivieron diversas situaciones de violencia, lo cual permitió ver aplicados algunos de los elementos teóricos presentados en el seminario.

Foro Nacional sobre Prevención del Suicidio

Participé como asistente en el II Foro Nacional sobre Prevención del Suicidio “El suicidio acaba con más que una vida”, los días 22 y 23 de noviembre de 2007, en Morelia, Michoacán. El evento fue organizado por la Secretaría de Salud de Michoacán y por la Asociación Mexicana de Suicidología, A. C.

En este foro tuve la oportunidad de escuchar diferentes investigaciones en torno al tema del suicidio en diferentes partes del país, se brindó una panorámica general acerca de esta problemática en México, se pudo conocer cómo se atiende esta situación en diferentes instituciones y las propuestas para su atención y prevención.

Seminario de Historias Familiares

El 25 y el 26 de abril de 2008 asistí al seminario: “Historias Familiares”, impartido por el Dr. Luigi Boscolo, co-fundador del Modelo de Terapia de Milán. Este seminario fue organizado por el área de Ciencias del Comportamiento y Educación de la Universidad del Noreste en la ciudad de Tampico, Tamaulipas.

Entre los temas abordados, el Dr. Boscolo nos hizo una breve narración de la historia de la Terapia Familiar, y de la historia de la escuela de Milán, de la cual es fundador. Después abordó la importancia de la Terapia Familiar en el tratamiento de la anorexia y la bulimia. Luego, tocó la orientación constructivista de la escuela de Milán, al abordar la narración de las historias familiares, donde se habló de la importancia que se le da al diálogo y al tiempo en las sesiones de psicoterapia de este modelo. Adicionalmente

expuso sobre metáforas y rituales, y hubo dos sesiones de consulta en vivo, guiadas por el Dr. Luigi Boscolo, a partir de las cuales se pudo observar y discutir algunos de los elementos teóricos revisados en el seminario.

Taller: Psicología Positiva: Aplicación práctica en el trabajo clínico

Este taller fue organizado por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León y se efectuó los días 9 y 10 de junio de 2008, en la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Fue impartido por el Maestro Bill O'Hanlon, quien es uno de los creadores del Modelo de Terapia Centrada en Soluciones, también del Modelo de Terapia de Posibilidades y últimamente, partidario de la Psicología Positiva.

En esta reunión O'Hanlon expuso la historia y ventajas de aplicar la psicología positiva en la psicoterapia, expuso múltiples investigaciones que fundamentan su metodología y, por medio de una sesión de terapia en vivo, el ponente mostró cómo utilizar de manera práctica y concreta todo lo expuesto en el taller.

Presentación del trabajo realizado en foros académicos

Ponencia en la mesa temática: "Experiencia en Investigación en Terapia Familiar Sistémica"

Los días 18 y 19 de agosto de 2008, se llevó a cabo el "II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología" en la F.E.S. Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. En este Congreso se expusieron los trabajos de investigación de los alumnos de Doctorado y Maestría en Psicología de la UNAM.

La participación que se tuvo en dicho evento, fue como ponente en una mesa temática que se compartió con todos los compañeros de la 7ª generación de la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología con sede en la FES Iztacala.

En esa mesa temática se expusieron los resultados de la investigación: "Representaciones y construcciones mentales alrededor de la terapia", que se divide en dos tipos de análisis, uno cuantitativo, que indaga sobre las características de los usuarios

y del servicio en la clínica de terapia familiar de la FES Iztacala; y otro cualitativo que profundiza en las opiniones de una familia sobre la terapia, antes y después de acudir a un proceso terapéutico.

Los participantes de esa exposición fueron los psicólogos: José Luis Castellanos Guevara, Karla Lorena Guerrero Enriquez y Rebeca del Carmen Vela Núñez, quienes fueron asesorados por la Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky.

En la exposición, que duró aproximadamente 20 minutos, se presentó:

- Una introducción del trabajo realizado
- Los objetivos de la investigación
- La etapa del análisis cuantitativo: su método, hipótesis, variables y resultados
- La etapa de análisis cualitativo: sus resultados
- Conclusiones
- Sugerencias

Además, se tuvo la oportunidad de escuchar las opiniones y sugerencias de los participantes en la mesa temática en relación a nuestra investigación.

Ponente del taller: “Las complejidades de las Familias Reconstituidas”

Del 27 al 29 de marzo de 2009 se llevó a cabo el Segundo Encuentro Nacional de Psicología “Formación, Evolución o Transformación”, organizado por la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Humanidades de la Universidad Autónoma de Campeche, en la ciudad de San Francisco de Campeche.

En el marco de este evento se presentó este taller, de 4 horas de duración, donde se abordó el tema de las familias reconstituidas comenzando por discutir algunas ideas en relación a este término, indagando las representaciones y significados que cada uno de los participantes relaciona con este concepto. También se expusieron las ideas de diferentes autores en relación a las familias actuales, a las características de las familias reconstituidas, los retos a los que se enfrentan, las etapas del ciclo vital y algunas ideas a tomar en consideración al momento de atenderlas en terapia. Igualmente, se hicieron

algunos ejercicios para desarrollar ideas en relación a la manera de trabajar con los aspectos problemáticos que pudiesen presentarse en estas familias.

Habilidades de compromiso y ética profesional

Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional

La ética resulta un aspecto primordial en nuestra labor como terapeutas dado que trabajamos con asuntos que suelen ser muy íntimos, muy delicados y, muchas veces, muy fuertes para las personas que se acercan a pedirnos ayuda. Generalmente las personas nos comparten los aspectos más difíciles de sus vidas y con ello pueden quedar en una posición muy vulnerable, si no se toma una postura profesional y responsable. Además, en las sesiones terapéuticas suelen darse situaciones en las que aparecen dilemas éticos para el terapeuta, pues muchas veces nos colocan en situaciones en donde esperan nuestra opinión como guía para tomar decisiones importantes. De ahí la importancia de un quehacer ético adecuado en nuestra profesión, pues llegamos a ser figuras que influyen en el bienestar y en la vida de las personas.

Acerca de las consideraciones éticas implicadas en nuestras prácticas creo que hay muchos aspectos sobre los cuales se puede discutir, puesto que las cuestiones éticas permean todo nuestro quehacer como terapeutas y como miembros de los sistemas terapéuticos totales de los que formamos parte. Creo que estamos ejerciendo nuestras obligaciones éticas desde que hacemos la llamada telefónica a nuestros pacientes, ya que desde ese momento se les explica a las personas nuestra manera de trabajar, el que va a estar presente un equipo, el uso del video y se les hace la promesa de confidencialidad y buen manejo de la información que nos proporcionen. En todo caso, lo no ético sería no explicar todo esto y esperar que las personas accedan a ser grabadas en video sin que conozcan cuál es el objetivo de esto. Sin embargo, creo que es uno de los aspectos que, muy atinadamente, se cuidan mucho en nuestras prácticas y en los que nuestras supervisoras también son muy cuidadosas, lo cual le da mayor profesionalismo al proceso y respeto al consultante.

En este sentido creo que el hecho de trabajar en equipo dificulta un poco más este aspecto de confidencialidad y discreción en cuanto al manejo de la información que surge

en las sesiones de cada familia, pues se presta a seguir comentando el caso fuera del espacio designado para ello, sin embargo, considero que sí tratamos de ser cuidadosos en esto y no comentar las sesiones en espacios públicos o inadecuados para ello, pues además, es un aspecto en el que nuestras maestras y supervisoras hacen mucho hincapié, pidiéndonos discreción tanto en los comentarios como en el manejo de las actas y videos de sesión.

Pero existen otros aspectos éticos a considerar en nuestras prácticas. Por ejemplo, en segundo semestre nos topamos con situaciones en las que la supervisora nos sugería utilizar técnicas y/o modelos de terapia que aún no conocíamos, lo cual nos obligaba a leer un poco al respecto, pero no por ello podíamos sentirnos seguros de saber aplicarlos. Así, nos presentábamos frente a la familia tratando de aplicar un modelo o ciertas técnicas sin conocerlas a fondo, bajo la guía de la supervisora, pero con la incertidumbre de si estaba bien y si eso ayudaría a la familia. Afortunadamente, y gracias al apoyo de las supervisoras, estas técnicas sí fueron efectivas y ayudaban a las familias, pero no por ello dejo de cuestionarme qué tan ético es hacer esto, aunque, si considero que nos encontramos en un ambiente de formación y si considero los resultados, veo que estas experiencias generalmente resultan muy enriquecedoras porque aprendemos más rápidamente esas técnicas o modelos, y cuando se llega el momento de revisarlo en clase ya se tiene un referente práctico que nos permite tener una mejor comprensión de ese conocimiento.

Otra situación que pude observar con frecuencia es cómo los terapeutas tendemos a mirar a las familias bajo nuestros propios esquemas de valores, de etiquetas diagnósticas y formas de ver el mundo, que muchas veces nos llevan a juzgarlos, a hacer predicciones o críticas a las familias que no siempre son constructivas. Y es que por más que decimos que no somos jueces y que respetamos los diferentes valores de las personas, suele ser muy difícil quitarnos nuestros prejuicios y hacer a un lado nuestros valores personales para mirar a los otros. En este sentido, no cabe duda que el equipo puede ayudar enormemente a distinguir ese tipo de prejuicios, sin embargo, a veces ocurre que se trata de prejuicios compartidos por todo el equipo, o la mayor parte de éste, y si se ven apoyados por la supervisora, se pueden establecer interpretaciones y directivas que no necesariamente ayuden a esa familia.

Considero que ésta es una de las consideraciones éticas más difíciles de trabajar, puesto que todos tenemos valores, creencias, prejuicios acerca de lo que es correcto o lo que es inadecuado, que por supuesto permearán nuestro trabajo y que muchas veces nos ayudarán a hacer una terapia efectiva. Sin embargo, si no partimos de ver cuáles son los valores y creencias de la familia que tenemos enfrente y no respetamos eso, creo que podríamos llegar a un punto en donde la terapia ya no funcione o incluso, a una lucha de creencias en donde cada parte trata de imponer las suyas. Algo de lo que me he dado cuenta con el tiempo, es que una manera de trabajar esto es no dejar de hacerme preguntas y cuestionar las ideas que se están trabajando sobre la familia, o sobre los temas que se están abordando en la sesión, y sobre las propias hipótesis e interpretaciones que llegan a surgir en el equipo o por parte de la supervisora, pues al momento de plantear las cosas a manera de pregunta se deja abierta la duda y se puede verificar o simplemente abrir la pregunta con la familia, y así se evita presuponer o dar por sentado ciertos aspectos o ideas importantes en relación a los casos atendidos. Me he dado cuenta que hacer esto funciona muy bien, tanto para el trabajo y reflexiones del equipo, como para la propia familia, pues muchas veces nos sorprendemos al escuchar las posturas de los pacientes ante nuestras ideas, y muchas otras, nos ayudan a comprenderlos mejor y enriquecer nuestras ideas acerca de ellos, respetándolos. Creo que para llegar a este tipo de intercambios, los modelos posmodernos suelen ser de gran utilidad.

De igual manera, es importante señalar que este respeto a los valores y creencias particulares, aplica no sólo hacia las familias, sino hacia los miembros del equipo y las supervisoras, pues éste resulta fundamental para desempeñar una labor en la que cada uno pueda expresar sus puntos de vista y hacer aportaciones al trabajo del grupo y a la terapia en general, pues cuando realmente se respetan las opiniones de los demás estamos mucho más abiertos a escuchar lo que nos quieren comunicar y logramos enriquecer nuestra visión de las cosas.

Adicionalmente, durante la residencia, surgieron algunos de los cuestionamientos éticos en mi equipo a partir de ciertas experiencias con las supervisoras y las familias, como por ejemplo, si es válido, bajo el argumento de ser parte de una técnica terapéutica muy efectiva, el utilizar groserías para referirnos a nuestros pacientes y a los miembros de su familia, o decirles las cosas levantando la voz, porque a consideración de la supervisora

este modo producirá el efecto requerido. Conforme fueron pasando los semestres y tuve la oportunidad de trabajar con diferentes supervisoras, me di cuenta que no tanto la palabra que se use, o el volumen que se utilice para decir un mensaje es cuestionable, sino toda la comunicación que lo acompaña, en determinado contexto, y sobre todo, en una relación particular, lo que diferenciará qué tan ético o no fue ese mensaje. Aprendí que cuando se ha logrado un buen joining con las personas, y cuando la ruta terapéutica que se ha seguido hasta el momento así lo requiere, a veces es válido utilizar una grosería o utilizar la intensidad para marcar algún elemento importante a resaltar, pues se hace con respeto y con la intención de subrayar algo que resultará terapéutico; sin embargo, si no se cuidan estos elementos, no sólo llega a ser antiético sino antiterapéutico. Por ello, considero que éste es un elemento fundamental a cuidar en las sesiones terapéuticas y en nuestra comunicación con nuestros pacientes.

Igualmente me pregunto qué tan ético es hacer terapia sin seguir un modelo terapéutico particular, no porque no quiera seguirlo, sino porque en el camino fui aplicando técnicas de muy diversas escuelas y enfoques, y luego estoy buscando cómo acomodarlo todo bajo un esquema coherente. Pero ante este mismo punto, también sé que somos terapeutas en formación, que estamos aprendiendo y que finalmente lo ético es hacer un buen uso de los conocimientos adquiridos y de nuestra experiencia profesional para ayudar a las familias, echando mano de todos nuestros recursos, pues a veces resulta difícil seguir el modelo al pie de la letra cuando estamos concentrados en dar respuesta a las inquietudes de los pacientes, al mismo tiempo que tratamos de incorporar las ideas de la supervisora y el equipo. Por lo tanto, muchas veces se sigue la conversación y se hacen las intervenciones sin reflexionar demasiado sobre ellas, para luego caer en la cuenta de que estuvimos aplicando adecuadamente el modelo que estábamos siguiendo, o bien, que adaptamos una técnica de otro modelo a nuestros objetivos actuales, pero que era una técnica de un modelo epistemológicamente compatible.

Otras de las experiencias que me llevaron a cuestionar los aspectos éticos implicados en el ejercicio profesional de nuestra práctica clínica, fueron un par de experiencias que viví durante las prácticas del tercer semestre:

Al iniciar con mis prácticas, ocurrió que recibí a una pareja que presentaba una situación de violencia y un discurso en el que hablaban de conflictos irreconciliables, mezclado con

ideas de querer arreglar las cosas, por sus hijos. Como cierre de esa primera sesión, la cual fue muy intensa, dado los ánimos de los pacientes, el equipo envía el mensaje y la tarea de que piensen si no sería mejor, por sus hijos, el separarse. Después de eso, la pareja ya no regresó a terapia, lo cual me hizo hacerme muchas preguntas, cuestionarme si fue poco ético sugerir algo tan determinante como una separación, si fue muy pronto para hablar de ese tema, si faltó hacer más rapport con cada uno de ellos, si debí suavizar el mensaje o mostrar una postura distinta a la del equipo, dado que yo no estaba tan de acuerdo con ellos; en fin, siempre son muchas las preguntas que me hago ante situaciones como ésta, y considero que probablemente sean muchas de estas interrogantes los motivos que llevaron a la pareja a dejar la terapia, pero lo que más me preocupó en ese momento fue saber de esos niños, tan triangulados en los conflictos conyugales de sus padres, y pensar en que la única sesión que estuvimos con ellos quizás no haya marcado ninguna diferencia en su dinámica relacional, y aunque se tuvo el contacto telefónico recomendado, no fue posible que los padres regresaran a la terapia. Como terapeutas, cotidianamente nos encontramos con este tipo de situaciones, donde quisiéramos poder hacer más, pero llega el punto en donde el límite es muy claro y la situación es algo que queda fuera de nuestras manos.

La otra experiencia significativa de este periodo que me llevó a cuestionar la ética de nuestro equipo de terapeutas, fue con un caso en donde se abordó el tema de la sexualidad, y que el simple hecho de tocar el tema, representó todo un reto para la paciente, quien no acostumbraba ni gustaba de hablar de estos temas y se mostraba renuente a siquiera escuchar a su esposo mencionar la palabra "sexo". Sin embargo, la postura de la señora despertó diversas opiniones polémicas en el equipo, así como reacciones exageradas que se expresaron a manera de risas y carcajadas, las cuales, evidentemente, no fueron bien recibidas por la paciente, que alcanzó a escuchar todo el alboroto detrás del espejo. En ese momento sí me pregunté ¿dónde está nuestra ética, nuestro respeto y nuestro profesionalismo?. Por supuesto fue un tema que después hablamos con todo el equipo, reconociendo que no fue una respuesta adecuada para la situación que estábamos abordando, se discutió sobre la posible ansiedad que se había despertado en el equipo y que quizás era un indicador de aspectos que se necesitarían trabajar en terapia de manera personal.

Aunque a partir de estas dos experiencias de ética cuestionable pude recuperar importantes aprendizajes y valiosas reflexiones, considero que la parte más lamentable de estas vivencias es que quienes se ven afectados son nuestros pacientes, quienes ponen en nosotros toda su confianza con la esperanza de recibir ayuda y cuando esto no sucede es un suceso lamentable, que afecta no sólo a la persona o familia que pide la ayuda sino al resto de los terapeutas, pues las personas suelen generalizar las experiencias desagradables. Por ello considero importante estar atentos a nuestro desempeño y detectar y reconocer a tiempo cuando hacemos algo inadecuado, para estar a tiempo de enmendar y corregir o aclarar la situación. Afortunadamente esto sí pudo hacerse en el caso de la señora que escuchó las risas, y considero que en nuestras prácticas es frecuente que se den detalles o situaciones que se prestan a interpretaciones inadecuadas o confusiones, pero que son oportunamente aclaradas y podemos aprender mucho de ellas.

En los casos atendidos por mis compañeros también hubo detalles que nos llevaron a cuestionamientos éticos, como es el uso de etiquetas, pues a veces nos llegan pacientes con diagnósticos y tratamientos previos que ya están acostumbrados a un trato particular, y nosotros llegamos a cuestionar eso, ¿qué tan adecuado es avalar un diagnóstico que limita la vida de una persona cuando tiene todas las capacidades necesarias para ser más independiente o competente, sólo por respeto a otro profesional?. Y si realmente considero que esta persona tiene todas las capacidades, ¿por qué darle un trato especial, en la manera de decirle o preguntarle las cosas?, ¿dónde queda entonces mi creencia en las capacidades de ésta persona? Estas preguntas fueron planteadas y discutidas en un caso en particular y nos permitieron cuestionarnos nuestras propias ideas y posturas teóricas, y creo que, gracias a la postura de la terapeuta y las aportaciones del equipo se pudo llevar un proceso respetuoso y cuidadoso de éstos aspectos, basado en los recursos de la persona, y considero que al hacer esto también nosotros crecimos como personas.

Finalmente, creo que el compromiso ético fundamental en nuestras prácticas está hacia nuestros pacientes, en ofrecerles la mejor terapia que podamos hacer con ellos, y de ahí se derivan otra serie de compromisos que van desde preparar la sesión, analizar a detalle el video de la sesión anterior, leer todo el material relacionado con la terapia que estamos haciendo, tomar en cuenta las sugerencias y retroalimentaciones de las supervisoras y los

compañeros del equipo, y hacer uso de las técnicas y herramientas terapéuticas que ya conocemos, procurando siempre el mayor beneficio para nuestros pacientes y sus familias, y considerando las implicaciones de sus cambios hacia los distintos contextos en los que se desenvuelven.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

Habilidades y competencias profesionales adquiridas

Sin duda, las habilidades y competencias adquiridas a lo largo de la maestría son innumerables e invaluable. Creo que la formación teórica que adquirí a lo largo de estos dos años de la residencia me brindó una base muy importante para analizar y comprender mejor otros conocimientos que tienen que ver con la terapia. La parte epistemológica resultó un conocimiento fundamental para comprender los diferentes modelos de terapia y las bases detrás de esas diferencias. El conocer cada uno de los modelos revisados también me pareció un aprendizaje muy enriquecedor para mi quehacer profesional, pues me voy con una serie de herramientas terapéuticas muy importantes que permiten responder ante las diferentes situaciones que se presentan en terapia. Considero que tanto de epistemología como de los modelos aun me falta conocer muchas cosas, sin embargo, ya tengo las bases para poder comprender la información que llegue a revisar más adelante. Además, el hecho de haber aprendido un poco sobre cada modelo, nos da la posibilidad de tener un menú del cual podemos escoger, ya sea por preferencias personales, o por las características del caso que vayamos a trabajar, cuál será la método a seguir en el trabajo con ese sistema.

Todos estos conocimientos sobre las terapias sistémicas y posmodernas, también cambiaron mi forma de ver la vida, los acontecimientos cotidianos, las noticias, las situaciones que se dan en mi propia familia o en mi comunidad. A partir de la maestría me es difícil ver un acontecimiento sin conectarlo con otros, sin empezar a cuestionarme qué más está pasando y tiene que ver con esto. Me he dado cuenta que esta forma de ver las cosas me ha llevado a ser más flexible con los demás, me es un poco más fácil aceptar al que es diferente o piensa diferente a mí, incluso, me es interesante convivir con esas personas porque aprendo mucho de conversar con ellas. También me es más difícil el

juzgar o criticar a una persona que apenas conozco, o cuando lo hago, enseguida me cuestiono cuál será la parte que no estoy viendo que lleva a esa persona a actuar de esa manera.

Asimismo, tuve la oportunidad de desarrollar habilidades y competencias para hacer investigación, lo cual me permitió derribar algunos mitos que tenía previamente en relación a lo que es investigar y lo que esto implica. El haber desarrollado una investigación cualitativa y una cuantitativa me permitió apreciar las ventajas y bondades de cada una de ellas, así como el conocer los pormenores a cuidar cuando se investiga, lo cual me deja elementos para iniciar mis propios proyectos, o poder participar con otros investigadores en la indagación de nuevas interrogantes, de interés para nuestra profesión.

A partir de las prácticas clínicas también pude desarrollar y refinar diversas habilidades. Aprendí lo que es hacer terapia en diferentes contextos y cómo influye la institución en el trabajo terapéutico. Pude desarrollar habilidades básicas para hacer rapport y entablar empatía con personas de diferentes edades, sexos y niveles socioeconómicos. Aprendí a valorar la riqueza de recibir retroalimentación de otras personas y de poder incorporar sus aportaciones a mi forma de trabajar. También pude retroalimentarme a mí misma gracias al recurso de los videos, que me permitían escucharme y observarme, pudiendo apreciar múltiples aspectos comunicacionales a partir de los cuales identificaba aquello que me gustaría fomentar y lo que me gustaría corregir.

Muchos de mis aprendizajes en cuanto a habilidades terapéuticas vinieron de observar a mis compañeros y supervisoras, el observar diferentes estilos de recibir a las personas, de hacer preguntas, de plantear hipótesis, dar mensajes o dejar tareas, representó también un cúmulo de experiencias invaluable que me dieron muchos referentes e ideas para incorporar a mi trabajo.

Asimismo, están los aprendizajes que provienen de mi experiencia con las familias que atendimos, pues muchas veces los pacientes usaron frases llenas de sabiduría que me enseñaron mucho, pero no sólo aprendía de sus palabras, sino de sus acciones, de sus respuestas a mi comunicación, a mis métodos, a mis mensajes. Frecuentemente fueron las reacciones de las personas las que me llevaron a calibrar qué tipo de palabras utilizar,

qué tono de voz era el más adecuado, o en qué momento era mejor escuchada. De este modo, creo que sesión a sesión, tanto desde el papel de terapeuta como desde el de observadora, las familias atendidas también colaboraron con mucho al desarrollo de mis competencias profesionales.

Adicionalmente, están las competencias relacionadas con el diseño e implementación de programas de intervención comunitaria, gracias a los cuales pude refinar mis estrategias para la planeación de un taller, de una conferencia o de un programa más amplio, así como desarrollar habilidades para el manejo de grupos, para la exposición y transmisión de información y para el desarrollo de ejercicios acordes a la población, que permitan aterrizar la información transmitida.

Considero que todas estas competencias desarrolladas a lo largo de la maestría pueden tener una gran variedad de aplicaciones que van más allá de la terapia familiar y la investigación, si retomamos la idea de que podemos trabajar con otros sistemas además de la familia las posibilidades se amplían hacia toda clase de sistemas humanos, por lo que creo que tenemos un amplio campo para la aplicación de todos estos conocimientos y espero poder contribuir a la sociedad algo de lo mucho que aprendí en este periodo de diferentes maneras.

Incidencia en el campo psicosocial

Durante la maestría se desarrollan varias actividades que impactan en el campo psicosocial, como fueron los diversos programas de intervención comunitaria desarrollados por los diferentes miembros del grupo y que se impartieron en distintos escenarios y poblaciones. Uno de los programas en los que participamos todos los integrantes de la residencia fue en el taller de Escuela para Padres del CCH, en el cual se tuvo la oportunidad de aterrizar muchos de los conocimientos de la maestría a situaciones prácticas de gran interés para la población de esta escuela. Lo mismo ocurrió con los otros programas que se desarrollaron en otros escenarios, donde se aplicó un poco de la teoría que aprendemos en la residencia, y nos topamos con la dificultad de traducir el conocimiento del lenguaje académico al práctico.

Además, hubo varias actividades de vinculación con diferentes escenarios, a través de las materias de Teorías y Modelos de Intervención, así como la evidente incidencia que ejercemos en nuestras prácticas profesionales al ofrecer la terapia familiar a las comunidades en las que trabajamos. En los diversos contactos que tuve con la comunidad a través de estas actividades me di cuenta que resultan experiencias muy enriquecedoras en ambos sentidos, por un lado, a los estudiantes nos permiten aterrizar y comprender mejor las aplicaciones de las teorías que estamos conociendo, y al mismo tiempo, las personas se enriquecen con la información que reciben y adquieren algunos lineamientos que les permiten mejorar sus relaciones familiares o resolver alguna situación en particular.

Asimismo, considero que se puede hacer mucho más, que la incidencia psicosocial que podríamos lograr con nuestros conocimientos podría ser mucho más amplia y que eso sería muy enriquecedor para nosotros como profesionistas si nos permitiésemos incidir en otros sistemas relacionales además del familiar porque las teorías que conocemos pueden utilizarse en muchos otros ámbitos relaciones, como puede ser en contextos labores, escolares, institucionales o en otras relaciones no precisamente familiares, como amistades, vecinos o aquellas que involucran a otro profesional de la salud y sus pacientes, entre otras.

Reflexión y análisis de la experiencia

Para mí la experiencia de la maestría ha sido toda una vivencia que va mucho más allá del ámbito escolar, dado que implicó hacer muchos cambios en mi estilo de vida, desde el cambio de residencia hasta el cambio en mi estatus de trabajadora a estudiante, con muchos otros cambios intermedios que me trajeron muchos aprendizajes.

Creo que uno de los aspectos que distinguen a ésta de otras maestrías es el compromiso de ser estudiante de tiempo completo, lo cual es una gran oportunidad a la que pocas personas pueden acceder y por lo cual me siento afortunada, pues fueron dos años totalmente dedicados a estudiar lo que me gusta, y aunque hubo momentos pesados de mucho trabajo y algunas materias que no me gustaron tanto, en general me queda un buen sabor de boca, pues tengo la satisfacción de haberle dedicado una etapa de mi vida

al aprendizaje de las terapias sistémicas y posmodernas, cosa que hace poco más de dos años era sólo un sueño para mí.

Además, el hecho que la maestría sea un programa de una universidad tan grande e importante como es la UNAM, también le da un toque único a la experiencia, sobre todo para alguien como yo, que no conocía escenarios universitarios tan grandes como los de esta universidad; así, desde conocer las instalaciones de ciudad universitaria y la gran variedad de servicios que ofrece fue toda una experiencia, que fue tan sólo una probadita de lo que implicaría vivir en esta gran ciudad.

Otro aspecto importante de mi experiencia fue la convivencia con mis compañeros de generación, con quienes se estableció una relación armoniosa, lo cual considero que facilitó mucho el cursar la residencia pues afortunadamente hubo buenas relaciones entre todos los miembros del grupo y siempre que fue necesario se contó con la cooperación de todos para hacer las cosas. Creo que este apoyo fue muy importante en los momentos de mayor estrés, como cuando teníamos una gran carga de trabajo por las diferentes actividades de la residencia, o cuando empezábamos las prácticas y nos sentíamos nerviosos, pues, al menos para mí, el poder hablar con mis compañeros sobre cómo me sentía y saber que comprendían fue un acompañamiento muy reconfortante, entre todos nos animábamos y apoyábamos para salir adelante con los diferentes retos que fuimos enfrentando.

Esta situación se vivió de manera más cercana en el equipo terapéutico con el que compartíamos las prácticas, pues hubo mayor convivencia con esos compañeros en particular y eso facilitó el desarrollo de relaciones de amistad más cercana, lo cual es también una agradable ganancia de la maestría. Además, en mi caso particular, que cursé la maestría junto con mi pareja, considero que en general la experiencia de la residencia fue mucho más impactante, en el sentido de que no era algo que se quedara en la escuela, sino que nos acompañaba a casa, y dado que al cambiar de lugar de residencia nos alejamos de familiares y amigos, fue una inmersión total en la maestría. Considero que al principio nuestro reto fue la adaptación a los diferentes cambios que habíamos hecho, así como a nuestro nuevo rol de compañeros de clase, pero creo que fue en cuestión de unos meses para lograr un nuevo equilibrio y balance en nuestras vidas. De hecho, fue una experiencia enriquecedora también como pareja, pues aprendimos a

trabajar juntos y el apoyo que nos dimos en las diferentes actividades relacionadas con la maestría, también nos facilitó bastante el haberla terminado exitosamente.

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

Coincido con Harlene Anderson (1999) cuando dice que “El aprendizaje profesional incluye una relación mutua entre crecimiento personal y crecimiento profesional” (p. 331). Creo que la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar es una experiencia que marcará mi vida profesional de ahora en adelante y que me abre nuevas oportunidades de trabajo, pues además del grado, ahora cuento con muchas herramientas nuevas tanto teóricas como prácticas que me permitirán un mejor desempeño como terapeuta y como psicóloga en otros campos laborales, gracias a las habilidades y competencias desarrolladas en este proceso.

En lo que respecta a mi persona como terapeuta, también se dieron muchas reflexiones y experiencias que me llevaron a cuestionarme muchas veces sobre mis propias creencias y formas de ver la terapia y la vida. Esto me ocurrió en repetidas ocasiones a lo largo de la maestría, pues conforme íbamos estudiando cada modelo y aprendiendo las nuevas premisas que lo acompañan, venían al mismo tiempo nuevas formas hacer la terapia que implicaban adoptar otras posturas como terapeuta, que van desde las más directivas en donde es importante no perder la capacidad de maniobra, hasta las más horizontales, que me implicaban cuestionarme a cada momento y cuidar mucho mi lenguaje para respetar dicha horizontalidad.

Además, durante las prácticas clínicas también se dieron muchas situaciones que me llevaron a crecer como persona, pues el estar en contacto con familias que han vivido experiencias tan difíciles a veces me despertaban emociones muy fuertes, o me llevaban a cuestionar mi forma de ver la vida, o bien, a valorar aspectos de mi vida personal que no había valorado antes. Cada situación en terapia que me tocaba de alguna manera, me dejaba alguna reflexión valiosa o algún aprendizaje que bien podría ser de utilidad para mejorar mi desempeño como terapeuta, pero también me servía para mi vida personal.

Creo que en términos generales, uno de los aprendizajes más valiosos para mi persona-terapeuta, fue que viví algo así como una reconciliación con mi sensibilidad personal, pues en el pasado llegué a tener dificultades por involucrarme emocionalmente demasiado con las situaciones de mis pacientes, después, tratando de evitar eso, tendía a hacer mis emociones a un lado cuando atendía a alguna persona; pero durante la maestría, una de las supervisoras me ayudó a incorporar mi sensibilidad, me enseñó que también puedo utilizar mis sensaciones y emociones como herramienta en la terapia, y que muchas veces esas sensaciones pueden ser grandes aliadas para indicarme el camino a seguir en la terapia.

Por todas las experiencias anteriormente descritas me siento muy agradecida, pues gracias al programa, a sus coordinadores, a mis maestras, supervisoras, compañeros y familias atendidas, me voy llena de aprendizajes, conocimientos, habilidades y competencias que me serán de mucha utilidad en mi vida personal y profesional. Ahora me corresponde retribuir y compartir a la sociedad lo mucho que he aprendido.

ortu.

RERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Arriagada, I. (2007). Transformaciones familiares y políticas de bienestar en América Latina. En I. Arriagada (Coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina* (pp. 125-152). Santiago de Chile: CEPAL: ONU.
- Ashby, W. R. (1976). *Introducción a la cibernética*. (3ª ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bertalanffy, L. (1984). *Tendencias en la teoría general de sistemas*. Alianza Universidad: Madrid.
- Bertalanffy, L. (1973). *General system theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (2001). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Carter, B. (1996). Familias resultantes de segundas nupcias: la creación de un nuevo paradigma. (pp. 364-400). En M. Walters, B. Carter, P. Papp & O. Silverstein. *La red invisible*. Barcelona: Paidós.
- Ceberio, M. R. & Watzlawick, P. (2006). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.
- Cecchin, G., Lane, G. & Ray, W. (2002). *Irreverencia*. Barcelona: Paidós.
- Cintrón, F., Walters-Pacheco, K., Serrano-García, I. (2008). Cambios... ¿Cómo influyen en los y las adolescentes de familias reconstituidas?, *Revista Interamericana de Psicología*, 1,(42), 91-100.
- Consejo Nacional de Población (2006). *La situación demográfica de México 2006*. México: CONAPO.
- Desatnik, O., Franklin, A. & Rubli, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión, *Psicoterapia y familia*, 1 (15), 47-56.

- Eguiluz, L. L. (2006). *La teoría sistémica, Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UAT, UNAM
- Eguiluz, L. L. (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Esteinou, R. (1999). Fragilidad y recomposición de las relaciones familiares [Versión electrónica]. *Desacatos, Revista de antropología social*, 2, 11-26.
- Fisch, R., Weakland, J.H. & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*, Barcelona: Editorial Herder.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Gergen, K. J. (2006). *Construir la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Gómez, M. & Weisz, T. (2005). *Nuevas parejas, nuevas familias*. México: Norma.
- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1999). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (2006). *Terapia de ordalía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley J. (2007). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. & Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Hopenhayn, M. (2007). Cambios en el paradigma del trabajo remunerado e impactos en la familia. En I. Arriagada (Coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina* (pp. 63-76). Santiago de Chile: CEPAL: ONU.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1999). *Las familias mexicanas*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *Indicadores de hogares y familias por entidad federativa*. Aguascalientes, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2009). *Mujeres y hombres en México*. México: INEGI.
- Jelin, E. (2007). Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales. En I. Arriagada (Coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina* (pp. 93-123). Santiago de Chile: CEPAL: ONU.
- Keeney, B. P. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

- Keeney, B. & Ross, J. (1993). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Limón, G. (2005). *Terapias postmodernas*. México: Pax.
- Linares, J. L. (2007, junio). *La pareja y el amor: la intervención psicoterapéutica sistémica*. Ponencia presentada en el Seminario realizado en el instituto Tzapopan, Guadalajara, México.
- Luna-Santos, S. (2007). La recomposición familiar en México. [Versión electrónica]. *Notas de población*, 82, 5-32.
- Madanes, C. (1993). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mahoney, M. J. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1985). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1994). *Calidoscopio familiar*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1998). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Montaño, S. (2007). El sueño de las mujeres: democracia en la familia. En I. Arriagada (Coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina* (pp. 77-91). Santiago de Chile: CEPAL: ONU.
- Navarro, J. & Pereira, J. (2000). *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona: Paidós.
- Neuburger, R. (1997). *La familia dolorosa*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Pérez, E. (2000). *Propuesta de un modelo de auditoría médica organizacional para la evaluación de la calidad de la atención con fines de la certificación hospitalaria*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Investigación de Servicios de Salud, FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México, México.
- Plan Nacional de Desarrollo, 2007-2012. [Versión electrónica]. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República, 2007.
- Roizblatt, A. (2007). Familias mezcladas, mixtas o adoptivas. En L. Eguiluz, (Comp.), *Entendiendo a la pareja* (pp. 169-188). México: Pax México.

- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar: Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M., Anolli, L., Di Blasio, P., Giossi, L., Pisano, I., Ricci, C. et al. (1988). *Al frente de la organización*. Buenos Aires: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata G. (1990). Elaboración de hipótesis, circularidad y neutralidad: tres directrices para la coordinación de la sesión. En: M. Selvini, (Comp.), *Crónica de una investigación* (pp. 336-352). Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1994). *Paradoja y contraparadoja*. México: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., D'Ettoire, L., Garbellini, M., Ghezzi, D., Lerma, M. et al. (1986). *El mago sin magia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. (1995). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Therborn, G. (2007). Familias en el mundo, historia y futuro en el umbral del siglo XXI. En I. Arriagada (Coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina* (pp. 31-61). Santiago de Chile: CEPAL: ONU.
- Umbarger, C. (1999). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vázquez, R. y Angulo, F. (2003). Introducción al estudio de casos: los primeros contactos con la investigación etnográfica. Granada: ediciones Aljibe.
- Von Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1997). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H & Fisch R. (1999). *Cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Williamson, D. & Bray, J. (1991). El desarrollo y cambio familiares a través de las generaciones: una perspectiva intergeneracional. En C. J. Falicov (Comp.) *Transiciones de la familia* (pp. 491-527). Buenos Aires: Amorrortu.