



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

***APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS ERICKSONIANAS
EN LA TERAPIA FAMILIAR***

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
JUANA INÉS SOTO MIRANDA**

**DIRECTORA DEL REPORTE:
PRESIDENTA: DRA. JUANA BENGOA GONZÁLEZ**

**JURADO DEL EXÁMEN:
TITULAR: MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
TITULAR: DRA. SOFIA RIVERA ARAGÓN
SUPLENTE: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
SUPLENTE: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO**

MÉXICO, D.F.

ABRIL 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres: Por su incondicional apoyo, por forjar lo que soy con gran amor. Porque me han enseñado a mirar y disfrutar los lados fuertes de la hermosa familia que me regalaron, por ser fuente inagotable de enseñanzas. los admiro y los amo.

A Edgar: Por ser mi compañero, por caminar conmigo, porque siempre me has ayudado a que el viento sople a favor. Gracias por compartir sueños. Te amo

A mis hermanos: Por estar, por compartir, por enseñarme, por escucharme, son el motor de muchos de mis pasos.

A mis amigos: mi otra familia. Porque hemos crecido y seguiremos creciendo juntos. Por tantos momentos divertidos, por su apoyo y sobre todo por su amistad. Gracias Eli, Icela, Chia, Ana, Robert, Cris, Eli Esme, Carlos, Marco, Isra...

Cristian gracias por estar en las buenas y en las malas, por escucharme, por hacerme reír y por compartir conmigo este gran reto.

Jovita mi gran amiga, tu amistad incondicional perdurará en la vida, tu fuerza y apoyo está conmigo siempre.

A la Universidad Nacional Autónoma de México. Mi Alma Mater. Por darme la oportunidad de formarme en un Programa de Alta Excelencia Académica.

A mis profesoras. Por compartir conmigo sus conocimientos, experiencia y sobre todo por sus enseñanzas y su gran valor como personas, por apoyarme en cada paso de mi formación.

A Juanita Bengoa. Por acompañarme paso a paso en este proceso, por brindarme momentos, palabras y sonrisas. Tu vos ira conmigo...

*A Susi gracias por compartirme tu visión de la terapia, siempre con humor.
A Ofe por brindarme siempre un mundo de posibilidades.*

A las familias que me permitieron ser parte de sus procesos terapéuticos y por regalarme tantas enseñanzas.

Gracias totales.

A TODOS, a vosotros,
los silenciosos seres de la noche
que tomaron mi mano en las
tinieblas, a vosotros, lámparas
de la luz inmortal, líneas de
estrella,
pan de las vidas, hermanos
secretos, a todos, a vosotros,
digo: no hay gracias, nada
podrá llenar las copas de la
pureza, nada puede
contener todo el sol en las
banderas de la primavera
invencible, como vuestras
calladas dignidades.

Solamente pienso que he
sido tal vez digno de tanta
sencillez, de flor tan pura,
que tal vez soy vosotros, eso
mismo, esa miga de tierra,
harina y canto, ese amasijo
natural que sabe de dónde sale
y dónde pertenece.

No soy una campana de
tan lejos, ni un cristal
enterrado tan profundo que tú
no puedas descifrar, soy sólo
pueblo, puerta escondida, pan
oscuro,
y cuando me recibes, te recibes
a tí mismo, a ese huésped
tantas veces golpeado
y tantas veces renacido.

A todo, a todos,
a cuantos no conozco, a
cuantos nunca oyeron este
nombre, a los que viven
a lo largo de nuestros largos
ríos, al pie de los volcanes, a la
sombra sulfúrica del cobre, a
pescadores y labriegos,
a indios azules en la orilla
de lagos centelleantes como
vidrios, al zapatero que a esta
hora interroga clavando el
cuero con antiguas manos,
a tí, al que sin saberlo me ha
esperado, yo pertenezco y
reconozco y canto.

Pablo Neruda.

ÍNDICE

Introducción y Justificación	1
CAPITULO 1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR	2
1.1. Características del campo psicosocial.	3
Contexto sociopolítico de México	3
1.2. Principales problemáticas que presentan las familias	8
Matrimonio y divorcios.	8
Violencia	9
Adicciones	9
Suicidios	10
¿Cómo mirar estas problemáticas?	10
1.3. La terapia Familiar Sistémica y posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas	13
1.4. Caracterización de las entidades donde se realiza el trabajo clínico	13
1.4.1 Descripción y dinámica de los escenarios clínicos	13
1.4.2. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes.	17
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO	20
2.1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo	21
2.2. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	25
2.2.1. Teoría General de los Sistemas	25
2.2.2. La Teoría Cibernética	27
2.2.3. Las investigaciones de Bateson y la Nueva Teoría de la Comunicación.	30
2.2.4. Posmodernidad	34
2.3 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	40
2.3.1 Modelo Estructural	41
2.3.1.1 Introducción y antecedentes del modelo	41
2.3.1.2. Conceptos y fundamentos Teóricos	42
2.3.1.3. Práctica del Modelo	50
2.3.1.4. Técnicas de intervención	50
2.3.2 Modelo Estratégico	56
2.3.2.1 Introducción y antecedentes del modelo	56
2.3.2.2. Conceptos y Fundamentos Teóricos	56

2.3.2.3. Práctica del Modelo	58
2. 3.2.3.1. Intervenciones	60
2. 3.2.4. Reflexiones éticas	62
2.3.3. Modelo de Terapia Breve Orientado a Problemas	64
2.3.3.1 Introducción y antecedentes del modelo	64
2. 3.3.2. Conceptos y fundamentos teóricos	64
2.3.3.3. Algunos postulados	66
2. 3.3.4. Práctica del Modelo	67
2.3.3.4.1. Técnicas de intervención	70
2.3.4. Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones	73
2.3.4.1. Introducción y antecedentes del modelo	73
2.3.4.2. Conceptos y fundamentos teóricos	74
2.3.4.2. Práctica del modelo	77
2.3.4.3. Intervenciones	79
2.3.5.. Modelo de Milán	84
2.3.5.1. Antecedentes del Modelo	84
2.3.5.2. Primer periodo. El grupo de Milán	84
2.3.5.2.1. Conceptos y fundamentos teóricos	85
2.3.5.2.2. Práctica del modelo	86
2.3.5.2.2.1. Intervenciones	87
2.3.5.3 Segundo periodo. La división del equipo	89
2.3.5.3.1. Mara Selvinni y sus colaboradores .	90
2.3.5.3.2. Boscolo y Cecchin	91
2.3.6. Modelos derivados del Posmodernismo	96
2.3.6.1. Terapia Narrativa	97
2.3.6.1.1. Premisas alternativas	97
2.3.6.1.2. Construcción de narrativas. ¿Cómo construir narrativas?	98
2.3.6.2.. Equipo Reflexivo	101
2.3.6.2.1. Premisas alternativas. Fundamentos	101
2.3.6.2.2. Proceso de reflexión	102
2.3.6.3. Conversaciones Colaborativas	103
2.3.6.3.1. Premisas alternativas. Fundamentos	104
2.3.6.3.2. Voces colaborativas	105
2.3.7. Reflexiones generales	105

CAPITULO 3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.	109
3.1 Habilidades Clínicas Terapéuticas.	110
3.2 Marco temático para el análisis de los casos. Aplicación de las técnicas Ericksonianas en la terapia Familiar	112
3.2.1. El personaje de Milton H. Erickson	112
3.2.2. Los encuentros de Milton H. Erickson	113
3.2.3. Influencia de Milton H. Erickson a la Psicoterapia	114
3.2.4. Principios básicos de la Terapia Ericksoniana.	116
3.2.5. Técnicas Ericksonianas	118
3.2.6. Aplicación de las Técnicas Ericksonianas	123
3.2.7. Las técnicas Ericksonianas hoy en Día	127
3.3. Análisis de Casos	128
3.3.1 Familia Sandoval Aguirre	128
3.3.2. Familia Vargas Reyes	139
3.4. Análisis del Sistema Terapéutico Total	154
3.5. Habilidades de Investigación	160
3.5.1. Reporte de investigación cuantitativa. “Funcionamiento familiar, habilidades sociales y clima escolar en adolescentes”.	161
3.5.2. Reporte de investigación Cualitativa. “Funcionamiento familiar y habilidades sociales, un estudio de caso”.	172
3.6. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria.	178
3.7. Consideraciones que emergen de la práctica clínica.	184
CAPITULO 4. CONSIDERACIONES FINALES.	188
4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.	189
4.2. Incidencia en el campo psicosocial	191
4.3. Análisis del sistema terapéutico total.	192
4.4. Reflexiones y análisis de la experiencia.	192
Referencias bibliográficas.	194
Anexos	206
1. Cuadro cronológico	207
2 Cuestionario de Evaluación del Clima Escolar	213
3. Constancias	214

INDICE DE ESQUEMAS, CUADROS Y TABLAS

Esquemas

1.1. Interrelación de las problemáticas de las familia y los sistemas contextuales.	12
1.2 Organigrama de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.	15
1.3 Organigrama de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE	16
1.4. Organigrama del Colegio de ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco.	17
2.1. Interrelación de holones familiares	43
2.2. Ciclo Vital Familiar	44
2.3 Conceptos principales del Modelo Estructural	49
2. 4. Árbol de decisión	74
3.1. Sistema Terapéutico total.	155

Cuadros

2.1. Influencias de la Terapia Familiar Sistémica	22
2.2. Holones Familiares	44
2.3. Parámetros del Diagnóstico Familiar	46
2.4 Posiciones de coparticipación en el proceso terapéutico	48
2.5 Estrategias del Modelo Estructural	50
2.6 Resumen de Técnicas	55
2.7 Herramientas para aumentar la capacidad del terapeuta	68
2.8 Metodología de trabajo terapéutico del Grupo de Milán	89
2.9 Algunas diferencias del modelo a través de su evolución	95
3.1 Resumen de familias atendidas	113
3.2 Aportaciones del trabajo de Milton H. Erickson	118
3.3 Utilidades de las técnicas Ericksonianas.	126
3.4 Familiograma familia Sandoval Aguirre	128
3.5 Familiograma familia Vargas Reyes	139
3.6 Resumen de del Código Ético de los Terapeutas AMTF.	186

Tablas

3.1 Correlaciones entre la Escala de Habilidades Sociales, Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar y Escala de Clima Escolar.	165
3.2. Correlaciones entre la Escala de Habilidades Sociales y el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar.	166
3.3 <i>Correlaciones de la Escala de Habilidades Sociales y la Escala de Clima Escolar</i>	168

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La terapia familiar sistémica con la aplicación de esta nueva epistemología tiene ya una historia de casi 60 años, implicando la complejidad conceptual propia del cambio paradigmático.

Podríamos decir que la epistemología se nutrió primordialmente de la Teoría General de Sistemas, la Cibernética y la Teoría de la Nueva Comunicación, que aplicadas al ámbito psicoterapéutico dieron lugar a los que hoy conocemos como Terapia Familiar Sistémica.

El énfasis en el estudio de las familias fue fundamental para el desarrollo de éste enfoque, que concibe la familia como un sistema abierto organizacionalmente, compuesto por subsistemas demarcados por límites con diferentes grados de permeabilidad y con diversas formas de jerarquización interna entre ellos. Los miembros del sistema se organizan y regulan su interacción mediante procesos comunicativos digitales y analógicos.

Esta concepción permite abordar las problemáticas que presentan las familias desde una orientación interaccional, apartándose de la visión lineal de los problemas

Ante la necesidad de atención clínica de familias, se crea la Residencia de Terapia Familiar, que forma parte del Programa de Maestría y doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Dicho programa tiene como objetivo desarrollar en los estudiantes competencias profesionales especializadas, empleando un sistema de formación y supervisión en el servicio. El programa requiere de un mínimo de 1600 horas de práctica supervisada durante dos años.

El presente reporte tiene como objetivo esquematizar la experiencia derivada de la formación como Terapeuta Familiar. Se presentan cuatro capítulos, el primero aborda el análisis del campo psicosocial y las problemáticas que inician en el trabajo del terapeuta familiar. El capítulo dos, expone el marco teórico y describe los principios fundamentales de la terapia familiar, así como los modelos revisados a lo largo de la formación. El capítulo tres describe el desarrollo y aplicación de competencias profesionales. Finalmente el capítulo cuatro aborda las consideraciones finales que sintetizan la experiencia de esta formación como terapeuta.

CAPÍTULO 1.

ANALISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO DE TERAPIA FAMILIAR



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

1.1 Características del campo psicosocial

Contexto socio-político de México

En el siglo XXI, México enfrenta desafíos importantes, la constante evolución del entorno mundial y el cambio tecnológico acelerado, implican nuevos retos y oportunidades, aunado a esto el país está lleno de contrastes, la población presenta características diversas que al mismo tiempo que enriquecen nuestra cultura, también vuelven más complejos los fenómenos sociales.

Podemos empezar por reconocer el acelerado crecimiento de la población, de acuerdo con las proyecciones demográficas del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2010 México alcanzará una población de 108.4 millones de personas, lo que representa una cifra cuatro veces mayor que la población registrada en 1950 y con un incremento de 11 millones más que en el año 2000 (INEGI, 2009). De la mano del aumento poblacional se encuentra otro fenómeno, el de la urbanización, mientras que en 1900, las cuatro quintas partes de la población del país habitaba en el medio rural, en 2000 se revierte completamente el patrón, y el 74.6% de los mexicanos habita en zonas urbanas. Ahora bien, detrás de este crecimiento urbano está la migración interna, la ciudad de México ha sido el destino de miles de campesinos, otras ciudades que se han urbanizado son Guadalajara y Monterrey y concentran gran densidad de población. Esta concentración trae varias consecuencias negativas que se agravan con los problemas económicos.

Aunado a este incremento poblacional, México atraviesa por una de las crisis económicas a nivel mundial más graves de los últimos tiempos, que agudiza las problemáticas añejas que no se han resuelto, principalmente en tres ámbitos: pobreza, salud y educación (OMS, 2004; Moctezuma y Desatnik, 2001) éstos se articulan en una espiral de complicaciones, aumento de desempleo, menores oportunidades para acceder a los servicios de salud y educación, que generan de nuevo más pobreza. Lo anterior desemboca en el desequilibrio de la salud mental, relaciones familiares y menor calidad de vida.

A continuación se describirá un panorama general en torno a estos tres ámbitos.

Pobreza: En lo que respecta a este tema el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) realizó el informe la “*Pobreza en México 2008*”, se utilizó como

indicador para medir la pobreza los ingresos de las personas y los hogares a nivel nacional, rural y urbano, se distinguen tres estratos:

- Pobreza alimentaria. Abarca a las personas cuyo ingreso no les alcanza ni para cubrir sus necesidades de alimentación (949 pesos al mes en zona urbana y 707 en rural).
- Pobreza de capacidades. Incluye a las personas cuyo ingreso no les permite pagar el consumo básico de alimentos, salud y educación (1,164 y 835 pesos).
- Pobreza de patrimonio. Abarca a las personas cuyo ingreso es menor al necesario para satisfacer el consumo básico de los tres anteriores y de vivienda, transporte, vestido y calzado (1,905 y 1,282 pesos).

A nivel nacional, entre 2006 y 2008 las personas en pobreza en los tres estratos aumentaron tanto en términos absolutos como relativos, de la siguiente manera:

La *pobreza alimentaria* paso de 14.4 a 19.4 millones de personas (7.2 de áreas urbanas y 12.2 de rurales), esto es, 5.0 millones de habitantes engrosaron las filas de este estrato extremo. Como porcentaje de la población total, esta pobreza alimentaria se elevo del 13.8 al 18.2 %.

La *pobreza de capacidades* pasó de abarcar 21.7 millones de personas en 2006 a 26.8 millones en 2008, un aumento de 5.1 millones de personas, y porcentual del 20.7 al 25.1% de la población del país. Cabe destacar que en el 2008, el 65.2% de los trabajadores no eran derechohabientes de alguna institución de seguridad social; mientras del 20% más pobre de la población, el 92.2% no cuenta con acceso a la seguridad social.

La *pobreza de patrimonio* se incrementó de 44.7 a 50.6 millones de personas, 5.9 millones más en el bienio y paso a abarcar el 42.6% de la población total en 2006 al 47.4% en 2008 (Márquez, 2009).

De la mano del fenómeno de la pobreza se encuentran las problemáticas en materia de salud, a continuación se dan algunos datos de cómo se encuentra México en este tema.

Salud: En este ámbito se han suscitado tres fenómenos: el descenso de la mortalidad, aumento de la esperanza de vida y disminución significativa de la fecundidad.

En lo que respecta a las principales causas de muerte en las mujeres en el 2005 son; la diabetes mellitus (16.3%), enfermedades isquémicas del corazón (10.6%), enfermedad cerebrovascular (6.5%). En el caso de los hombres: diabetes mellitus (11.3%), enfermedades isquémicas del corazón (10.9%), cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (7.6%). Estas enfermedades

comparten algunos factores de riesgo que es importante atender como el sobrepeso y la obesidad que afecta al 70% de la población de 25 años y más (SS, 2007).

A pesar de los avances que ha habido, existen diferencias importantes en las condiciones de salud entre la población, pues tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitado en los estados del sureste del país, en las regiones rurales, en las comunidades indígenas y en las zonas más marginadas. Las muertes evitables también son sensibles a las desigualdades en el acceso y la calidad de la atención, en México las causas de muerte evitable en donde existe mayor desigualdad son las diarreas en menores de 14 años, la anemia, tuberculosis, asma y ahogamientos accidentales.

En lo que respecta a la salud mental, los resultados obtenidos en la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica realizada en el 2000, muestran que una tercera parte de la población adulta que habita en comunidades urbanas ha padecido en algún momento de su vida un trastorno mental. Los trastornos que se reportaron con mayor frecuencia son: ansiedad (14.3%), abuso de sustancias (9.2%), los afectivos (9.1), en la población femenina los trastornos afectivos y de ansiedad tuvieron mayor prevalencia, en tanto que para los hombres fueron los trastornos por abuso de sustancias. La comorbilidad de un trastorno psiquiátrico estuvo presente en el 33% de los casos y en particular los trastornos de ansiedad se encontraron asociados con otras patologías (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, 2003).

Otro aspecto importante a revisar en el contexto psicosocial de nuestro país es lo relacionado a la educación, a continuación se presentan algunas cifras que dan cuenta del contexto en este ámbito.

Educación. El sistema Educativo Nacional destaca que entre 2000 y 2008 el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más se incrementó de 7.6 a 8.5 grados aprobados, asimismo, la tasa de analfabetismo disminuyó de 9.2% a 7.7%. En lo que se refiere al grado de eficiencia terminal en el 2008 el 93.1% de los alumnos inscritos en primaria y el 79.3% de los matriculados en secundaria terminaron sus estudios. En el caso del Bachillerato, el indicador mostró que 62.9% concluyó y para el profesional técnico 50.4% culminaron sus estudios.

Para el nivel de educación superior, las estadísticas indican que la matrícula ascendió a 2.7 millones de alumnos en el ciclo 2008/2009, (32.1% mayor que el registrado en el ciclo 2000/2001) (INEGI, 2009).

Tomando en cuenta este panorama que da cuenta de las problemáticas que prevalecen y los grandes retos que el país enfrenta, el Gobierno Federal ha delineado sus estrategias y líneas de acción para enfrentar dichas problemáticas. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) concentra estas acciones y tiene como finalidad establecer los objetivos nacionales, estrategias y prioridades que durante la presente administración deberán regir la acción del gobierno.

El PND va encaminado al Desarrollo Humano Sustentable, como una premisa del desarrollo básica del país que persigue el proceso permanente de la ampliación de capacidades y libertades que permita a todos los mexicanos tener una vida digna. Se enmarcan cinco ejes rectores:

1. Estado de derecho y seguridad. Considera que una premisa fundamental para la interacción social es que las personas necesitan garantías de seguridad para un desarrollo humano sustentable.

2. Economía competitiva y generadora de empleos. Se busca lograr mayores niveles de competitividad y generar más y mejores niveles de competitividad empleos para la población.

3. Igualdad de oportunidades. Es preciso que cada mexicano sin importar su lugar de origen y el ingreso de sus padres, tenga acceso a genuinas oportunidades de formación y de realización. Solo así es posible el mejoramiento de la calidad de vida.

4. Sustentabilidad ambiental. Los recursos naturales son la base de la sobrevivencia y vida digna de las personas, por ello la sustentabilidad es básica para una estrategia integral de desarrollo humano.

5. Democracia efectiva y política exterior responsable. Es preciso garantizar que los mexicanos vivan la democracia no solo como procedimiento, sino también como forma de vida. Asimismo, es necesario que la política exterior logre posicionar a México como un auténtico promotor de desarrollo humano.

Estos ejes rectores son la guía para la elaboración de los Programas sectoriales que cada dependencia desarrolla y pone en marcha para cubrir los objetivos nacionales. Dichos programas tienen temas prioritarios, algunos de ellos son: combate a las adicciones, educación, equidad de género, familia, niños y jóvenes, migrantes, salud, superación de la pobreza, trabajo, vivienda entre otros. La pregunta que queda es ¿cómo estos programas sociales se vinculan en la población y sobre todo en los hogares de los mexicanos? Por ello es necesario describir cómo es que las familias mexicanas están insertas en los retos del país. A continuación se describirán algunas características de las familias mexicanas.

Las familias mexicanas. La configuración cambiante de la sociedad y economía ha influido en la vida y relaciones familiares, dando como resultado la emergencia de formas diversas de organización y convivencia hogareña y arreglos residenciales variados. El acelerado proceso de urbanización e industrialización, la expansión del trabajo asalariado y del mercado de consumo, así como la creciente presencia de la mujer en la actividad económica extra-doméstica y los avances registrados en la educación y la salud, son algunos de los procesos que han condicionado las transformaciones de la estructura y las relaciones familiares en el México contemporáneo (CONAPO, 2001).

De esta forma definir a la familia resulta complejo, el INEGI (2004) la define como el ámbito en el que interactúan personas relacionadas entre sí por lazos de parentesco, ya sea consanguinidad, afinidad, costumbres o legales. En ella se establecen obligaciones y derechos entre sus miembros para satisfacer las necesidades básicas, con peculiaridades para cada uno de ellos dependiendo del sexo, edad y su posición en la familia.

Por otra parte Olson (1991) considera que es el sistema en el que se desarrollan los individuos que la integran y que forma parte de un contexto social que interactúa con él, el cual a su vez incluye otros sistemas, que se conocen como organización social.

Como grupo primario tiene un papel determinante en el desarrollo psicosocial del individuo. Minuchin (2005) considera que la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia establecerán pautas acerca de qué manera, cuando y con quien relacionarse.

Las estadísticas nos muestran que las familias han sufrido una serie de modificaciones en su estructura y funcionamiento motivados por los cambios sociales y económicos. Los hogares nucleares formados por el jefe con su cónyuge e hijos, continúan siendo los más comunes y representan el 68.2% hasta el 2005, sin embargo, el porcentaje de hogares no nucleares los cuales incluyen a otros parientes o no parientes aumentaron entre 1990 y 1995. De 19.5 a 24.5%, para luego descender a 23.6% en 2005. En tanto encontramos que los hogares con un solo miembro o unipersonales han incrementado su porcentaje durante los últimos 15 años, pasando de 4.9% a 7.5% (INEGI, 2005).

Otro cambio importante es que los hogares encabezados por mujeres se han incrementado rápidamente en el último cuarto de siglo, al pasar de poco menos de uno de cada ocho en 1976 a más de uno en cada cinco en el año 2000 (CONAPO, 2001). Las cifras del último censo de población destacan que existen 5.7% millones de hogares encabezados por mujeres (INEGI, 2005). Una de las posibles explicaciones de estas tendencias demográficas es la viudez femenina por el incremento de esperanza de vida en las mujeres, así como el aumento de la separación y los divorcios, aumento en la proporción de madres solteras y de la migración tanto interna como externa.

De lo anterior podemos resumir que las funciones que venía desempeñando la familia se han ido modificando a partir de estos fenómenos sociales y económicos que han ocurrido en nuestro país y que han generado nuevos procesos de organización de la sociedad. De esta forma, al hablar de las familias mexicanas podemos imaginarnos un gran mosaico con multiplicidad de formas que son delineadas por variables sociales, culturales, de origen, etc. Sin embargo comparten procesos de desarrollo y la pericia del terapeuta estará al pendiente de acercarse a cada una de las familias considerando estas características.

A continuación se expondrán brevemente las principales problemáticas que presentan las familias.

1.2. Principales problemáticas que presentan las familias.

Matrimonio y divorcios. Las cifras que dan cuenta de la formación y disolución de las parejas mexicanas, reflejan los cambios que ocurren en las familias. En México, durante el 2008 se registraron 589.4 mil matrimonios, lo que representa una cifra inferior en poco menos de 6 mil uniones legales respecto al 2007. Entre 2000 y 2008 disminuyó tanto en términos absolutos como relativos; disminuyó el número de mujeres menores de 25 años que contrajeron matrimonios y aumento en los grupos mayores de 25 años. En el caso de los hombres, disminuyó el número de contrayentes con edades menores a los 25 años y crecieron los matrimonios mayores de 24 años. En 2008 la mayor cantidad de uniones de ubico en el grupo de edad de 20-24 años.

En el caso de los divorcios, en el año 2008, se concluyeron 81.9 miles de procesos de divorcios que representaron 29.5 miles de divorcios más que en el año 2000, lo que significó un aumento relativo de 56.3%.

En lo concerniente al motivo de la separación durante el 2008 las causales más sobresalientes son: mutuo acuerdo (72%), separación de dos años o más independientemente del motivo (13.1%), separación del hogar conyugal (5.2%) y abandono de hogar (4.9%) (INEGI; 2008).

Estos cambios en el patrón de cómo se están conformando las parejas mexicanas tienen implicaciones en otros ámbitos relacionales y organizativos, pues delimitan cuestiones que tienen que ver con los roles de los miembros de las familias. Aunque en las cifras no se ve reflejado que la violencia familiar sea una causa de la separación, sí ha ido en aumento, a continuación describiremos brevemente.

Violencia. La violencia se conceptualiza actualmente como un problema de salud pública por sus repercusiones en la salud integral, siendo las mujeres el grupo más afectado, es considerada por la ONU en 1995 como una violación a los derechos humanos de las mujeres, los niños y los adolescentes. En el ámbito de la salud, concretamente, se constituye como un factor de riesgo que ocasiona numerosos y serios problemas en la salud física, mental, sexual y reproductiva de los individuos y de las sociedades, tanto en el plano de lo inmediato como en el largo plazo. La violencia tiene distintas manifestaciones si hablamos dentro del hogar como son: violencia física, sexual, económica y emocional o psicológica. El INEGI publicó su Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH), dicha encuesta reveló que de un total de 19, 471 972 de mujeres de 15 años y más con una pareja residente en el hogar son violentadas 9 064 458, lo que implica una proporción de una de cada dos mujeres. En lo que respecta a la violencia física 1 813 370 que representa una quinta parte de las mujeres violentadas reportaron vivir violencia física. En cuanto a la violencia sexual, el 17% de las mujeres agredidas reportaron haber sido víctimas de violencia sexual, es importante enfatizar que esta cifra no excluye otros tipos de violencia. La violencia económica se acentúa más cuando las mujeres dependen económicamente, así el 29% del total de las mujeres entrevistadas reportaron haber sufrido este tipo de violencia.

De todos los tipos de violencia que se consideraron como indicadores el que reportó una cifra más alta es la violencia emocional o psicológica, pues está vinculada con las anteriores, de esta forma el 38% del total de las mujeres de 15 años y más con una pareja residiendo en la misma vivienda.

El fenómeno de la violencia familiar se ha convertido en los últimos años, es un asunto de interés institucional y social atendiendo a las razones de su elevada incidencia y la gravedad de las consecuencias que de ahí se derivan.

Adicciones. El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es otro problema de salud pública en México y una problemática que lleva a las familias a terapia. La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 reveló que en los últimos seis años aumento en un 50% el número de personas adictas a las drogas ilegales y un 30% el porcentaje de personas que alguna vez las han consumido.

Es importante recalcar que la disponibilidad a las drogas ha ido en aumento, las cifras indican que el 43% de los jóvenes de entre 12 a 25 años se encuentra expuesto a ellas, y que la mitad de ellos llega a consumirlas de forma experimental, el 13% de manera frecuente. En tanto, los mexicanos que han probado en alguna ocasión alguna droga pasó de 3.5 millones, que se reportaban en 2002, a 4.5 millones en dependencia.

La droga ilegal que más se consume es la marihuana, en segundo lugar se encuentra la cocaína y después los inhalantes (INSP, 2009). De estas cifras se desprende la urgente necesidad de intervenir desde el marco de la prevención.

Suicidios. La incidencia de los suicidios en México se ha duplicado a partir de 1990, el mayor incremento se ha registrado en los adolescentes y adultos jóvenes. La muerte autoinfligida es más frecuente en los hombres y en el caso de las mujeres aumento en un 95% a partir de 1990.

Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica refleja que el 8.3% de la muestra reporto haber tenido ideación suicida alguna vez en la vida, el 3.2%, informo que un plan de suicidarse y el 2.8% intento quitarse la vida. La presencia de uno o más trastornos mentales entre la población fue muy frecuente, estuvo asociada con el 60.9% de los que presentaron ideación suicida y con el 74% de quienes intentaron suicidarse (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz Bautista, Zambrano-Ruiz, 2004).

La problemática suicida está asociada directamente con enfermedades mentales como la esquizofrenia, la depresión mayor y el consumo de drogas, no debemos olvidar que es resultado de la interacción de múltiples factores como el desempleo, la desintegración familiar, violencia familiar, entre otras causas. (SS, 2006).

¿Cómo mirar estas problemáticas?

Todas las problemáticas anteriormente mencionadas se encuentran vinculadas, en sistemas relacionales, su complejidad hace que se vuelva también complicado intervenir en ellas, una forma de acercarse es mediante el modelo ecológico de Bronfrenbrener que nos ofrece una alternativa para comprender cómo es que vinculan.

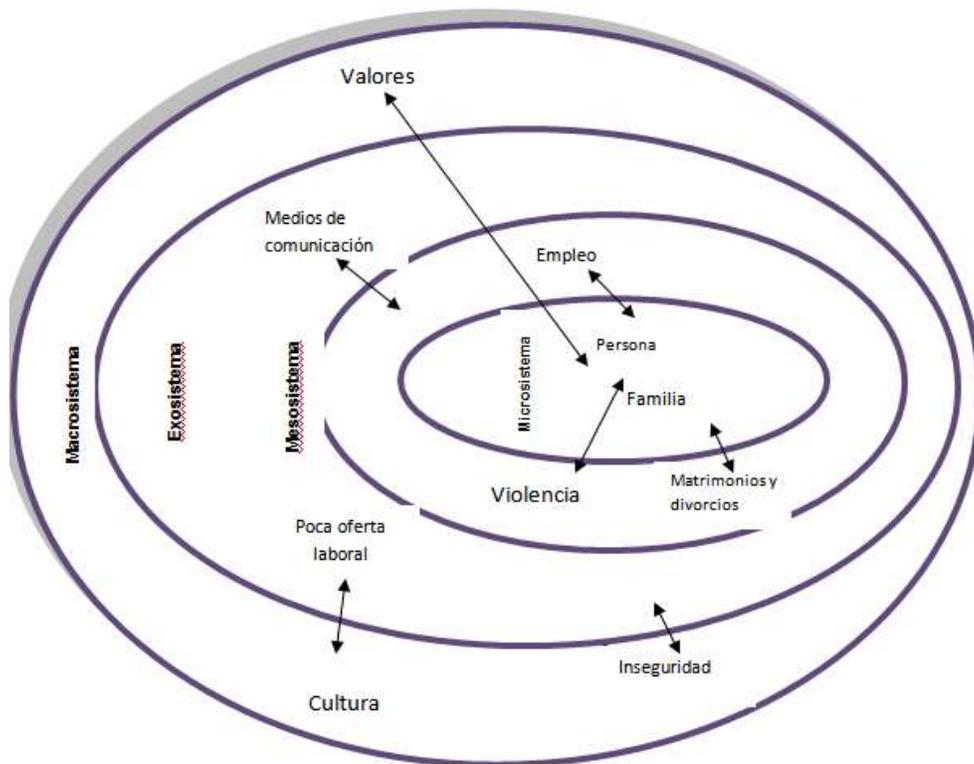
Bronfrenbrener señala que el concepto de ambiente es muy complejo y que se extiende más allá del entorno inmediato, concibe el ambiente ecológico como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente.

Se distinguen tres niveles que se describen brevemente:

1. **Microsistema:** Es el nivel más cercano al sujeto, es el lugar en el que la persona puede interactuar como el hogar, el trabajo, los amigos.
2. **Mesosistema:** responde a los espacios donde se desarrolla la interacción (familia, trabajo y vida social). Es un sistema de microsistemas que se forma en la interacción de los diferentes ambientes en los que está inserto la persona.
3. **Exosistema.** Se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en lo que se producen hechos que afectan lo que ocurre en ese entorno. Podemos incluir en este nivel a la comunidad más próxima como la escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los ámbitos laborales, instituciones recreativas, los organismos judiciales y de seguridad (Venegas, 2009).
4. **Macrosistema:** El contexto más amplio nos remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura en particular. Son patrones generalizados que impregnan los distintos elementos de una sociedad (por ejemplo la cultura patriarcal). Dentro del macrosistema se considera la influencia de factores ligados a características de la cultura y momento histórico social (Torrico, Santín y Villas, 2002).

En el esquema siguiente se muestra una representación de éstas problemáticas empleando este modelo explicativo.

Esquema 1.1. Interrelación de las problemáticas de las familia y los sistemas contextuales.



De este modo vemos como el contexto en el que se encuentra inserta la familia va influyendo primero en cada uno de sus miembros y luego en las relaciones entre ellos, lo que a su vez también influye en otros sistemas como la escuela, el trabajo, la comunidad y así sucesivamente. De esta forma el análisis del contexto se vuelve fundamental para en primer lugar, comprender la problemática que lleva a la familia a terapia y luego diseñar una intervención para abordarla que tenga en cuenta los factores psicosociales alrededor de ella, es en este punto donde podemos mirar lo complejo de los fenómenos.

En este sentido la mirada sistémica constituye una manera de entender cómo se entretajan estas relaciones. Las condiciones del contexto pueden generar estrés al interior de la familia, pero también en el contexto podemos encontrar redes de apoyo que sean aliadas en el proceso terapéutico y faciliten el desarrollo de capacidades individuales, familiares y comunitarias en su conjunto.

Dentro de las alternativas para la intervención en los problemas de la familia se encuentra la terapia sistémica con su planteamiento de abordaje breve incluyendo la mirada de los integrantes, sus redes de apoyo y los contextos en los que se relaciona.

1.3 La Terapia Familiar Sistémica y posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas.

El enfoque sistémico puede identificarse precisamente como una de las aproximaciones para el estudio y atención de los procesos humanos en su relación con el contexto y sus interacciones. Las ventajas que puede ofrecer este método terapéutico son la brevedad del tratamiento y la posibilidad de atender problemáticas de diversa índole ya sea de manera individual, familiar o en grupo.

Las problemáticas actuales no pueden aislarse del contexto, por el contrario, es necesaria la intervención en los diferentes sistemas interrelacionados donde se produce el problema. Como terapeutas también debemos incluirnos en el sistema observado, el concepto de Cibernética de segundo orden, nos orienta a concebirnos como co-construtores de un sistema que se va a constituir en el proceso terapéutico.

El énfasis sistémico se ha centrado en las interacciones familiares, pero tiende a considerar el contexto social por el impacto que este tiene en la familia, además de abordar situaciones comunitarias, el terapeuta familiar tiene que ampliar más su campo de acción para intervenir conjuntamente con los otros sistemas interrelacionados directa o indirectamente con la familia. Lo anterior ha sido referido por Vicencio (2008), como meta-niveles sistémicos, en ellos incluye a la escolaridad, economía, educación, religión, género y etnia.

El reto del terapeuta familiar de inicios de este siglo es continuar extendiendo su mirada hacia otros contextos de relación de la familia completa o sus integrantes y con ello dar respuesta a la complejidad de los problemas actuales.

1.4 Caracterización de las entidades donde se realiza el trabajo Clínico

1.4.1. Descripción y dinámica de los escenarios clínicos

Uno de los objetivos de la Residencia en Terapia Familiar es la profesionalización. El interés de desarrollar el trabajo en los escenarios clínicos diferentes que puedan potencializar el desarrollo de las habilidades terapéuticas. En la Residencia de Terapia Familiar que se imparte en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FES-I), se contemplan tres sedes clínicas para la práctica supervisada que se describen a continuación:

Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Dentro de los planes curriculares que se imparten en la FES-I se encuentra la carrera de Medicina, Odontología, Optometría, Biología, Enfermería y Psicología. De este modo la FES-I en sus diversas clínicas ha tenido la posibilidad de brindar servicios a la comunidad como parte de la formación de sus estudiantes. Esta situación ha posibilitado un acercamiento a la comunidad que acude por los servicios.

La Clínica de Terapia Familiar se encuentra en el edificio de Endoperinatología de la FES-I ubicada en Av. de los Barrios S/N Los Reyes Iztacala Tlalnepantla de Baz, Edo. de México, C.P. 54090.

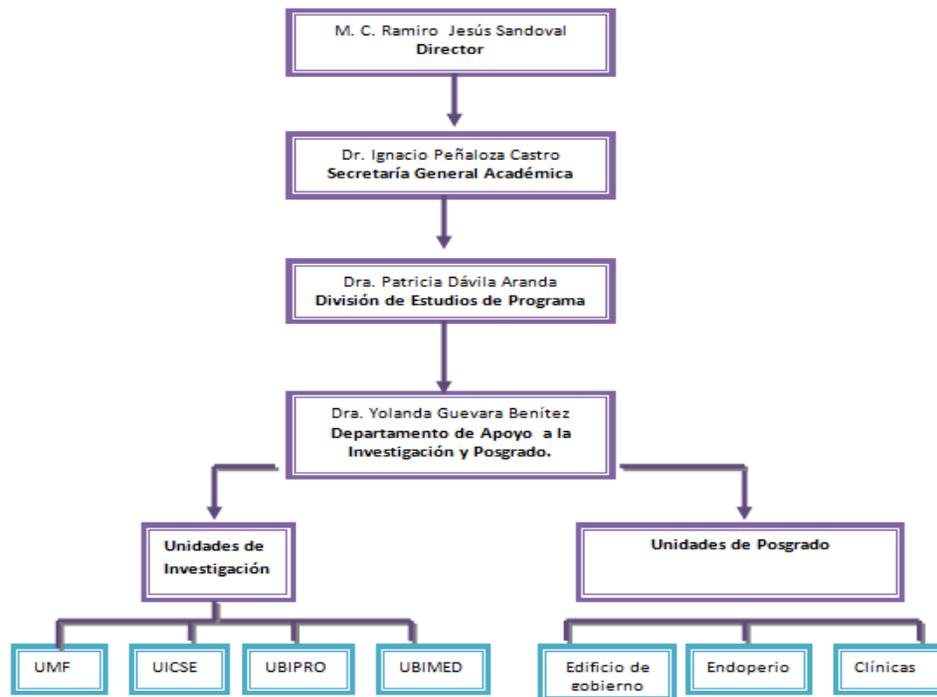
Perteneciente a la División de Investigación y Posgrado, se encuentran asignadas como supervisoras clínicas, la Mtra. Ofelia Desatnik Miechimski, Dra. María Suárez, Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo y la Dra. Iris Xóchitl Galicia Moedano.

La derivación de casos se hace principalmente de la Clínica de Salud integral de la FES-I, así mismo, la comunidad puede hacer la solicitud del servicio que se va organizando en una lista de la cual se asignan los pacientes a los estudiantes de la Maestría. La Organización de la clínica está a cargo de la Dra. María Suárez.

Físicamente la clínica se encuentra en el segundo piso. Se atiende la familia en un espacio de 3 por 3 metros, se cuenta con un espejo unidireccional, un interfon para la comunicación del equipo con el terapeuta, asimismo hay una cámara que permite grabar las sesiones para su posterior revisión con el equipo. Del otro lado se encuentra el espacio que ocupa el equipo terapéutico.

El servicio está abierto a la comunidad estudiantil y a cualquier persona que lo solicite y llene la solicitud de atención. El costo del servicio es simbólico y es de 50 pesos la sesión. En este escenario clínico se atendió una amplia diversidad de población atendida y por consecuencias sus demandas. El estilo terapéutico de las supervisoras marco predominancia por las intervenciones estructurales y estratégicas.

Esquema 1.2 Organigrama de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala



Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE.

Esta clínica cuenta con médicos familiares, odontólogos, ginecólogos y una psicóloga que es la persona con la que se estableció el contacto para que se permita que en este espacio pueda llevarse a cabo la practica supervisada desde el año de 1994, primero con los Diplomados de Psicoterapia Familiar y de Pareja que imparte la División de Educación Continua de la FES-I y posteriormente en 1998 con los residentes de Terapia Familiar.

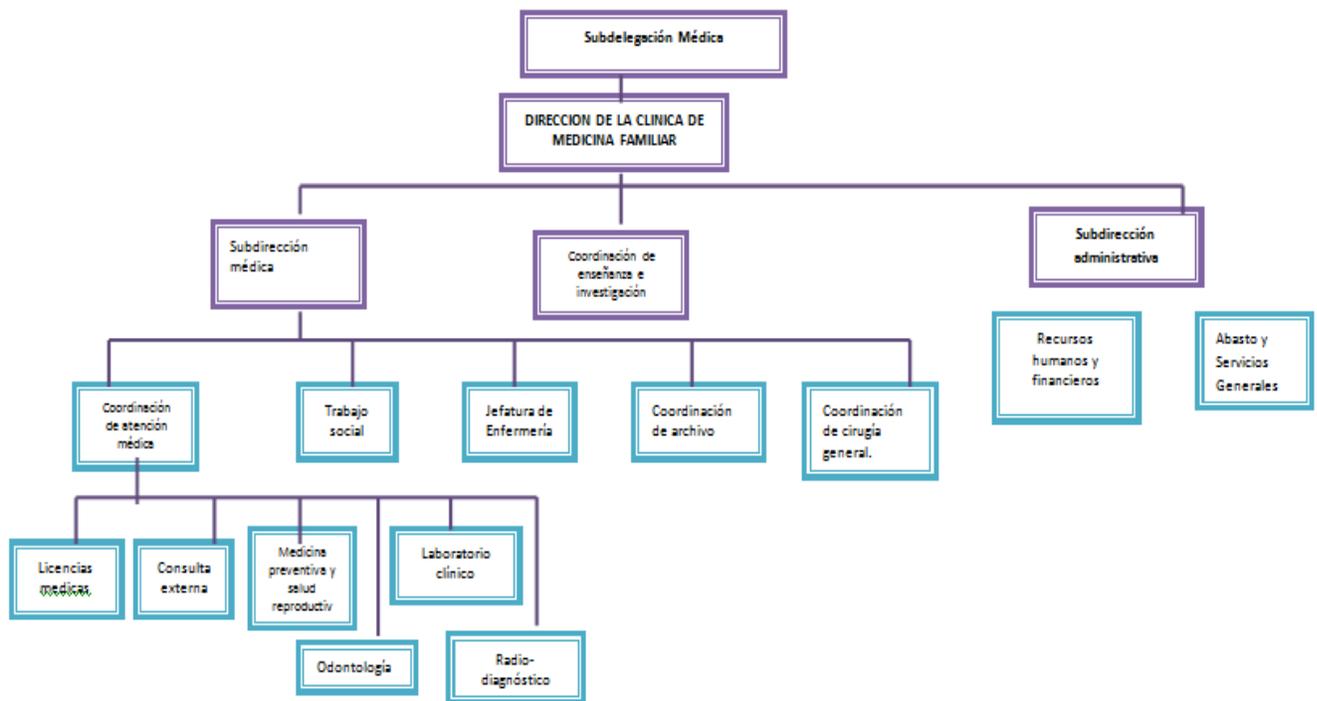
La clínica se encuentra en Chilpancingo Esq. Jalapa S/N Col. Fraccionamiento Valle Ceylan C.P 54150 Tlalnepantla, Estado De México. La derivación de los casos la realiza el médico familiar al área de Psicología y ésta a su vez selecciona los que podrían atenderse en las prácticas supervisadas. Las supervisoras de estas sedes son la Mtra. Susana González Montoya y la Mtra. María Rosario Espinosa Salcido.

El espacio físico de esta sede es particularmente distinto a las otras, pues no hay cámara de Gessel, se trata del consultorio de Psicología, con dimensiones aproximadas de 7 metros de largo por 4 de ancho, con dos accesos, uno que da a la sala de espera de los pacientes y el otro que es el acceso del personal. El consultorio se dispone de manera tal que el terapeuta se encuentre frente a la

familia y al mismo tiempo pueda mirar el pizarrón que se encuentra al fondo donde se escriben algunas directrices por parte de las supervisoras. La familia queda de frente al terapeuta, pero a espaldas del equipo terapéutico. Se coloca un equipo de para video grabar las sesiones.

La población de esta clínica es derechohabiente de la Institución y en su mayoría cuentan con un diagnóstico médico y son los médicos familiares quienes los derivan al área de psicología, las principales causas son: depresión, ansiedad y problemas con adolescentes. Los casos fueron tratados con los Modelos de Terapia Breve Centrada en Problemas, Terapia Breve Orientada a Soluciones y también se emplearon intervenciones de Equipo Reflexivo.

Esquema 1.3. Organigrama de la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE



Clínica de Terapia Familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco.

El CCH ofrece este espacio de trabajo para brindar servicio de terapia familiar a sus trabajadores y estudiantes. Se encuentra ubicada en Av. Aquiles Serdan No. 2060, Ex-hacienda del Rosario, Azcapotzalco, C.P. 02020, México D.F.

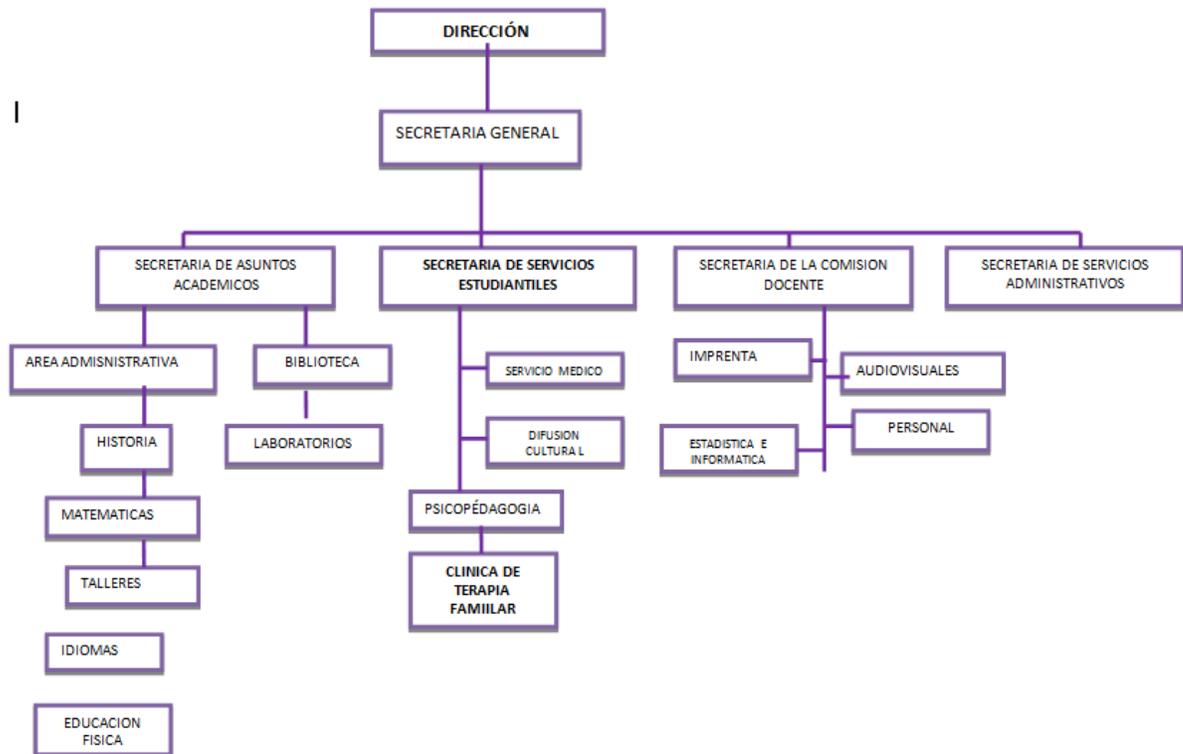
El surgimiento de este espacio fue resultado de la labor de la Mtra. Carolina Rodríguez, en vinculación con Secretaría de Servicios Estudiantiles. Esta clínica depende del departamento de psicopedagogía, quien se encarga de hacer las referencias de los casos, es en está área que se realizan las solicitudes de atención, las entregan a la supervisoras titulares, que es la Dra. Juana

Bengoa González y Mtra. Carolina Rodríguez. Posteriormente se asignan los casos y el terapeuta asignado se encarga de concertar la cita con el paciente. El servicio es gratuito.

El espacio de la clínica es de aproximadamente 8 metros por 6 de ancho y se encuentra dividido en un cubículo para el equipo terapéutico y equipo grabar las sesiones. Existe otro espacio en donde se lleva a cabo la sesión con la familia, se cuenta con el equipo de intercomunicación con el equipo terapéutico, la cámara de videograbación. Se cuenta con un área en donde se realiza la discusión y el análisis de los casos.

La población atendida fueron estudiantes y trabajadores del plantel, cuyas problemáticas abarcaron problemas de rendimiento escolar, depresión, divorcio y problemas del adolescente con su familia. Las intervenciones realizadas tuvieron como base los aportes de la escuela de Milán.

Esquema 1.4. Organigrama del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco



Una vez descritas las sedes clínicas pasaremos a la explicación de la dinámica de trabajo.

1.4.2 Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes.

El Programa de Maestría en Psicología, en la Residencia de Terapia Familiar está distribuido en cuatro semestres, durante los cuales el terapeuta en formación toma los cursos teórico-metodológicos y lleva a cabo la práctica clínica supervisada.

La práctica clínica supervisada se realiza rotando en los tres escenarios clínicos antes descritos, cada semestre, para lo cual se conforman dos equipos de supervisión de cinco terapeutas en formación cada uno. Los equipos estuvieron integrados por cuatro mujeres y un hombre. Un equipo asiste los días martes y jueves a la Clínica de la FES-I, el otro asiste los días martes a la Clínica del CCH y los días jueves a la Clínica del ISSSTE.

El primer semestre, se realiza un trabajo de observación con el equipo terapéutico que ya está en el tercer semestre de formación. Esta actividad permite el acercamiento a la metodología sistémica, observando y analizando los casos, así como el sistema terapéutico total. En un principio el equipo solo se limita a observar, sin embargo, posteriormente se comentan algunas ideas para la intervenciones cuando el resto del equipo lo solicita.

A partir del segundo semestre, los terapeutas en formación se hacen cargo de al menos dos casos y participan como integrantes del equipo terapéutico en los casos de los otros integrantes.

La organización del trabajo clínico se estableció de la siguiente forma:

Primer contacto telefónico con la familia. Al asignarse las sedes y los casos clínicos el terapeuta encargado del caso, realiza la llamada telefónica para concertar la cita. Es importante obtener algunos datos generales de la familia y el motivo de consulta, así como explicar brevemente el encuadre de trabajo y mencionar que las sesiones serán videograbadas, que habrá un equipo terapéutico y firmaran un consentimiento informado. La experiencia es que las familias aceptan muy bien la idea del equipo y algunos solo pedían conocerlos antes de que iniciara la sesión.

La estructura de las sesiones terapéuticas siguió la metodología de trabajo del equipo de Milán: pre-sesión, sesión, post-sesión, realización del acta de la sesión.

Pre-sesión. Se destina un tiempo de aproximadamente 15 minutos. En la primera sesión se analizan los datos obtenidos en la llamada telefónica y se elaboran hipótesis con la información que se cuenta. En las sesiones posteriores, la pre-sesión sirve para delinear algunas directrices de la sesión. Se revisa el acta de la sesión anterior.

Sesión. El tiempo aproximado es de 50 minutos, durante la primera entrevista, se informa a la familia del encuadre de trabajo y se solicita si está de acuerdo que firme el consentimiento para videograbar las sesiones, se recalca que el material se manejara de forma confidencial. El terapeuta recaba información acerca de la familia para generar el genograma, además de explorar el motivo de consulta y la percepción que tiene toda la familia al respecto. En las posteriores sesiones

durante la entrevista provoca interacciones entre los miembros de la familia. En esta parte también se incluye en tiempo para que el terapeuta se reúna con el equipo y elaboren el mensaje y/o la tarea para la familia.

Post.- sesión. Terminada la sesión el terapeuta se reúne nuevamente con el equipo terapéutico y se analiza su intervención con la familia, es momento también para que el terapeuta pueda expresar como se sintió durante la sesión y la supervisora pueda hacer algunas reflexiones acerca de la persona del terapeuta.

Acta de la sesión. Se realiza el acta de cada sesión sintetizando brevemente lo ocurrido, los miembros que asistieron a la sesión, las estrategias que se emplearon y el mensaje y o tarea, así como las observaciones generales.

Esta forma de trabajo considero que es apropiada para la formación de terapeutas, ya que permite ir paso a paso en la construcción del proceso terapéutico. Un aspecto importante es el sistema de rotación, que ofrece la posibilidad de tener una diversidad de experiencias profesionales, por ejemplo, en la Clínica del ISSSTE, al no tener cámara de Gessell, las familias podían ver al equipo terapéutico al entrar, esta condición física permitió que las intervenciones con equipos reflexivos cobrarán mucha fuerza. Los diversos estilos de supervisión posibilitaron el desarrollo de ver distintas habilidades clínicas, pues cada supervisora hacia énfasis en puntos diferentes de la terapia, pero también de la persona del terapeuta, éste punto es fundamental, pues hay que estar mirándonos constantemente, para evitar que nuestro trabajo se pueda ver sesgado.

En mi experiencia durante la formación siempre sentí el respaldo de mi equipo terapéutico, sentí también su acompañamiento en el proceso de aprendizaje que iba generando cambios en mí no solo a nivel profesional, sino también en el ámbito personal, pues aprendí una nueva forma de mirar a las familias.

CAPÍTULO 2.

MARCO TEÓRICO



CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.

Explicar el desarrollo de lo que conocemos hoy como terapia familiar resulta una tarea complicada, pues tiene varios puntos de convergencia en su origen. Gálvez (2004) refiere que la terapia familiar tiene muchos relatos e infinitas posibilidades de ser relatada, propone incluso hablar de terapias familiares ya que cada modelo tiene su propia historia. Al revisar autores que han tratado de contar la historia de la terapia Familiar, encontramos diversas maneras de hacerlo.

Lynn Hoffman (1987), en “*Fundamentos de la Terapia Familiar, un marco conceptual para el cambio de sistemas*” parte del cambio del pensamiento lineal al pensamiento circular para después introducir las ideas que se desarrollaron en el proyecto que dirigió Bateson y con ello los conceptos de Cibernética, Primera y Segunda Cibernética y las implicaciones que tuvieron para la terapia. Describe la evolución de las ideas acerca de la tipología familiar y reconoce la importancia de los personajes que sin ser sistémicos tuvieron interés por trabajar con las familias, sin duda esta obra abarca un gran periodo de la terapia familiar.

Por otra parte, Bertrando y Toffanetti (2004) en su obra “*Historia de la Terapia Familiar*”, van narrando los hechos que dieron paso a la terapia familiar ubicándola a partir de un contexto histórico desde 1900 hasta el año 2000, describiendo el desarrollo de modelos desde diferentes visiones de la psicología, lo que nos permite entender cómo se fueron gestando los cambios de pensamiento y como se movieron los intereses del individuo hacia los sistemas.

Tomaremos otra posibilidad de relatar la historia, tomando como punto de partida el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial, donde se puede ubicar el surgimiento de la terapia familiar en los Estados Unidos. El contexto de post guerra trajo como consecuencias, en primer lugar una gran cantidad de veteranos con problemas psicológicos o psiquiátricos; en los hospitales donde se atendían estos pacientes trabajaban los primeros terapeutas familiares. Surgen las primeras terapias de grupo con Moreno y se cuestiona la duración de tratamiento psicoanalítico. Otro aspecto importante es la desinstitucionalización que en principio estuvo motivada por razones económicas y que posteriormente se convirtió en todo un movimiento de Reforma Psiquiátrica (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Hacia 1950 crecía cada vez más la idea de que los trastornos mentales podían curarse eficazmente, en este escenario se insertan las dos fuentes que darían lugar a la terapia familiar, por un lado el psicoanálisis y por el otro la cibernética. A continuación se muestran los eventos que constituyeron las principales influencias de lo que hoy conocemos como terapia familiar sistémica.

Cuadro 2.1. Influencias de la Terapia Familiar Sistémica.

TERAPIA FAMILIAR	ENFOQUE SISTEMICO-CIBERNÉTICA
<p>1937. Nathan Ackerman, publica “<i>La familia como unidad biosocial-emocional</i>”.</p> <p>1943. Carl Whitaker reconocido como el terapeuta del absurdo incluye en la terapia a la pareja al cónyuge y en ocasiones a los hijos.</p> <p>1950. Nathan Akerman fue uno de los primeros en analizar familias en la clínica. Su enfoque psicodinámico fue avanzando en el análisis de las transacciones hasta lo que después se llamaría enfoque “estructural”.</p> <p>1951. Jonh Bell comienza a trabajar en terapia a los padres y hermanos de su paciente.</p> <p>1951. Theodore Lidz, explora el rol de los padres en el proceso de la esquizofrenia.</p> <p>1952. Christian F. Midelfort. Médico Psiquiatra, realizo estudios y diseño un modelo técnico para la Terapia familiar.</p> <p>1952. Lyman C. Wynne. Realizo teorías sobre la estructura familiar, contexto social, destrucción familiar, etc.</p> <p>1954. Murray Bowen. Hospitaliza a la familia de un paciente con esquizofrenia.</p> <p>1970. Minuchin fue invitado a participar con Ackerman.</p>	<p>1932. Cannon define homeostasis.</p> <p>1934. Bertalanfy. Teoría General de Sistemas.</p> <p>1942. Tiene lugar la primera de una serie de conferencias auspiciadas por la fundación Josiah Macy Jr, el tema fundamental fue la importancia de los procesos de retroalimentación.</p> <p>1953- 1962. Bateson y su Proyecto de la Comunicación.</p> <p>1959. Jackson Funda el MRI. Bateson es investigador asociado.</p> <p>1963. Virginia Satir dirige un proyecto de demostración de terapia familiar en el MRI.</p> <p>1967. Se funda el Instituto de Estudios de la Familia, Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata.</p> <p>1963. Haley formula su modelo Estratégico.</p> <p>1967. Se funda el proyecto de Terapias Breves.</p> <p>1980. Centro de Terapia Familiar Breve.</p>

Surgimiento de la Terapia Familiar.

La práctica de la terapia familiar tuvo diversas influencias dentro del campo de la salud mental, las ciencias sociales y la evolución de nuestra cultura (Midori y Brown, 1998). Los iniciadores fueron personajes que se atrevieron a desafiar el paradigma establecido, consideraban que la salud mental tradicional otorgaba excesivo énfasis al individuo como parte del problema y a la historia para explicar la causalidad; muchos de ellos ni siquiera eran terapeutas, estas diversas perspectivas produjeron una nueva mirada al ser humano y la manera de estar en el mundo, con el concepto de *relación* se originaron nuevas formas de intervención.

Algunos de estos iniciadores son: Jonh Bell quien decide integrar a la sesión terapéutica a toda la familia al rededor de inicios de los 50's; Ackerman, a través de su experiencia en la psiquiatría infantil concluye que los problemas emocionales se generan en la interacción familiar; Theodore Lidz de formación psicoanalítica trabajo con pacientes esquizofrénicos, centro sus estudios en el rol de los padres en el proceso de la esquizofrenia; Lyman Wynne médico psiquiátrica trabajo también con familias de esquizofrénicos y pudo estudiar su estructura; Murray Bowen puso énfasis en la relación de simbiosis con la madre; Carl Whitaker, es considerado como el terapeuta de lo absurdo, tomo parte central de los acontecimientos que dieron forma a la terapia familiar y fue uno de los primero editores de *Family Process* (Vargas, 2004; Hoffman, 1987; Witztezaele y García, 1994; Bertrando y Toffanetti, 2004).

En el marco de las nuevas ideas generadas a partir de los planteamientos de la cibernética y la teoría general de los sistemas ubicamos a Gregory Bateson, quien realizo grandes aportaciones que serian retomadas por el grupo de Palo Alto. En este grupo colaboraron grandes figuras entre ellos: Don Jackson, Jay Haley, William Fry, Paul Watzlawick, Jules Riskin, Virginia Satir y Jonh Weakland, muchos otros no participaron directamente pero que sin duda fueron influenciados por las ideas derivadas del trabajo del equipo del MRI (Sánchez, 2000).

Describir la historia de la terapia familiar implica ir tejiendo los diferentes hilos iniciadores, entender cómo se van ligando los conceptos provenientes de tan distintas disciplinas y se van insertando en la psicoterapia, por ello se opto por anexar un cuadro cronológico que persigue contextualizar el surgimiento y desarrollo de la terapia familiar (Anexo 1).

Evolución epistemológica, linealidad vs circularidad.

La terapia familiar es resultado de convergencias entre varias disciplinas: matemáticas, biología, antropología, filosofía, comunicación, entre otras. Es complejo pretender establecer una definición de terapia familiar, se postula que debido a la diversidad de enfoques aplicados no se puede definir como un nuevo método y que es más adecuado describirla como una serie de herramientas para conceptualizar la causa y la cura de los problemas (Haley, 1976).

Algo fundamental en la terapia familiar es el gran salto epistemológico que la hizo obtener el título de "Terapia Familiar Sistémica", en ella se traslada el foco de atención del individuo a las interacciones en un contexto. En este sentido es importante partir de la epistemología, como lo dice Keeney, "lo ideal sería que los clínicos dejaran atrás la dicotomía tradicional entre la práctica y la teoría y las vieran como ambos dominios de la terapia" (1994:21).

Keeney describe la epistemología como la forma en que las personas conocen las cosas y la manera en que ellos piensan que las conocen (Keeney, 1994). Por su parte Bateson refiere que son las leyes de las que nos valemos para dar un sentido al mundo, son las premisas básicas de la manera en que conocemos, pensamos y decidimos (Bateson, 1990).

Auerswald (1973, citado en Keeney, 1994) propone dividir a los terapeutas de familia según sus puntos de vista epistemológicos: los que siguen una epistemología lineal progresiva tradicional; los que siguen una epistemología recursiva y los que se hallan en un periodo de transición, de la primera a la segunda.

A continuación se explican brevemente las características del pensamiento lineal y circular para con ello hacer la distinción de estos referentes epistemológicos.

Pensamiento lineal. Subyace al método experimental, este tipo de pensamiento fue aceptado hasta el siglo pasado, la cosmovisión del mundo es que es regido por leyes de la fuerza y energía, la causa siempre antecede un efecto. Esta concepción newtoniana clasifica una pieza de acuerdo a sus atributos y características inherentes a ellas. Esta concepción del mundo explico durante mucho tiempo la enfermedad mental en términos lineales, en los modelos lineales el síntoma se explica como un mal funcionamiento debido a causas bilógicas o fisiológicas (Eguiluz, 2001; Hoffman, 1987).

Bateson cuestiona este tipo de pensamiento, pues describe que la causalidad parece asignar una causa y generalmente conduce a encontrar culpables, que el pensamiento dualista rompe con la armonía de la totalidad para encontrar diferencias y opuestos impidiendo el patrón recursivo.

Epistemología circular. Describe la importancia de la ecología, la relación y los sistemas totales, deja de lado las explicaciones causa efecto y se concentran en analizar las relaciones, la complejidad, la recursividad y el contexto (Keeney, 1994). Estas premisas son fundamentales para los planteamientos de Bateson, que más tarde darán origen a una nueva corriente: el enfoque sistémico.

Keeney (1994) plantea que todos los individuos tienen en común una operación epistemológica fundamental, que es establecer distinciones, así el acto básico de la epistemología es trazar una diferencia, de esta forma el mundo puede discernirse de infinitas maneras según las distinciones que uno establezca. Keeney se pronuncia por una epistemología ecosistémica, que parte de un marco epistemológico cibernético, la ecología y la teoría de los sistemas.

Este cambio de paradigma es fundamental en la transformación de la terapia, pues se cuestiona la manera en que se conceptualizan los problemas. A partir de estos planteamientos, el ser

humano ya no se puede ver como un organismo independiente del contexto, el cual se pueda arreglar como si fuera un aparato, por el contrario, el interés se encuentra en las relaciones, en el contexto, lo que pasa *entre*. Hoffman (1987) plantea que el pensamiento lineal siempre termina asignando una culpa y en este sentido, preguntaríamos ¿esto de que le sirve al terapeuta?. Por su parte Keeney (1994) enfatiza que los terapeutas que comprenden que sus relaciones con los clientes forman parte del proceso de cambio, aprendizaje y evolución, recurren a una epistemología alternativa que apela a la complejidad, la relación y el contexto.

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

El pensamiento sistémico se inserta en la idea de mirar más allá del individuo, en preguntarnos qué pasa en sus relaciones y su contexto. Los pensadores sistémicos tomaron conceptos innovadores que se fueron articulando en el cambio terapéutico, cabe destacar, que muchos de estos no fueron creados pensando en que su aplicación estaría en el ámbito terapéutico, a continuación se describirán los conceptos y fundamentos que enmarcan el pensamiento sistémico. Comenzaremos con la Teoría General de los Sistemas.

2.2.1. Teoría General de los Sistemas

Ludwing Von Bertalanfy, biólogo alemán, formuló la Teoría General de Sistemas con el objetivo de ser un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales (Arnold y Osorio, 1998). Esta teoría surge en respuesta al agotamiento y la inaplicabilidad del enfoque reduccionista y causal. Se trata de un enfoque del conocimiento y la explicación de la realidad o de una parte de ella (sistemas) en relación al medio que le rodea (Johansen, 1999). Es un enfoque interdisciplinario y aplicable a cualquier sistema tanto natural como artificial. El concepto de sistema como modelo teórico abarcativo, representa un nuevo paradigma o una nueva filosofía de la naturaleza dentro del pensamiento científico (Eguiluz 2001).

Algunos conceptos de esta teoría son según Bertalanfy (1976) y Johansen (1999) son:

- Sistema: una serie de elementos que en conjunto son más que la suma de estos, es decir, forman una entidad distinta; es el conjunto de objetos y sus relaciones y las relaciones entre objetos y atributos. La complejidad de elementos se establece a partir de su número, a su especie o clase y de acuerdo a las relaciones entre sus elementos.

- Sistema abierto: son aquellos que organismos vivos, sistemas sobrevivientes que tienen apertura al intercambio de información, energía y materia, es decir, intercambian materia con el medio circundante, por ejemplo, el ser humano.
- Sistema cerrado: es aquel en el que las variaciones del medio que afectan al sistema son conocidas.
- Totalidad. Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás. No hace referencia a la sumatividad sino a la totalidad.
- Equifinalidad. El mismo estado final puede existir a partir de condiciones iniciales distintas. Presenta la imposibilidad de buscar la causa única del problema.
- Equicausalidad. La misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.
- Limitación. Es la adopción de una determinada secuencia de interacción, implica redundancia.
- Regla de relación. Define el tipo de relación dentro de la familia
- Medio a ambiente. Según Hall y Fargen, para un sistema dado, el medio es el conjunto de todos los objetos cuyos atributos al cambiar afectan al sistema y también aquellos objetos cuyos atributos son modificaciones por la conducta del sistema (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1981).

La familia como sistema. La teoría general de los sistemas tuvo gran influencia en el ámbito terapéutico, al trasladar el concepto de "sistema" a las familias los objetos corresponden a las personas y los atributos son las conductas comunicacionales a través de las cuales se establecen las relaciones (Watzlawick y cols, 1981). Esta definición de sistema permite que cualquier sistema pueda ser dividido a su vez en subsistemas. Los objetos que pertenecen a un sistema pueden considerarse como parte del medio de otro subsistema.

Para Andolfi, (1987) una familia desde esta perspectiva sería un sistema abierto que recibe información del exterior, pero que también la genera y la manda fuera; constituido por varias unidades ligadas entre sí, por reglas del comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción. En este sentido, en el sistema familiar resulta fundamental conocer la forma en la que interactúa un miembro de la familia con respecto de los otros, con el objetivo de entender la dinámica familiar

completa, es decir, los patrones de interacción y las relaciones. Así hay un flujo constante de información, si el flujo en este proceso se ve detenido hay una tendencia a la homeostasis que es una resistencia al cambio. En este sentido, para que la familia cambie necesita romper su homeostasis. Jackson introduce el modelo de la interacción familiar, cuando plantea el concepto de homeostasis familiar. Observando a las familias de pacientes psiquiátricos, llegó a postular que quizá la enfermedad del paciente era un “mecanismo homeostático” (Watzlawick y cols, 1981).

En la familia el concepto de totalidad o podemos apreciar, pues la conducta de cada individuo está relacionada con la de otros y depende de ella. Asimismo, el análisis de la familia no es la suma de los análisis de sus miembros individuales, ya que hay patrones interaccionales que trascienden las cualidades de los miembros individuales.

2.2.2 La Teoría Cibernética

En 1942 se organiza la primera Conferencia Macy con el tema de inhibición cerebral, el interés que despertó esta investigación sirvió para que la Fundación Macy organizara una serie de conferencias que culminaría en el establecimiento de la ciencia del control; la cibernética (Wittezaele y García, 1994).

La Teoría Cibernética constituye un punto de referencia para el cambio epistemológico de la terapia familiar, el principal representante es el matemático Norbert Wiener, quien en 1948 acuña este término para abarcar “todo el campo de la teoría del control y la comunicación, así se trate de una máquina o un animal” (Simon, Stierlin y Wynne, 2002). La idea principal que dio origen a la cibernética es que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales. Uno de los propósitos de la cibernética consistía en desarrollar un lenguaje propio de las máquinas (Eguiluz, 2001).

Según Wiener la palabra cibernética etimológicamente se deriva de la palabra griega que significa “piloto” o “timonel” (Keeney, 1994). “La cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización y que se diferencia de cualquier búsqueda de elementos materiales, objetos, fuerzas y energías” (Keeney, 1986:77). Bateson la definió como “la rama de la matemática que estudia el control la recursividad y la información” (Bertrando y Toffanetti, 2004).

La cibernética introdujo varios conceptos que fueron fundamentales en el ámbito terapéutico, a continuación se describen.

- *Retroalimentación.* Wiener (1967) describe que es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos retroalimentación simple. Pero si esa información de retorno puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje (Keeney , 1994).

Bateson (1985) apunta que los procesos cibernéticos nunca eligen un proceso estático, explica que la acción correctiva es puesta en movimiento por la *diferencia*; la cibernética plantea que el cambio puede entenderse como el empeño de mantener cierta constancia, y toda constancia se mantiene a través del cambio.

Wiener propuso que la estabilidad y el cambio son explicables por diferentes órdenes de control de la retroalimentación (Keeney, 1994)

La cibernética se enmarca como una nueva epistemología que ofrece una visión totalmente nueva del funcionamiento de los sistemas interactuantes. El advenimiento de la cibernética sugirió un marco más amplio gracias a la “*retroalimentación*”. La retroalimentación puede ser positiva o negativa. La positiva lleva al cambio, es decir, a la pérdida de estabilidad o equilibrio. En cambio, la retroalimentación negativa caracteriza la homeostasis, es decir, el estado constante, mantiene la estabilidad y el equilibrio (Watzlawick, y cols, 1981).

- *Homeostasis (estabilidad) /Homeodinámica (cambio).* La cibernética concibe que todo cambio puede entenderse como el empeño por mantener cierta constancia y toda constancia se mantiene a través del cambio. En este sentido Wiener propone que la estabilidad y el cambio se explican por diferentes órdenes o niveles de retroalimentación, que es otro concepto importante.
- *Niveles de Retroalimentación* El cambio en el sentido del aprendizaje la adaptación y la evolución provienen del control del control y no del cambio incontrolado per se. Bateson (1985), plantea al respecto que para la supervivencia de cualquier sistema, los procesos de retroalimentación deben corporizarse en una jerarquía recursiva de circuitos de control.
- *Distinción.* Es un concepto clave para la Cibernética, pues la creación de una diferencia o distinción, es el primer paso de la construcción del conocimiento.

- *Doble descripción.* La manera de organizar una secuencia de hechos o puntuar los hechos como se conoce en el lenguaje sistémico. Todas las puntuaciones u organizaciones de la experiencia son hechas por un observador que realiza dicha puntuación, es decir, no existen puntuaciones en el vacío. La doble descripción nos da la posibilidad de percibir los hechos de formas distintas. En este sentido esta doble descripción permite dibujar nuevas distinciones, que a su vez suscitaran nuevas respuestas (White, 1988).
- *Recursión.* Para la cibernética son importantes los procesos recursivos, la forma clásica de representar la recursividad es mediante el Uróvoro, que es una serpiente mitológica que se traga a ella misma. De este modo, cada vez que se autodevora, se genera un orden de recursión distinto.

Ahora bien, en el desarrollo de la Cibernética podemos distinguir dos etapas.

Cibernética de primer orden. Se enfoca al modo en que los sistemas mantienen su organización u homeostasis por retroalimentación negativa o morfogénesis.

Este tipo de cibernética solía referirse a la “caja negra” que se limita a estudiar la relación entre lo que entra a un sistema y lo que sale de él. Esta relación se considera cibernética si la salida actúa de tal modo sobre la entrada que modifica las salidas futuras (Keeney, 1994). Cualquier sistema “caja negra” está circunscripto por órdenes superiores de retroalimentación.

Esta concepción de caja negra postula que el observador se mantiene fuera del fenómeno observado y es capaz de manipular o controlar unilateralmente el sistema que está observando. Un ejemplo típico de esta cibernética lo representan los termostatos para regular la temperatura: el sistema de calefacción/refrigeración se pondrá en marcha automáticamente cada vez que la temperatura alcance niveles dados por encima o debajo del intervalo deseado de temperaturas

Los conceptos de la cibernética de primer orden los retoman los modelos de psicoterapia, como es el caso de Watzlawick y sus colaboradores quienes encuentran una ventaja heurística, pues pueden limitarse a las relaciones observables entre la entrada y la salida, es decir, la comunicación. De este modo las intervenciones son entradas en el sistema familiar, el terapeuta ajusta, recalibra o cambia la organización estructural (Keeney, 1994; Watzlawick, y cols. 1981).

Esta metáfora de caja negra posteriormente será rebasada y se incluirá el observador como parte del sistema observado. Vale decir que Wiener sí tenía conciencia de los diferentes órdenes del proceso de retroalimentación; señalo que en las ciencias humanas los procesos cibernéticos de orden

superior incluyen necesariamente al observador (Keeney, 1994). Sin embargo, estas ideas no se pronunciaron de forma clara y la cibernética tuvo que replantearse siguiendo la recursividad.

Después de este periodo surge el concepto de la Cibernética de Segundo Orden que a continuación se describe.

Cibernética de segundo orden. El termino cibernética de segundo orden fue acuñado por Heinz Von Foester en su trabajo titulado "Cybernetics of cybertetics" en 1970. La cibernética de segundo orden se ocupa del observador como parte de lo observado, el objetivo es explicar el observador asimismo, es decir la cibernética de la cibernética y se refiere a los sistemas que son capaces de modificar su objetivo o finalidad por sí mismos, sin necesidad de ser guiados por alguien o algo desde fuera del sistema (internet).

En esta cibernética los mecanismos de comunicación y control permiten que el sistema reoriente o replantee continuamente su camino para alcanzar su objetivo primario. Se refiere a los sistemas orientados por el lenguaje, en los que el observador se incluye claramente en el sistema.

Uno de los conceotos principales de la cibernética de segundo orden es la autorganización.

Autorganización. Heinz von Foester fue uno de los primeros en explicar el concepto de autorganización como un incremento de orden (información). Un sistema social no es un sistema en equilibrio, por el contrario, constantemente se producen perturbaciones que fuerzan a una constante reorganización y ajuste.

La cibernética de segundo orden tuvo grandes implicaciones para la terapia, ya que toda descripción acerca de algo es una descripción acerca de quién genera esa descripción. En este sentido el terapeuta no es un agente externo que opera sobre una familia para cambiarla, sino que participa en un proceso de transformación colectiva de significados (Slusky, 1985).

2.2.3. Las investigaciones de Bateson y la nueva teoría de la Comunicación.

El proyecto Bateson. Para hacer referencia al movimiento del enfoque sistémico, necesariamente tenemos que recurrir a la figura de Bateson, se caracterizo por sus planteamientos originales y la forma de tratar de explicar más allá del individuo y centrarse en el contexto. Hijo de William Bateson, científico que acuño el termino "genético", Gregory Bateson rodeado de ciencia inicia sus estudios de filosofía, posteriormente influido por su padre estudia biología. Emprendió un

viaje a las islas Galapagos y al regresar decide estudiar antropología, uno de sus primeros estudios antropológicos trata sobre rituales de las tribus en Nueva Guinea.

Los resultados de estos estudios son publicados en su obra *Naven* en 1936, en la que refleja su forma de concebir la relación entre la sociedad y el individuo de una forma circular y recíproca.

Bateson conoció a Wiener, durante las conferencias de la Fundación Macy y lo nombro como su mentor en los conceptos del vocabulario de las computadoras, de la teoría de la comunicación y de la lógica formal (Vargas, 2004).

En 1952, la Rockefeller Foundation le concede una beca de los años para estudiar la naturaleza y los niveles de comunicación (Bertrando y Toffanetti, 2004; Hoffman, 1987).

Bateson organizo su equipo de trabajo reuniendo a quienes más tarde serian importantes personajes para la terapia sistémica, uno de ellos fue John Weakland, ingeniero químico; también participo Jay Haley que en ese momento aspiraba ser escritor; finalmente Wiliam Fry quien era el único médico del grupo y trabajaba en la escuela de psiquiatría (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo y Bertrando, 2006; Witztezaele y García, 1994).

El equipo comenzó a trabajar sobre el comportamiento animal, las paradojas, la hipnosis y el juego, además también contemplaba las pautas de la transacción esquizofrénica. Se preguntaban si estas pautas surgirían de una incapacidad de discriminar entre niveles de tipo lógico: por ejemplo entre lo literal y lo metafórico. El grupo de Bateson, planteo la hipótesis de que una persona podría “aprender a aprender” en un contexto en que esta dificultad fuese de alguna manera adaptativa (Hoffman, 1987).

En 1954 Bateson concluye la beca concedida por la fundación, sin embargo, apenas están delineando su campo de estudio y necesitan conseguir más fondos para el proyecto, por ello decide que la comunicación entre los esquizofrénicos puede ser el tema que mayor recursos financieros aporte. Por esa época conoce a Don Jackson, quien se integra como consultor del proyecto, situación que da un giro a la investigación inyectando un profundo interés por la clínica y la terapia.

En 1956 el grupo presenta su hipótesis del doble vinculo “*Hacia una teoría de la esquizofrenia*” controversial escrito donde se escucha por primera vez uno de los términos que sin duda causo revuelo entre los psiquiatras de la época y aun lo sigue haciendo el “doble vinculo”. En esta publicación describen una comunicación a muchos niveles, donde se manifiesta una demanda a un nivel y al mismo tiempo es anulada o contrariada en otro nivel.

Los elementos necesarios para que se produzca la doble atadura son (Hoffman, 1987):

1. Una orden negativa primaria; “no hagas esto.”
2. Una orden negativa secundaria a otro nivel, que entra en conflicto con el primero; “no atiendas a nada de lo que digo” (quizá dada por el tono de voz o el modo de hablar).
3. Una orden que prohíbe todo comentario (generalmente, claves no verbales, que refuerzan reglas que ya no es necesario explicitar) y otra que prohíbe a la persona abandonar el campo (a menudo, dada por el contexto, como cuando la persona es un niño).
4. Una situación que parece de importancia para sobrevivir, por lo que es vital que la persona discrimine correctamente entre los mensajes.
5. Una vez establecida una pauta de comunicación que contenga estos elementos, no sólo se necesita un pequeño recordatorio de la secuencia original para producir una reacción de pánico o de ira.

El grupo se propone como objetivo primordial formular una teoría de la esquizofrenia; los elementos centrales de la misma se basan en la posibilidad de usar una teoría lógica para ordenar las relaciones humanas con el fin de poder tener en cuenta los contextos.

El grupo publica en estos años numerosos artículos discutiendo la hipótesis del doble vínculo, los niveles lógicos del aprendizaje y la comunicación en los contextos más insospechados. Con el paso del tiempo, el equipo pierde cohesión; Bateson consideraba que él tenía una posición más teórica, y que sus compañeros estaban orientados al trabajo clínico con las familias. Los trabajos de Jackson y Weakland se centran cada vez más en la familia, mientras que Haley profundiza en el poder. Estas diferencias inician una disputa en la escuela sistémica.

Bateson concibe cada sistema como un conjunto unitario pero en el que confluyen procesos de comunicación; en cambio, Haley y Jackson la conciben como una organización jerárquica en la que los individuos luchan por establecer quien definirá las relaciones (Bertrando y Toffaneti, 2004).

El trabajo del grupo continuará en años posteriores pero bajo otra forma, Bateson abandona definitivamente la psiquiatría por la etología, mientras que Jackson, Haley y Weakland fundan en el Mental Research Institute (MRI). Las investigaciones sobre la comunicación unen a Bateson con el MRI, Bateson sentó las bases del enfoque interaccional en los años 50 y Watzlawick, Beavin y Jackson lo sistematizaron y contribuyeron a darle difusión a sus ideas (Wittezale, y García 1994).

El Mental Intsitute Research, se funda bajo la dirección de Don Jackson en 1959 en Palo Alto California, con el objetivo de estudiar la comunicación y las interacciones de las familias con otros sistemas sociales, formalizando un método de Terapia Familiar.

El Instituto comienza a funcionar con Jackson, Satir y Riskin, posteriormente en 1962, se unen Haley y Weakland. Jackson formula una serie de preceptos para la conducción de la sesión, Haley introdujo la idea del espejo unidireccional que tomo de Charles Fulweiler, el uso del espejo modifica la terapia, el espejo lleva consigo la creación del equipo terapéutico.

Una de las obras más importantes del MRI es sin duda “Teoría de la Comunicación Humana” escrito por Paul Watzlawick, Beavin y Don Jackson en 1967 (Wittezale, y García 1994). Este libro se convierte en el fundador de la orientación.

Los axiomas de la comunicación, planteados en el libro son:

- *Axioma 1, toda conducta es comunicación.* Es imposible no comunicarse. La actividad o la falta de actividad, las palabras o el silencio son todos ellos mensajes para el interlocutor: él no puede dejar de percibir esos mensajes y se ve obligado a responder, es decir, a comunicarse.
- *Axioma 2, los niveles de contenido y de relación.* Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tal es que el segundo clasifica al primero y es por ende una metacomunicación. El contenido es la información incluida en el mensaje, mientras que el aspecto relacional se refiere a que tipo de mensaje es y cómo debe entenderse. Según las ideas de Bateson, la comunicación está definida por el contexto; es decir, la relación es la que actúa como fondo.
- *Axioma 3, la puntuación de la secuencia de los hechos.* Ésta característica de la comunicación se refiere a la interacción, el intercambio de mensajes entre comunicantes. Un observador puede entender una serie de comunicaciones como una secuencia interrumpida de intercambios y quienes participan en la interacción introducen la puntuación de los hechos, que es un recorte de los hechos que cada participante hace. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
- *Axioma 4, comunicación digital y analógica.* Existen dos tipos de comunicación: una de auto-explicativa o analógica y otra mediante palabras o digital. El aspecto relativo al contenido del mensaje se transmite de forma digital, en tanto que el aspecto relativo a la relación es analógico.

- *Axioma 5, interacción simétrica y complementaria.* Señala que todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o diferencia, en la interacción simétrica los participantes tienden a igualar su conducta recíproca; mientras que en la complementaria, cada uno de los participantes complementa la interacción del otro, uno de ellos ocupa una posición superior o primaria y el otro inferior o secundaria.

Este modelo de comunicación está desarrollado en el estudio de la interacción y reemplaza el modelo que plantea que la comunicación es una cadena de elementos de forma causal y mecánica (Watzlawick, y cols, 1981).

Los cambios paradigmáticos llegaron a la noción de que no existen relaciones sin comunicación y que éstas dependen de un contexto en el que se efectúan los intercambios. Estos cambios también aportan una noción diferente sobre el “cambio” y en ese sentido fue Milon H. Erickson quien contribuyó con su aporte clínico con las herramientas útiles y esenciales para esta nueva epistemología.

2.2.4. Posmodernidad

A lo largo de la historia los paradigmas de la ciencia han enfrentado crisis que los cuestionan y obligan a transformarlos, Thomas Kuhn describe estos periodos de crisis como tiempos de inestabilidades y anomalías en los que los problemas rebasan la capacidad de respuesta del paradigma vigente, de esta forma se genera la percepción de que el modelo propuesto no funciona adecuadamente, este contexto es precisamente el que permite un espacio propicio para que las revoluciones de pensamiento acontezcan (Ojeda, 2006).

La posmodernidad representa un cuestionamiento a la modernidad, a finales de la década de los 90's ésta nueva escuela de pensamiento cuestionó la validez de las verdades universales de la visión modernista, en cambio propone considerar la multiplicidad de perspectivas y reconocer otras verdades, planteamiento esencial de la visión posmoderna que se mantiene escéptica sobre el concepto de objetividad.

François Lyotard (1987) introduce el término de posmodernidad, que se caracteriza por un marcado escepticismo sobre la validez universal de los componentes narrativos singulares o versiones teóricas de cada situación humana, esta condición deviene del nuevo contexto tecnológico, en este sentido, la presencia cada vez más persuasiva de las tecnologías de la saturación social (Mc.Namme y Gergen, 1992) termina por hacer que las personas dependan de ellas, pero sean más escépticas respecto a los fundamentos de su vida (Bertrando y Toffanetti, 2004).

La perspectiva posmoderna postula que el conocimiento está construido socialmente y no podemos tener una representación directa del mundo, sólo conseguimos conocerlo a través de nuestra experiencia (Anderson, 1997).

El posmodernismo, es pues una posición teórica, un desafío a una serie de hipótesis sobre el conocimiento, la verdad, el poder, la sociedad y la cultura; es por tanto deconstructivo; se pronuncia escéptico acerca de los valores universales (Bertrando y Toffanetti, 2004). Además asume la postura de superar o negar las grandes narraciones que dieron lugar al modernismo y en cambio se arriesga a aceptar todas las narrativas abandonando el concepto de que la verdad tiene valor absoluto.

Plantea también una crisis de identidad del sujeto ya que el flujo cotidiano de informaciones, significados y modelos de vida someten al self a un constante bombardeo, de este modo, el sujeto posmoderno se caracteriza por la ausencia de una fuerte identidad individual (Boscolo y Bertrando, 2006; Bertrando y Toffanetti, 2004).

En el surgimiento de esta visión posmoderna podemos ubicar dos nuevas formas de pensamiento que parten de cuestionar los preceptos modernistas, sin embargo tienen concepciones distintas, éstas son el constructivismo y construcción social, que desencadenaron grandes cambios a la hora de hacer terapia, a continuación describiremos brevemente cuales son las características de estas escuelas de pensamiento.

Constructivismo. Autores como Ernerst Von Glasersfeld, Humberto Maturana, Francisco Varela y Paul Watzlawick son representantes del constructivismo, pensamiento que se deriva de los pensamientos de Vico, quien formulo ideas acerca de la manera en que los seres humanos conocen. Para él, los agentes epistemológicos no pueden conocer nada, excepto las estructuras cognitivas construidas por ellos mismos, *conocer* significa *saber cómo hacer*. En este sentido, uno sólo puede conocer algo cuando puede decir cuáles son los componentes que lo conforman (Glasersfeld, 1996). Jean Piaget destaco en su teoría del desarrollo cognitivo, que el organismo se adapta y se ajusta al ambiente y de esta forma es como construye el pensamiento respecto al mundo (Sánchez, 2000).

Por lo tanto, el constructivismo centra su atención en estudiar la relación entre el conocimiento y la realidad dentro de una perspectiva evolutiva, postula que un organismo no es capaz de reconocer, describir o copiar la realidad y que solo puede construir un modelo que se ajuste a ella (Glasersfeld, 1988).

Ernerst Von Glasersfeld (1996) uno de los mayores representantes del constructivismo postula dos principios:

1. El conocimiento no se recibe pasivamente, ni a través de los sentidos, sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente.

2. La función de la cognición es adaptativa y sirve a la organización del mundo experiencial del sujeto, no al descubrimiento de una realidad ontológica objetiva.

El constructivismo radical no niega la “*realidad*” ontológica; el conocimiento es entonces el mapa de los caminos de acción y pensamiento que en nuestra experiencia han resultado viables. Todo lo que llamamos conocimiento es resultado de nuestra propia reflexión y abstracción a partir de lo que percibimos y concebimos.

En este sentido, Glaserfeld afirma que no descubrimos el mundo, sino que lo inventamos y que el conocimiento refleja la adaptación entre el organismo y su ambiente (Simon, Stierlin y Wynne, 2002).

El constructivismo radical, postula que toda afirmación sobre la realidad es fundamentalmente una afirmación sobre el observador. El constructivismo no tiene por objeto conocer la realidad sino que intenta comprender como se construyen los modelos que tienen diferentes finalidades pragmáticas. Los sistemas vivientes son sistemas cognitivos y la vida es un proceso de conocimiento (Maturana, 1997).

Otro representante del constructivismo es Humberto Maturana, sus planteamientos enriquecieron la visión de los terapeutas de la época propiciando grandes transformaciones. Maturana (1997) postula que el observador es un sistema viviente ya que sus capacidades cognitivas estarán alteradas si se altera su biología, explica que los seres humanos operamos como observadores, es decir, hacemos distinciones en el lenguaje, descubrimos que nuestra experiencia es encontrarnos observando, actuando o hablando y cualquier descripción de lo que hacemos es secundaria a nuestra experiencia. Las explicaciones y descripciones no remplazan aquello que explican o describen.

Maturana también propone dos modos de escuchar explicaciones, los denomina caminos explicativos que son mutuamente excluyentes:

1. Camino explicativo de la objetividad sin paréntesis: el observador acepta implícita o explícitamente sus capacidades cognitivas como tales, en tanto propiedades constitutivas y lo hace aceptando o rechazando su origen biológico. De esta forma el observador asume implícitamente o explícitamente que la existencia tiene lugar independientemente de lo que haga, que las cosas

existen independientemente de que las conozca y que él puede conocerlas a través de la percepción o de la razón.

2. Camino explicativo de la objetividad entre paréntesis: el observador acepta explícitamente lo siguiente: a) en tanto ser humano él es un sistema viviente; b) sus capacidades cognitivas como observador son fenómenos biológicos ya que se alteran cuando su biología se altera y desaparecen en el momento de la muerte; y c) que si quiere explicar sus capacidades cognitivas como observador, deberá hacerlo mostrando cómo éstas surgen como fenómenos biológicos en su realización como un sistema viviente. El observador tiene que aceptar como sus características constitutivas todas las de los seres vivientes, particularmente su incapacidad para distinguir en su experiencia lo que en la vida cotidiana distinguimos como percepción e ilusión.

De este modo, las ideas constructivistas enmarcan una nueva etapa en la Terapia Familiar, la publicación de la obra "*La realidad inventada*" de Paul Watzlawick, introduce el constructivismo a la terapia (Elkaim, 1996) que desde este paradigma persigue modificar las construcciones de las vivencias del cliente con otras alternativas y de esta forma modificar su experiencia.

En seguida describiremos brevemente como surge el Construccionismo Social.

Construccinismo social. Surge para superar la dicotomía entre observador y observado que dejó abierta el constructivismo. Es importante establecer la diferencia entre el constructivismo y construccionismo social, como ya lo refirió Hoffman (1995), son dos posiciones diferentes, si bien ambas cuestionan la idea de que existe un mundo real que puede ser conocido con certeza objetiva, el constructivismo plantea el sistema nervioso como una maquina cerrada, en el que las construcciones toman forma en la adaptación al ambiente; mientras tanto el construccionismo postula que las ideas, conceptos y conocimientos surgen del intercambio social y son comunicados por el lenguaje. En suma, el constructivismo está vinculado con la teoría psicológica individual, en cambio, el construccionismo está articulado con la psicología social.

Según Gergen el constructivismo está ligado aún a la tradición occidental del individualismo en la medida en que describe la construcción del saber a partir de procesos intrínsecos al individuo, mientras que el construccionismo social busca remontar las fuentes de la acción humana en la relaciones sociales, afirmando que la "*construcción del mundo no se sitúa en el interior de la mente del observador, sino en el interior de diferentes formas de relación*" (Gergen, 1996).

El origen del Construccinismo Social se puede rastrear en las obras de Nietzsche, Goethe o Vico. Parte de la concepción de que el conocimiento del mundo y del yo tiene su origen en las relaciones humanas, de este modo se pone en duda la tradición del individualismo e invita a considerar la relación como esencial para el ser humano (McNamee y Gergen, 1992) La idea de relación es vista como una expresión de sistemas de lenguaje y significado. En estos nuevos planteamientos, el agente individual ha sido despojado de su capacidad para ser la fuente del saber, la atención se pone en lo que pasa *entre* y no lo que pasa en el interior.

Por su parte, Wittgenstein postula que las descripciones que hacemos del mundo cobran forma en el lenguaje, Kenneth Gergen retoma esta idea y concluye que la transformación del lenguaje posee un gran poder, pues si se logra modificar la forma de utilizarlo se siembran las semillas para el cambio humano, este planteamiento influyó notablemente el quehacer del terapeuta (McNamee y Gergen, 1992). En este sentido, confiere al lenguaje en gran medida la sobrevivencia de la especie, pues es a través de éste se comunican las percepciones y se transmiten en la cultura.

Las prácticas lingüísticas que son sociales, confieren al individuo identidad (Gergen, 1992; McNamee y Gergen, 1992). Según Gergen (1996) la sociedad está estructurada lingüísticamente, el lenguaje hace al mundo y al sujeto. La sociedad y la cultura adquieren un papel central, se dejan las comparaciones de la familia con máquinas u organismos y los conceptos de homeostasis y circularidad para dar paso a otros como diálogo, conversación, construcción, resignificados, deconstrucción.

Por otro lado, Derrida plantea que las construcciones sociales persiguen el deconstruir el mundo y convertirlo en una nueva experiencia, es a lo que llama *Deconstruir para construir*, al traducirlo al ámbito terapéutico, la tarea para el terapeuta es modificar, redefinir, deconstruir, desenmarañar prejuicios y finalmente construir, de este modo, las historias de las personas pierden rigidez y se abren nuevas posibilidades (Derrida, 1995). Estos postulados serán los que más tarde retomara Michael White al introducir la deconstrucción en la Terapia Narrativa.

Para Derrida el significado de las palabras no depende solamente de *diferencias* entre las características auditivas o visuales de las palabras, el significado se adquiere mediante el concepto de desplazamiento, es decir, el significado de cada palabra depende de definiciones provistas de otras palabras. El significado de una palabra es un dominio creciente de palabras, así entramos en *juego infinito de significantes* (Gergen, 1996b).

Gergen (1996) postula que los enunciados de verdad se originan en compromisos ideológicos. La crítica literaria también elimina “el objeto” como fundamento del lenguaje y lo reemplaza no por la

ideología sino por el texto. El significado y la significación de los enunciados de verdad se deriva de una historia discursiva. La crítica social ofrece una concepción constataste del lenguaje, es el proceso social que da forma a las concepciones de la verdad.

Kenneth Gergen (1996) propone los siguientes supuestos para la concepción construccionista social del conocimiento:

- Los términos mediante los cuales describimos el mundo y a nosotros mismos no están dictados por los objetos hipotéticos de tales descripciones.
- Los términos y formas mediante los cuales obtenemos la comprensión del mundo y de nosotros mismo son artefactos sociales, productos de intercambios histórica y culturalmente situados entre las personas.
- La medida en la cual una descripción dada del mundo o de nosotros mismos se mantiene a través de del tiempo no depende de la validez empírica de la descripción, sino de las vicisitudes del proceso social.
- Como el lenguaje es un subproducto de la interacción, su principal significado se deriva del modo en que está inmerso dentro de patrones de relación.
- Aprender las formas existentes de discurso es evaluar patrones de vida cultural; cada evaluación da voz a un enclave cultural dado y facilita la integración del todo.

El construccionismo postula la importancia de la conversación para desarrollar un sentido de identidad o una voz interna. Las ideas nacen de un intercambio social mediado por el lenguaje (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Una idea importante en el construccionismo es la de coordinación, pues plantea que para se de la comunicación, es preciso que exista coordinación con el otro, pues se pueden pronunciar palabras, pero si el otro no le da sentido, lo que se dice se reduce al absurdo, de este modo el sentido se crea en la relación no en el individuo. Todo lo que hacemos y decimos se sitúa en un contexto temporal que da sentido a lo que ha precedido y que al mismo tiempo es una nueva invitación a la suplementación (Gergen, 1996).

El construccionismo reconoce la importancia de la verdad contextual (Roseneau, 1992). Los diálogos construccionistas dan preferencia a cuatro movimientos importantes de la orientación

terapéutica: la flexibilidad, la toma de conciencia de la construcción, la colaboración y la práctica en conformidad con valores importantes.

En la práctica el proceso terapéutico toma forma de conversación entre personas y el resultado de esta es la “realidad”. En el ámbito de la terapia Hoffman, Anderson y Goolishian se vuelven al construccionismo.

Las implicaciones derivadas del construccionismo social en la terapia, esencialmente son: romper con la relación de jerarquía del paciente-terapeuta; asumir que el terapeuta abandona la posición de experto y asume que sus análisis no son más valiosos que los del propio paciente, de esta forma se establece una relación en donde ambos son responsables y *co-construyen* nuevos significados a partir de las conversaciones. La terapia se orienta hacia la crítica literaria y a la hermenéutica. De este modo, el interés pasa del *contexto* de Bateson a *texto* de Derrida, metáfora fundamental para las nuevas orientaciones derivadas de esta forma de pensamiento (Bertrando y Toffanetti, 2004).

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

Los fundamentos teóricos que hemos revisado, fueron construyendo las bases de modelos clínicos que responden a la necesidad de mirar más allá del individuo. Como todos los métodos psicoterapéuticos existen diferencias internas entre el enfoque sistémico. Algunos son más directivos o estratégicos, otros se enriquecen de corrientes como el construccionismo social que ponen énfasis en la narración del cliente.

A continuación se presentan los modelos de intervención revisados a los largo de la formación académica de la Maestría, se revisan los antecedentes que dieron lugar a cada modelo, los fundamentos teóricos y la descripción de las intervenciones que cada uno emplea.

2.3.1. Modelo Estructural

“Los seres humanos somos como caracoles. Arrastramos nuestros caparazones de recuerdos, y somos esos recuerdos”, Minuchin, 1994.

2.3.1.1. Introducción y antecedentes del modelo

En este modelo los terapeutas de familia se centran en las interacciones y actividades de los miembros de la familia para determinar su organización o estructura. Los síntomas son considerados como consecuencia de las dificultades organizativas. Su autor el Dr. Salvador Minuchin, subraya cómo, cuándo y a quién, se refieren habitualmente los miembros de la familia para entender el problema.

Expone la importancia de reconocerse como terapeuta desde la propia familia, por ello en diversas obras habla de su historia personal y como ésta fue consolidando su estilo terapéutico. Minuchin creció en un *shtetl*, un pueblo enclave judío, en la Argentina rural, la comunidad judía que rodeaba a su familia permanecía unida. Creció como el mayor de tres hermanos, confiesa que aprendió a ser reflexivo y responsable de su padre y de su madre que la gente siempre necesita ayuda, con la idea de que cada uno es responsable de los demás. La lealtad a su familia, al clan, a los otros, forma parte de su experiencia cotidiana. El sentido de la jerarquía y la interdependencia fue fundamental para su crecimiento (Minuchin y Nichols, 1994).

A principios de la década de los 70's Salvador Minuchin y Edgar Auerswald trabajaron conjuntamente en un programa con delincuentes menores, posteriormente bajo la supervisión de Ackerman, iniciaron el programa “La dinámica de las familias pobres, con las familias portorriqueñas”, después viajó a Nueva York, donde se formó como psicoanalista.

Trabajo en terapia individual y familiar, sin embargo se fue concentrando cada vez más en la interacción de una persona con otras y ya no en la dinámica interior y la patología del individuo. Describe la importancia de no solo escuchar, sino también aprender a mirar esos códigos invisibles, señales compartidas que parecen movilizar a los miembros de la familia. El trabajo que realizó en equipo en Nueva York, permitió que visualizara la importancia de unirse con la familia y ganar su confianza.

Minuchin se unió con terapeutas con quienes colaboró para preparar a terapeutas familiares, entre ellos: Montalvo, Rosman y posteriormente con Haley, en el programa introdujeron una forma de supervisión on-line, donde las sesiones se llevaban a cabo en cámara de Gessell, por medio del teléfono el equipo de supervisión estaba en comunicación con el terapeuta. En ocasiones los supervisores detenían la terapia o salían de la misma para oír sus consejos (Sánchez, 2000).

El grupo tomó la alternativa denominada “*más acción y menos habla*” con técnicas de acción, role-playing, técnicas basadas en acciones para la casa o domicilio, así como otras completamente innovadoras, las que sirvieron para determinar el diagnóstico y el tratamiento. De esta forma Minuchin y sus colaboradores hicieron grandes aportaciones a la terapia con familias y llegó postular su Modelo Estructural.

Minuchin describe: “mi trabajo con familias en las que el contenido de la comunicación era a veces escaso e incluso inarticulado, pero con mensajes de relación siempre poderosos, dio forma a un estilo centrado en la relación, la distancia y la proximidad, las coaliciones y las alianzas” (Minuchin y Nichols, 1994). De este modo descubre que la conducta de los miembros de la familia estaba pautada y respondían de forma predecible.

El objetivo de la terapia familiar estructural, es reestructurar el sistema en la en que la familia lo perciba o resista, para funcionar de manera más efectiva o funcional, competente y cooperativa. Todo esto tiene también una orientación estratégica ya que el terapeuta ejerce y motiva los cambios en la estructura familiar. Sus metas se establecen en función de la acción, secuencia, comportamiento y actividades que se enfocan con el fin de obtener estos cambios.

2.3.1.2. Conceptos y fundamentos teóricos

La terapia estructural surge a mediados del siglo veinte y concibe al hombre como parte de su medio.

Tres axiomas principales (Minuchin, 2005):

1. La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno, influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción. El individuo que vive en el seno de una familia es miembro de un sistema social al que debe adaptarse, puede ser considerado como un subsistema, o parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta al conjunto.
2. Las modificaciones en estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
3. Cuando el terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema terapéutico en este caso, que gobierna la conducta de sus miembros.

El modelo estructural concibe a la familia como una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos:

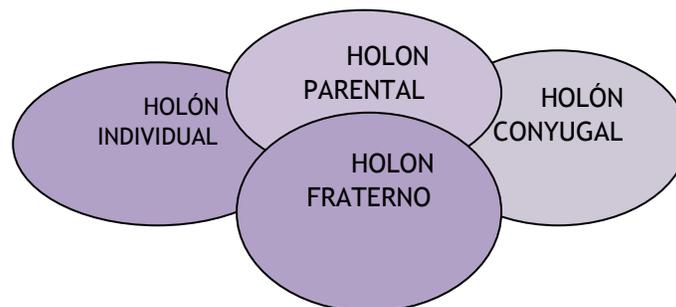
- uno interno, que es la protección psicosocial de sus miembros y,
- uno externo, la acomodación de una cultura y la transmisión de esta.

La familia se concibe como una matriz de identidad. Esta experiencia de identidad posee dos elementos: un sentimiento de identidad y uno de separación. El sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares, al igual que a través de la participación en grupos extrafamiliares. El sentido de identidad de cada individuo es influido por su pertenencia a diferentes grupos.

Aunque la familia es la matriz de desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. Es importante cuando se trabaja con familias examinar la complementariedad con la sociedad y ubicarla en el contexto socio histórico, ya que los conceptos de familia y sus funciones cambian en la medida en que la sociedad se modifica.

La familia está formada por *subsistemas u holones* que son parte y todo al mismo tiempo, no es más lo uno que lo otro y sin que una determinación sea incompatible con la otra ni entre en conflicto con ella (Minuchin, 1981). A continuación se muestra como están relacionados los holones o subsistemas familiares

Esquema 2.1. Interrelación de holones familiares



El siguiente cuadro explica las características de los holones según Minuchin (1981).

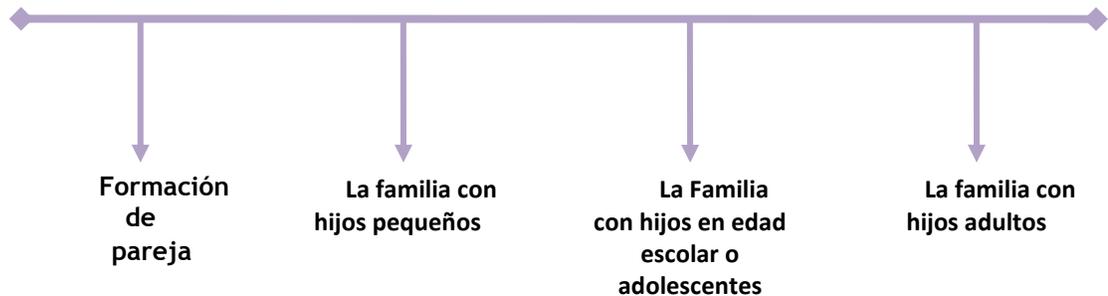
Cuadro 2.2 Holones familiares

Holón individual	Incluye el concepto de sí mismo en su contexto. Contiene los determinantes personales e históricos del individuo.
Holón Conyugal	Se conforma cuando dos individuos deciden formar una familia, es preciso que ambos concilien sus valores y expectativas implícitas y explícitas, esto es, perder individualidad pero ganado pertenencia. En este proceso se forma un sistema nuevo.
Holón parental.	Las interacciones incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización. Los hijos aprenderán de estas interacciones.
Holón fraterno	Los hermanos constituyen para un niño el primer grupo de iguales en que participa. Elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir, este proceso promueve un sentido de pertenencia.

La familia como sistema abierto y en constante transformación envía y recibe información de su medio y debe de adaptarse a las diferentes etapas de desarrollo. Las familias pueden entrar en crisis cuando cambia su estructura o por la etapa del ciclo vital por la que atraviesan, cuando esto ocurre, tiene que modificar sus pautas de interacción. Por ello, es importante que el terapeuta tome en cuenta la etapa en la que se encuentra la familia.

Al respecto, Salvador Minuchin, plantea cuatro etapas principales organizadas en torno al crecimiento de los hijos, por las que atraviesan las familias y pueden ser una guía para el terapeuta.

Esquema 2.2 Ciclo Vital Familiar



Etapas del Ciclo Vital

- Formación de la pareja: Se elaboran las pautas, se establecen las fronteras que regulan la relación con las familias de origen e interacción que constituyen la estructura del holón conyugal.
- Familias con hijos pequeños: El holón conyugal debe organizarse después de la llegada del primer hijo. Se necesita la colaboración de ambos padres para evitar que se formen coaliciones. Se debe alentar el crecimiento, sin perder el control.
- Familias con hijos en edad escolar: La familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo. Tendrá que desarrollar nuevas pautas. Con la adolescencia los temas de autonomía y control se tienen que negociar en todos los niveles.
- Familias con hijos adultos: Se elaboran las pautas de interacción que constituyen la estructura del holón conyugal. Se establecen las fronteras que regulan la relación con las familias de origen.

2.3.1.3. Practica del Modelo. Retomando el *segundo axioma* del modelo, el terapeuta tendrá que explorar la estructura familiar, se refiere a la forma de organización en la cual interactúan los miembros de la familia. Esta estructura describe las secuencias que pueden ser predecibles, e involucrará y establecerá reglas que rijan sus transacciones. La estructura familiar podrá ser evaluada por los parámetros de diagnóstico: jerarquías, límites, alianzas, coaliciones, territorio, geografía y los subsistemas, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 2.3 Parámetros del Diagnóstico Familiar

	Parámetros	Definición
ESTRUCTURA	Jerarquía	Se refiere a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema que marca subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro.
	Límites	<p>Están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera. Los límites protegen la diferenciación del sistema o subsistema. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento.</p> <p><i>Límites difusos:</i> algunas familias se vuelcan sobre ellas mismas, disminuyendo la distancia produciéndose que los límites se esfuman. La diferenciación del sistema familiar se hace difusa.</p> <p><i>Límites rígidos.</i> En estas familias, la comunicación entre los subsistemas es difícil y las funciones protectoras se ven así perjudicadas.</p> <p>Estos dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como aglutinamiento y desligamiento.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  <p>DESLIGADA LIMITES</p> </div> <p><i>Los límites claros.</i> Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias, al mismo tiempo deben permitir el contacto entre los miembros de un subsistema y los otros.</p>
	Alianzas	Designa una afinidad positiva entre dos elementos de un sistema. Las personas están unidas en una empresa, interés o conjunto de valores.
	Coaliciones	Dos personas se unen contra otra.
	Territorio	Corresponde al espacio que ocupa cada miembro de la familia, en tiempo y en lugar. Se pueden presentar dos polarizaciones; una cuando alguien de la familia ocupa demasiado espacio y la otra cuando un miembro de la familia se encuentra en la periferia.
	Geografía	Se refiere a la ubicación de la familia en el hogar, como duermen, comen, etc. Esto puede reflejar también en la manera de sentarse en las sesiones de terapia.
	Subsistemas	Los subsistemas, están formados por: generación, género, interés, función, etcétera. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que tiene distintos modelos de poder.

Cuando las familias llegan a terapia, el terapeuta realiza teorizaciones acerca de estas, teniendo conciencia de que debe de explorar la estructura familiar para poder comprenderla y sólo puede hacerlo cuando coparticipa en ella y va descubriendo las interacciones, su estructura y su contexto.

En la práctica clínica, el terapeuta tendrá que explorar la configuración familiar, lo que le dará mucha información para generar sus primeras hipótesis, sin embargo, la familia no es estática y

deberá de tener cuidado para no quedarse con la primera impresión y descubrir cuales son la interacciones familiares que rigen la danza familiar.

Adaptación de la familia. Uno de los pilares del modelo estructural es la adaptación que tiene que enfrentar la familia, que se encuentra sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas y a la presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre miembros familiares. El terapeuta tendrá que explorar la situación cambiante de la familia y sus miembros y de sus dificultades de acomodación. Las familias que acuden a terapia atraviesan por situaciones transicionales, están enfrentando dificultades para acomodarse a las nuevas situaciones y tareas.

El sistema familiar se expresa a través de *pautas transaccionales* cuyo funcionamiento se da con base en reglas acerca de quiénes son los que actúan, con quién y de qué forma; cuando se sobrepasan los índices de equilibrio familiar, es cuando puede presentarse el síntoma. En este caso el terapeuta se preguntará ¿cuáles son las interacciones que se dan dentro de una estructura específica que llevaron a una desviación tal, en la que el síntoma es “necesario” como un mecanismo regulatorio para que se mantenga la estabilidad familiar?

La familia que llega a terapia generalmente ya ha aplicado la etiqueta de “paciente identificado” a uno de sus miembros de la familia, que se cree tiene el problema.

El modelo estructural postula que el *síntoma* se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar a permanecer en el *status quo*. Esto no quiere decir que los estados homeostáticos sean nocivos en sí mismos, sino que comienzan a serlo cuando no dejan espacio para el crecimiento y el cambio necesario en el devenir vital de personas y familias.

Formación del Sistema Terapéutico. El modelo estructural postula como *tercer axioma* que, la conducta del terapeuta se debe de incluir cuando se trabaja con familia creando así un sistema terapéutico. En el modelo estructural el papel de terapeuta es activo. En un primer momento se “une” a la familia desde una posición de liderazgo; en un segundo momento se “desliga” y evalúa la estructura familiar subyacente y por último crea las circunstancias que permitirán transformar dicha estructura (Minuchin, 2005). En este sentido se habla de tres operaciones, unión, acomodamiento y coparticipación

1. *Unión:* pone el acento en las acciones del terapeuta tendientes directamente a relacionarse con los miembros de la familia o con el sistema familiar.

2. *Acomodamiento*: enfatiza las adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr una alianza, para aliarse acepta la organización y estilo de la familia y se funde con ellos. Este proceso no es unilateral, del mismo modo que el terapeuta se acomoda para unirse a la familia, también la familia debe acomodarse para unirse a él.

3. *Coparticipación*: es importante que el terapeuta se una a la familia dentro del sistema terapéutico. Minuchin enfatiza esta incorporación y describe la coparticipación como un elemento fundamental para poder realizar las intervenciones y lograr el cambio en la familia.

El terapeuta puede tener al alcance distintos recursos como son: utilizar recursos personales; emplear sus experiencias cuando trabaje con familias que ya estén en un estadio de desarrollo por el cual ya haya pasado y si no es el caso, puede ubicarse en una posición modesta para aprender de la familia. El terapeuta podrá coparticipar en una familia desde una posición cercana, intermedia o distante.

Cuadro 2.4. Posiciones de coparticipación en el proceso terapéutico

Coparticipación	Posición de cercanía.	El terapeuta coparticipa en la familia a través de la conformación, trata de comprender los lados fuertes y el sufrimiento de la familia, puede confirmarla desde una afirmación de que ha recibido su mensaje. Es importante que sepa integrarse, pero también desligarse una vez que se integro.
	Posición intermedia	El terapeuta realiza preguntas, rastreando información, al mismo tiempo pone a prueba nuevas formas de interacción. Se debe estar atento al lenguaje que emplean los miembros de la familia y tratar de utilizarlo al realizar las preguntas.
	Posición distante	El terapeuta se apoya en su condición de experto para generar en la familia una esperanza de cambio, puede lanzar desafíos a la familia, las escenificaciones son un ejemplo de cómo se puede emplear esta posición para trabajar con la familia.

Diagnóstico Estructural. El diagnóstico es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con su proceso de unión con la familia. Un diagnóstico familiar, requiere la acomodación del terapeuta a la familia para formar un sistema terapéutico seguido por la evaluación de sus experiencias de interacción de la familia en el presente.

Al evaluar las transacciones de la familia, el terapeuta se concentra en seis áreas fundamentales:

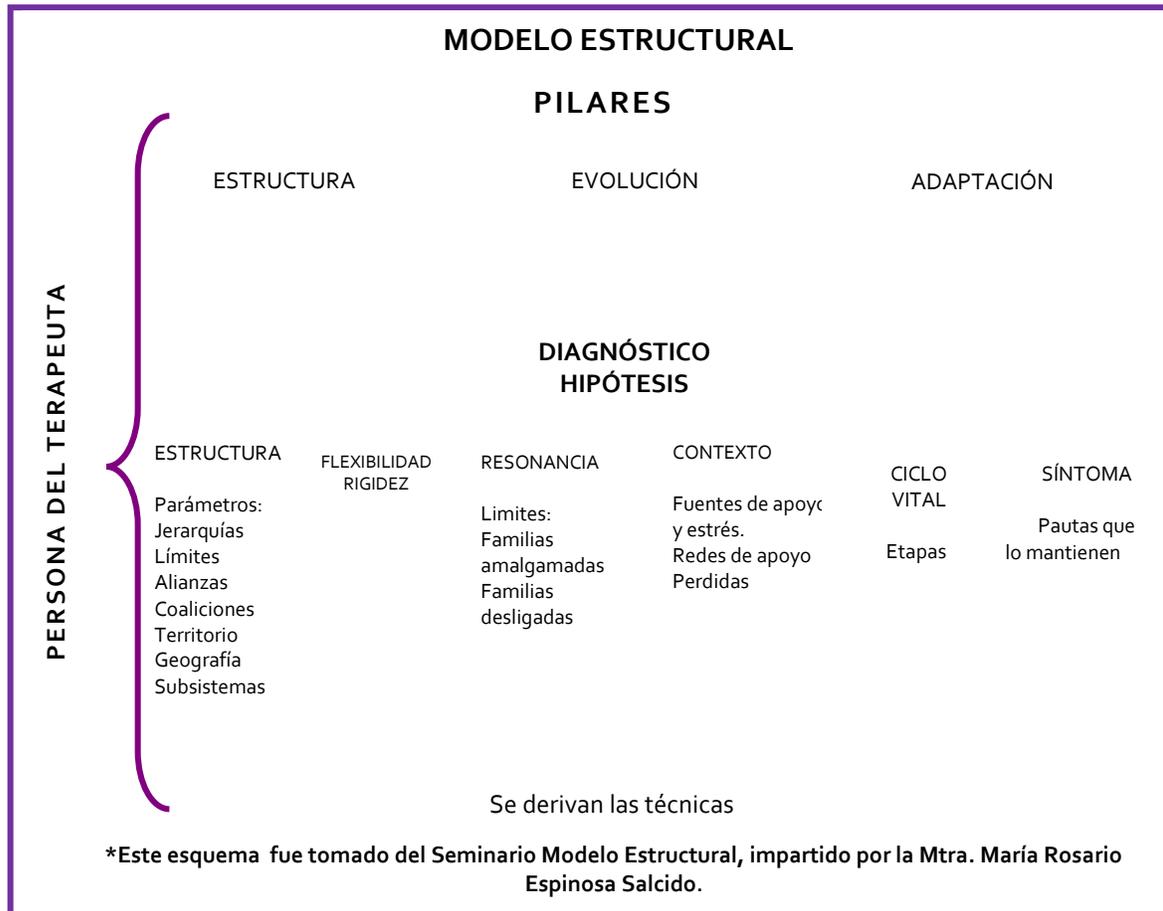
1. La estructura de la familia, sus pautas transaccionales preferidas y las alternativas disponibles.

2. La flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como lo revela la modificación de las alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas en respuesta a las circunstancias cambiantes.
3. La resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros.
4. El contexto de vida de la familia, analizando las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología familiar.
5. El estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a este.
6. Las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

Este diagnóstico se logra a través del proceso interaccional de unión, puesto que la estructura, flexibilidad, resonancia y posición del paciente identificado son invisibles y no se perciben hasta que el terapeuta se acomoda a la familia.

Hasta aquí, se han descrito los conceptos principales del modelo, bien vale la pena esquematizarlo como sigue:

Esquema 2.3 Conceptos principales del Modelo Estructural



2.3.1.3. Práctica del Modelo Estructural

Ahora bien, el Modelo Estructural plantea las siguientes estrategias para el cambio.

Estrategias para el cambio. Los terapeutas buscan cuestionar los aspectos disfuncionales de la homeostasis familiar. Las técnicas empleadas en terapia están encaminadas hacia el cambio, la eficacia de una técnica está en función de cómo se plantea y evalúa la meta terapéutica.

En la terapia estructural de familia existen tres estrategias que son: cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar.

Cuadro 2.5. Estrategias del Modelo Estructural

CUESTIONAMIENTO DEL SÍNTOMA	<p>Las familias que acuden a terapia han creado una concepción de que el problema está en un miembro de la familia. El terapeuta ingresa al sistema terapéutico bajo el supuesto de que la familia está equivocada, supone que el problema está en las pautas de interacción de todo el sistema familiar.</p> <p>El cuestionamiento puede ser directo o indirecto, explícito implícito, o paradójico. El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema.</p> <p>Las técnicas que están al servicio de esta estrategia son las escenificaciones, el enfoque y el logro de intensidad.</p>
CUESTIONAMIENTO DE LA ESTRUCTURA	<p>La concepción del mundo que tienen los miembros de la familia dependen de las posiciones que ocupan dentro de diferentes holones. Incrementar o disminuir la proximidad entre los miembros de holones significativos puede dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar, hasta entonces inhibidos por la participación en el subsistema.</p> <p>Las técnicas de que se dispone para esta estrategia son: la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.</p>
CUESTIONAMIENTO DE LA REALIDAD	<p>Los pacientes acuden a la terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construido. Por lo tanto todas las variedades de terapia se basan en el cuestionamiento de esos constructos.</p> <p>El terapeuta toma los datos que la familia le ofrece y los reorganiza, la realidad conflictiva y estereotipada de la familia recibe un encuadramiento nuevo, aparecen posibilidades nuevas por el hecho de que los miembros de la familia se vivencian a sí mismos y vivencian a las demás de manera diferente.</p> <p>Este tipo de reconstrucción puede producir una concepción nueva de la realidad, en la que se perciba de repente la posición de un cambio.</p>

2.3.1.4 Técnicas de Intervención

Reencuadre. Las familias crean cuadros donde cada uno representa un rol, al llegar a terapia el terapeuta tendrá que introducirse al sistema tomando en cuenta la realidad de la familia para crear la realidad terapéutica. Así, en la terapia encontraremos un choque de dos formas de encuadrar la realidad; la tarea del terapeuta consiste en convencer a los miembros de la familia de que el mapa de

la realidad que ellos han trazado, se puede ampliar o modificar. El cuestionamiento del síntoma se logra a través *del reencuadre*. *Las técnicas de escenificación, enfoque y obtención de intensidad, contribuyen al logro del encuadramiento terapéutico (Minuchin, 1981).*

- *Escenificación: el terapeuta le pide a la familia que interactúe dentro de la sesión, que discutan acerca de sus problemas y las formas de relacionarse; de este modo desencadena secuencias de pautas familiares y sus reglas. Las técnicas de escenificación se pueden lograr por medio de la danza de tres movimientos:*
 1. Interacciones espontáneas. Observa las interacciones espontáneas de la familia y decide los campos disfuncionales que conviene iluminar, puede solicitar a la familia que den los pasos habituales para resolver su problema, con esto pone en relieve sus interacciones disfuncionales.
 2. Provocar interacciones. Organiza secuencias escénicas en que los miembros de la familia bailan su danza disfuncional, actúa como director, él imparte directivas, asigna a los miembros de la familia nuevos papeles, nuevos roles. Esta técnica ayuda a que el terapeuta pueda tener un conocimiento más amplio acerca de cómo funciona la familia.
 3. Interacciones alternativas. Propone modalidades diferentes de interacción, se puede situar en la periferia de manera que los miembros de la familia interactúen entre sí, de esta forma el problema aparece pronto; encuadra ciertos sucesos que se han escenificado durante la sesión, los declara importantes y alienta a la familia a dar pasos para la solución aquí y ahora.
- *Enfoque: es común que el terapeuta sea inundado por datos, es preciso deslindar fronteras, destacar lados fuertes, señalar problemas e investigar funciones complementarias. Su tarea es seleccionar y organizar estos datos de forma que le confiera sentido en función de la meta terapéutica para el cambio. Para ello se elabora un tema para trabajar sobre él.*
- *Intensidad: El terapeuta tiene la tarea de hacer que su mensaje sea escuchado por la familia. En ocasiones, simples comunicaciones poseen la intensidad suficiente, mientras que otras situaciones requieren de crisis muy intensas. El mensaje terapéutico tiene que ser reconocido por los miembros de la familia, lo que significa que deben recibirlo de un modo que los aliente a experimentar cosas según modalidades nuevas, para ello puede recurrir a: la repetición del mensaje, repetición de interacciones isomórficas, la modificación del tiempo, cambio de distancia y resistencia la presión de la familia.*

Reestructuración. Las familias poseen un sentimiento de pertenencia, que en algunos casos es excesivo y su funcionamiento como individuos se subordina a la pertenencia de la familia, dando como consecuencia negativa que los miembros experimenten dificultades para desarrollarse como holones diferenciados. La tarea del terapeuta será interponerse en esas interacciones demasiado armoniosas diferenciando y delineando las fronteras de los holones a fin de fomentar la flexibilidad y el crecimiento.

En la terapia se cuestiona la estructura, por ello, es preciso que el terapeuta comprenda el desarrollo normal de la familia y el poder de las reglas de los holones.

Hay tres técnicas principales para cuestionar la estructura familiar:

- *Fronteras.* Las técnicas de fijación de fronteras están destinadas a modificar la participación de los miembros de diferentes holones.
- *Distancia psicológica:* en muchos casos la distribución con la que los miembros toman asiento es un indicador de las alianzas entre ellos. El terapeuta debe estar atento a las interacciones que se producen respecto a quien habla, quien interrumpe, quien completa frases, quien proporciona confirmación y quien ayuda. Cambiar las relaciones espaciales de los miembros de la familia es una técnica de fijación de fronteras que posee la ventaja de no ser verbal, ser clara y además intensa.
- *Duración de la interacción:* Extender o alargar un proceso, que es un modo de incrementar la intensidad, puede ser también un recurso para demarcar subsistemas o separarlos, puede valerse de tareas en casa para que la familia siga trabajando.
- *Desequilibramiento:* Tiene por objeto cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de los subsistemas. El terapeuta tendrá que usarse a sí mismo dentro del sistema terapéutico para cuestionar y modificar la distribución del poder. Todo cambio en la posición jerárquica produce un cambio en la perspectiva, lo que posibilita que descubran nuevas alternativas. Las técnicas de desequilibramiento se pueden agrupar, según las exigencias que planteen al terapeuta en materia de participación personal.
- *Alianza con miembros de la familia.* El terapeuta se alía con un miembro de la familia, para modificar su posición jerárquica dentro del sistema, enfocar a un miembro modifica la posición de todos los demás.

- Alianza alternante. La meta de esta técnica consiste en atribuir a cada subsistema pericias diferentes y complementarias; de este modo, en lugar de competir por la jerarquía dentro del mismo contexto, los miembros de la familia ensayaran nuevas modalidades de relación en un marco más amplio.
- Ignorar a miembros de la familia. El terapeuta habla y actúa como si ciertas personas fueran invisibles dentro del sistema familiar. Los miembros desconocidos se sienten cuestionados en su derecho de ser reconocidos, se rebelarán recurriendo a alguna modalidad de demanda o de ataque. Como esta técnica puede poner en peligro el sistema terapéutico, es preciso acompañarla con alguna modalidad de apoyo al miembro cuestionado.
- Coalición contra miembros de la familia. El terapeuta participa como miembro de una coalición contra uno o más miembros de la familia, para llevar adelante un enfrentamiento y utilizar su posición de poder como el perito de sistemas, y finalmente cuestionar la pericia de un miembro de la familia. El éxito de esta técnica exige que los miembros la familia acepten que esta transformación es valiosa en beneficio de toda la familia.
- *Complementariedad*: destinada a cuestionar la idea de jerarquía lineal. El terapeuta tendrá que guiar a la familia a que comprenda que todos los miembros son parte necesaria para mantenerlo, las acciones e interacciones de cada uno no son entidades independientes. El terapeuta tiene que cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos:
 - Cuestionamiento del problema: se cuestiona la certidumbre de que existe paciente individualizado.
 - Cuestionamiento del control lineal. El terapeuta cuestiona la idea de que un solo miembro de la familia puede controlar el sistema familiar; más bien cada persona es el contexto de las demás.
 - Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos. Se cuestiona la epistemología de la familia, introduciendo el concepto de tiempo ampliado y encuadrando la conducta individual como parte de un todo más vasto, así sus miembros pueden vislumbrar el hecho de que cada uno es una parte funcional y más o menos diferenciada de un todo. El terapeuta tiene que enseñarles a ver el conjunto de la danza.

Consolidación. La familia posee una estructura y un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. Todo cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo y todo cambio en la visión del mundo sustentada por la familia será seguido por un cambio en su estructura, incluidos los cambios en el uso del síntoma para el mantenimiento de la organización familiar. El terapeuta utilizará los hechos que la familia reconoce como verdaderos, pero a partir de ellos edificará un ordenamiento nuevo.

La concepción del mundo de la familia. La familia trae consigo una concepción de su realidad y el terapeuta debe entenderla primero, explorar como es que la ha construido y trabajar desde ahí, aunque no la comparta.

La elaboración de una concepción del mundo. Esta concepción del mundo validada socialmente encuadra a la realidad que encuadra a la persona. Los padres y otros significativos son los que imprimen en el individuo su concepción de la realidad.

Validación de una concepción del mundo. El modo en que la familia elabora su estructura es análogo al proceso por el cual la sociedad crea sus instituciones, lo es también la manera en que valida su estructura.

Cuestionamiento de la concepción del mundo. El núcleo básico del universo proporciona a los miembros de la familia la seguridad de habitar un territorio conocido. Por desdicha también les puede imponer limitaciones que no deberían de existir. El terapeuta procura presentar algunos de los diferentes universos parciales que se sitúan fuera del núcleo básico de universo de la familia, y que sus miembros ignoran.

- Construcciones. La familia ha construido su realidad presente en un proceso de organización de los hechos en que iba manteniendo sus ordenamientos institucionales, ella escogió un esquema explicativo preferencial. Este puede y debe ser cuestionado y modificado, lo que pondrá al alcance de la familia modalidades nuevas de interacción. Existen diversas técnicas para transmitir el mensaje de que la familia y sus miembros disponen de otras alternativas, además de sus modalidades predilectas de interacción. El objetivo es siempre convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma. Las técnicas para modificar la realidad de la familia se agrupan en tres categorías principales, estas son:
- Utilización de símbolos universales: El terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyara en una institución o en un acuerdo que rebasara el ámbito de la familia.

- Verdades familiares: El terapeuta presta atención a las justificaciones que la familia aduce para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para entender su funcionamiento, se vale de la fuerza de la familia para inaugurar una dirección diferente, empleara las metáforas que simbolizan su realidad como una construcción trasformándolas en un rótulo que señala la realidad de la familia e indica la dirección del cambio.
- Consejo profesional: el terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento y sabiduría. Usa frases, como: “he visto otros casos”, “en mi experiencia”, entre otras.
- Lados Fuertes. Las familias posee en su propia cultura elementos se pueden convertir en instrumentos que permiten actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros. Toda familia contiene elementos positivos, éstos se transmiten de la familia de origen a la nueva y ésta a la generación que sigue. Las familias acuden a un terapeuta especializado cuando están atascadas en una situación que demanda cambios cuya posibilidad ellas no advierten en su repertorio. En ese momento se concentran en las dificultades de uno de sus miembros y reducen la búsqueda de alternativas porque lo han definido como atípico. Su cosmovisión se ha cristalizado en la preocupación por la patología, si se cuestiona esta visión de las cosas y se enfocan las capacidades curativas contenidas en la familia, el resultado puede ser una transformación de la realidad apprehendida. Si el terapeuta amplía el enfoque de su sondeo, descubrirá que la familia posee alternativas que es posible movilizar.

Cuadro 2.6 Resumen de Técnicas

CUESTIONAMIENTO DEL SÍNTOMA	CUESTIONAMIENTO DE LA ESTRUCTURA	CUESTIONAMIENTO DE LA REALIDAD
Reencuadre	Reestructuración	Consolidación
<ul style="list-style-type: none"> • Escenificación: <ul style="list-style-type: none"> - Observa interacciones - Modalidades diferentes de interacción - Organiza secuencias escénicas • Enfoque: <ul style="list-style-type: none"> - Destaca algo de un todo. - Foco. • Intensidad: <ul style="list-style-type: none"> - Repetición del mensaje. - Repetición de interacciones isomórficas. - Modificación del tiempo. - Cambio de la distancia. - Resistencia a la presión de la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fronteras: <ul style="list-style-type: none"> - Distancia psicológica - Duración de la interacción • Desequilibrio: <ul style="list-style-type: none"> - Alianza con miembros de la familia. - Alianza alternante - Ignorar a miembros de la familia - Coalición contra miembros de la familia. • Complementariedad: <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionamiento del problema • Cuestionamiento del control lineal • Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos 	<ul style="list-style-type: none"> • Construcciones: <ul style="list-style-type: none"> - Símbolos universales - -Verdades familiares - -Consejo especializado • Lados fuertes

2.3.2. Modelo Estratégico

*“lo que hace que la terapia sea tan difícil ...
es que la vida es tan compleja
que tienes que diseñar una terapia
para cada caso” Haley*

2.3.2.1 Introducción y antecedentes del modelo

“Él me enseñó a aprender”, son las palabras que Haley (1976) emplea cuando se refiere a las influencias de Bateson. En 1953 comienza a trabajar en su equipo de investigación sobre la comunicación al lado de Weakland. En ese mismo año Erickson dio un seminario sobre hipnosis al que Haley acudió. Con Erickson se muestra en deuda pues toma su estilo terapéutico basado en las directivas. Minuchin y Montalvo influyeron en Haley en lo que respecta al trabajo con familias. Hoffman (1987) plantea que puede considerarse a Haley como una figura de transición entre la escuela estratégica y la estructural.

La terapia estratégica que floreció en la década de 1980 se centraba en tres grupos excepcionales y creativos: el Centro de Terapia Breve del MRI (Weakland, Watzlawick y Fish); Mara Selvini Palazzoli y sus colegas de Milán y naturalmente Jay Haley y sus colegas del Family Therapy Institute de Washington, D. C. Por otro lado el maestro Milton Erickson era una escuela en sí mismo. La terapia estratégica se hizo popular al ofrecer un sencillo marco de referencia para comprender porque las familias se quedan atascadas y un ingenioso conjunto de técnicas para ayudarlas a salir adelante (Haley, Richeport-Haley, 2006).

Podemos considerar que Haley fue el primero en acuñar el término de “estratégico”, para describir cualquier terapia en que el clínico diseña las intervenciones para cada problema.

Una de las premisas de este modelo es basarse en la idiosincrasia de las familias sin etiquetar conductas como patológicas. El objetivo es ayudar a los clientes a superar la crisis que presentan, no tratar de cambiar la psicodinámica ni la estructura familiar. La terapia estratégica se centra en lo que las personas deben hacer durante y fuera de las sesiones (Galicia, 2004). El terapeuta deberá ser muy flexible, pues si la técnica no funciona deberá modificarla y aplicar otra.

2.3.2.2.. Conceptos y Fundamentos Teóricos

“Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico diseña un enfoque particular para cada problema” (Haley,1980: 7). Una de las principales tareas del terapeuta en este modelo es identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y por último, evaluar el resultado de la terapia para

ver si ha sido eficaz. La terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la posibilidad de influir directamente en la persona (Haley, 1980).

Dado que una de las tareas del terapeuta es identificar problemas que sean solubles, es importante definir qué es un *problema*. Haley (1976), plantea que puede definirse en diferentes unidades sociales. Es un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra en esa secuencia reiterada de comportamientos. Un *síntoma* es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social. El hecho de pasar de una unidad individual a una social implica para el terapeuta, que se considere a sí mismo como parte de esa *unidad social*, puesto que él contribuye a definir el problema. El modo en que se clasifica un dilema humano puede cristalizar un problema y volverlo único.

Es importante considerar unidades sociales más amplias, no basta con la familia, sino también la realidad social en la que ésta se encuentra inmersa, pues hay que considerar la escuela, el trabajo, la comunidad y los amigos. La tarea del terapeuta es definir la unidad social que él puede cambiar para resolver así el problema que le presenta el cliente. Una vez aceptada la idea de que los problemas de un cliente incluyen el medio social y también al terapeuta, éste debe tener en cuenta las coaliciones en las que se ve envuelto al actuar (Haley 1980).

Organización y jerarquía. Haley analiza a la familia como una organización social que debe de ser vista en términos jerárquicos. La existencia de un orden jerárquico es inevitable porque está en la naturaleza misma de la organización. Vista en términos jerárquicos la organización familiar incluye personas de diferentes generaciones, de diferentes ingresos y de diferentes grados de inteligencia y destreza. Dichas líneas jerárquicas guardan relación con las múltiples funciones de una familia. La jerarquía más elemental involucra el límite generacional. Toda familia debe organizarse jerárquicamente elaborando reglas sobre quienes tendrán más poder o status. La manifestación de síntomas por parte de un individuo es señal que la organización en que vive tiene un ordenamiento jerárquico confuso (Haley, 1980).

Haley plantea que una organización social pelagra cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos, particularmente si son secretas. Si la coalición es ocasional no tiene importancia, pero cuando se reiteran una y otra vez, se trastorna la organización y los participantes experimentan una angustia subjetiva. Una de las tareas del terapeuta es distinguir coaliciones y jerarquías confusas para restablecer las jerarquías de poder, es decir, promover una jerarquía congruente (Haley, 1976).

Una secuencia de hechos puede delinearse observando paso a paso los hechos que ocurren dentro de una organización. El planteamiento fundamental de la terapia estratégica es cambiar las secuencias de hechos que acontecen entre personas dentro de un grupo organizado: cuando esa secuencia cambia, también experimentan un cambio los miembros del grupo (Haley, 1980).

La terapia estratégica según Haley (1985) concibe a la familia como una organización en la cual hay que establecer jerarquías congruentes, además de considerar que el problema tiene un contexto social. El objetivo del terapeuta es introducir una mayor complejidad en la vida de las personas, en tanto quiebra los ciclos repetitivos de conducta y genera nuevas alternativas. Su labor consiste en promover el cambio y en consecuencia, un comportamiento novedoso y a veces imprevisto.

2.3.2.3. Práctica del Modelo

Para Haley (1976) las intervenciones se comienzan desde el primer contacto con las familias, por lo que es importante considerar la entrevista como un proceso en el que se tienen que tomar en cuenta diversos momentos, por ello explica las fases de la entrevista y puntualiza algunos aspectos que a continuación se describen.

La primera entrevista. Para que una terapia termine adecuadamente debe comenzar adecuadamente, esto se hace estableciendo un “contrato” en relación a un problema resoluble y descubriendo la situación social que lo genera. El acto terapéutico inicia por la manera de examinar el problema. El acto de intervención saca a la luz los problemas y las pautas de relación a modificar. La primera entrevista puede durar media, una o varias horas, el terapeuta puede proponer enseguida un cambio, o quizá, proceder pausadamente y no solicitar de inmediato una acción.

En la primera entrevista es recomendable que se cite a todos los involucrados, es decir, a la unidad social, que pueden ser las personas que habitan el hogar, puede invitarse también a otros familiares, en su caso a otros profesionales. Aunque una vez iniciado el tratamiento el terapeuta puede querer entrevistar individualmente a los miembros de la familia con un propósito determinado, al principio es mejor conocer a quienes habitan el hogar, para captar rápidamente el problema y la situación social que lo genera (Haley, 1976).

Etapas de la primera entrevista: Una entrevista se inicia estableciendo un problema. En la llamada telefónica se recoge cierta información y el terapeuta cita a los miembros de la familia que habitan el hogar.

Cuando la familia se presenta a la entrevista, se suscitan las siguientes etapas:

1. *Etapasocial:* se saluda a la familia procurando que se sienta cómoda. El terapeuta deberá hacer que todos los miembros de la familia se sientan involucrados; observa el estado de ánimo de la familia, dato necesario para conseguir que cooperen en el cambio. A veces, al sentarse los miembros de la familia revelan su organización. Recoger información es importante para extraer “conclusiones provisionales”, estas no deben ser ideas fijas, si se pues quizá se malinterpreten los datos y se deberán modificar en el transcurso de la sesión (Haley, 1976).
2. *Etapade planteo del problema:* el propósito es indagar acerca del problema presentado. Lo habitual es que se les pregunte por qué han venido o que problema les aqueja. La pregunta en sí presenta dos aspectos: el modo en que el terapeuta la formula y a qué miembro de la familia va dirigida. El terapeuta no hará ninguna interpretación o comentario para ayudar al individuo a ver el problema bajo una perspectiva diferente, debe aceptar simplemente lo que dicen, aunque puede inquirir sobre un punto que le parezca confuso. En esta etapa todos deben tener la oportunidad de manifestarse. Mientras se inquiriere sobre el problema y se estimula a la persona a que el hable, el terapeuta debe observar cómo actúa y que dice cada uno de los entrevistados, sin comunicar jamás sus observaciones (Haley, 1976).
3. *Etapade interacción:* Esta etapa consiste en hacer que los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema. El terapeuta deberá dejar de ser el centro de la conversación, estimulará a los miembros de la familia a conversar entre sí en torno a sus discrepancias respecto al problema. La organización de la familia se observará en esta etapa y el terapeuta estará atento a mirar cómo se conducen entre sí; la conversación entre los miembros del grupo es útil para que el terapeuta repare en la clase de secuencia existente en la familia. La estructura de la familia saldrá a la luz si el terapeuta conduce correctamente la etapa de la interacción (Haley, 1976).
4. *Etapade fijación de metas:* se pide a la familia que especifique los cambios que desea lograr mediante la terapia. Esencialmente el terapeuta establece un contrato, entre más claro sea, tanto más organizada será la terapia. El problema que ha de ser resuelto será el que la familia desee solucionar, pero planteado de forma que se pueda resolver. La negociación debe incluir la manera de darle un carácter operacionalizable (Haley, 1976).

5. *Conclusión de la entrevista:* la primera entrevista debe concluir con la concertación de una nueva cita, lo cual puede plantear ciertas cuestiones. Una puede ser citar a alguien más a la terapia, e incluso si ya se obtuvo la suficiente información y se tiene idea de alguna directiva, se puede dejar una tarea para el hogar que la familia deberá de cumplir de una sesión a otra (Haley, 1976).

2.3.2.3.1. Intervenciones

Directivas. Toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la persona haga algo, en este sentido está impartiendo una directiva. Las directivas o tareas impartidas a los individuos y familias tienen varias finalidades:

1. El objetivo principal de la terapia es hacer que la gente se comporte de manera diferente, para que tenga así experiencias subjetivas diferentes. Las directivas son un medio de provocar esos cambios.
2. Se emplean para intensificar la relación entre clientes y terapeuta.
3. Se usan para obtener información.

Hay dos maneras de impartir directivas: 1) decirle a los clientes lo que deben hacer con el propósito de que lo cumplan, y 2) decírselo con el propósito de que *no* lo cumplan, o sea, de que cambien por vía de la rebelión. La primera forma comprende dos tipos de directivas: a) ordenarle a alguien que deje de hacer algo; b) pedirle que haga algo diferente. Para motivar a los miembros de una familia a que realicen una tarea, el terapeuta tendrá que convencerlos de que por su intermedio alcanzarán los objetivos individuales, recíprocos y familiares que ellos desean. Una vez motivadas las familias se pueden impartir directivas claras en las que participen todos los miembros de la familia.

Tareas metafóricas: el uso de analogías. La metáfora es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es la relación de analogía entre una cosa y otra. Frecuentemente, cuando un terapeuta quiere que los miembros de la familia modifiquen hace se conduzcan de un modo que sin ser el mismo, se le asemeje entonces se portarán “espontáneamente” como él quiere. Las metáforas no se expresan sólo con palabras también hay acciones metafóricas. La forma en que el terapeuta trate a los niños en el consultorio puede influir en el trato que les den sus padres, aún sin hacerles ninguna observación con su modo de actuar les está diciendo cómo hacerlo, sin dar importancia al asunto.

Tareas paradójicas. Se emplean cuando se desea que los miembros de la familia se resistan y de ese modo cambien. Este enfoque se basa en la idea de que algunas familias que acuden pidiendo ayuda rechazan la que se les brinda.

Etapas de la intervención paradójica.

1. Establecer el encuadre como una relación que se define como tendiente a provocar el cambio.
2. Definir claramente el problema.
3. Fijar objetivos con claridad.
4. Ofrecer un plan.
5. Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por “autoridad en la materia”.
6. Impartir la directiva paradójica.
7. Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual.
8. El terapeuta deberá evitar que se le acredite como un logro de él (Haley, 1976).

La técnica de ordalía. Ordalía significa no sólo “a juicio de Dios”, sino también experiencia penosa, prueba severa, prueba de fuego. Así, la técnica de ordalía más que una técnica es una teoría basada en la premisa: “si hacemos que a una persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo, esa persona renunciará a su síntoma.

La tarea del terapeuta consiste en imponer una ordalía adecuada para el problema que la persona desea cambiar y que sea a la vez más severa que ese problema. El requisito principal de una ordalía es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Las ordalías pueden proponer también hacer un sacrificio por otros, en segundo lugar, la ordalía debe ser algo que la persona pueda ejecutar y a la que no pueda poner objeciones válidas. Por último una ordalía terapéutica no debe causar daño al sujeto, ni a ninguna otra persona.

Haley (1997) plantea que hay casos en los que una persona debe pasar reiteradamente por una ordalía para curarse del síntoma, en otros, la simple amenaza de una ordalía bastará para curarla.

Una ordalía puede ser directa cuando el terapeuta explica claramente el problema y pide que cada vez que se presente la persona se someta a esa ordalía. Las ordalías pueden ser paradójicas cuando se alienta al cliente a tener el problema cuya solución ha venido buscar al consultorio.

Etapas de la terapia de ordalía

1. Debe definirse claramente el problema. Tiene que ser consecutiva sólo a la presencia de una angustia anormal.

2. La persona debe comprometerse a superar el problema.
3. Debe seleccionarse la ordalía. El diseño de la tarea deberá ser lo bastante severa como para superar el síntoma; sin ocasionar daño en el cliente.
4. La directiva debe impartirse acompañada de una explicación lógica.
5. La ordalía continúa hasta que se resuelve el problema.
6. Está inserta en un contexto social (Haley, 1997).

Otras técnicas del modelo estratégico

Aliento de la resistencia. Cuando se “acepta” la resistencia de un sujeto e incluso se alienta, el sujeto queda atrapado en una situación en donde su intento de resistir es definido como una conducta cooperativa. Así, una vez que está cooperando se lo puede desviar hacia una nueva conducta. Un ejemplo del uso de esta técnica lo da Erickson, en el caso de un cliente que acude por sus dolores de cabeza y éstos no tiene una causa física, Erickson “aceptará” el dolor de cabeza tal como aceptaría la resistencia hipnótica. El terapeuta se centrará en la necesidad del dolor de cabeza, pero su duración su frecuencia o su intensidad pueden variar hasta el punto de que el dolor desaparezca (Haley, 2003).

Aliento de una recaída. Cuando el cliente está mejorando y si lo está haciendo con demasiada rapidez se puede prescribir una recaída. Erickson utiliza como desafío una directiva, acepta la mejoría pero prescribirá una recaída. La única manera en que el cliente puede resistir es no tener una recaída y seguir mejorando.

Siembra de ideas. Cuando se trabaja con las familias se introducen o subraya ciertas ideas en la etapa de recolección de la información. Más adelante si la situación se presta, podrá construir sobre esas ideas (Haley, 2003).

2.3.2.4 Reflexiones éticas

El modelo estratégico resulta polémico para algunos, pues las intervenciones requieren que el terapeuta sea directivo, adoptando en ocasiones una postura severa, por tanto no está demás describir algunas consideraciones éticas del modelo que plantea Haley.

1. El terapeuta no causará daño. Sólo se utilizan procedimientos de terapia que el terapeuta esté dispuesto a experimentar el mismo o a que los experimentos su esposa y sus hijos.
2. No habrá etiquetas de diagnóstico que dañen la reputación social de una persona.
3. El terapeuta no pedirá a un cliente que emprenda alguna acción perjudicial, inmoral o ilegal, ni siquiera como intervención directiva o paradójica.
4. No se usará ninguna intervención de terapia que tenga sus orígenes en el deseo de venganza del terapeuta.
5. El terapeuta no habrá terapia con nadie a quien defina como incurable.
6. El terapeuta es responsable de los resultados de la terapia y no puede culpar de ellos a otras personas.
7. La terapia no se deberá confundir con la medicación usada para el control social.
8. El terapeuta no intentará hacer terapia en un contexto de control social, como un hospital psiquiátrico o una prisión, cuando el alta en libertad se situó en un futuro indefinido y no haya a un plan de terapia (Haley, 1997).

2.3.3. Terapia Breve Orientada a Problemas

“en un universo en el que todo es azul, el concepto de lo azul no puede desarrollarse, debido a la ausencia que sirva como contraste” Whorf

2.3.3.1. Introducción y antecedentes del modelo

El modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema fue propuesto por Paul Watzlawick, D. Jackson, John Weakland y Richard Fisch en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto California.

En 1958 se crea el Mental Research Institute y en 1962 concluye el Proyecto de Bateson, estos dos grandes eventos influyen de manera determinante en la Terapia Familiar, pues son el semillero de mentes brillantes que propondrán nuevas formas de conceptualizar los problemas y la manera de resolverlos en terapia. Es interesante ver como se entrelazan las personas y las ideas y van tejiendo la historia de una nueva concepción de la salud mental.

Con estos nuevos planteamientos la Terapia Breve de Palo Alto se desmarco completamente de una concepción de problemas patológicos y de la psiquiatría. Para este enfoque, la psicoterapia debe centrarse en el sufrimiento de la vida cotidiana, su tarea es orientar a los clientes a encontrar lo más rápido posible los medios para hacer un cambio (Wittezaele y García, 1994).

El proyecto de Terapia Breve inicia con el cometido de producir cambios rápidamente, por lo que se fijan 10 sesiones, lo que implico que el terapeuta fuera más activo y planificara intervenciones que consiguieran el objetivo. A este objetivo se agregan otros dos: transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros y estudiar los cambios de los sistemas familiares (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

2.3.3.2. Conceptos y fundamentos teóricos

El foco principal de la intervención en terapia breve consiste en interrumpir el círculo vicioso que se ha creado entre las soluciones intentadas por el paciente y la persistencia del problema. Se intenta entender "como funciona" el problema y no "por qué existe", lo que permite avanzar hacia intervenciones más rápidas y eficaces. Una vez que se consigue interrumpir el "más de lo mismo" se abre la vía hacia el verdadero cambio.

De acuerdo con el modelo los problemas de la familia se generan a través de las pautas de comunicación y toma como sinónimos, el comportamiento patológico y la comunicación patológica.

Los planteamientos del modelo se retoman a través de las siguientes teorías y conceptos:

Teoría de la comunicación. Fue desarrollada por Paul Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), uno de sus axiomas postula que toda comunicación interpersonal no es solo un intercambio de información sobre cierto tema, sino que además contiene un mensaje relativo a la relación existente entre las partes interactuantes. Esta segunda dimensión de la comunicación pertenece a un tipo lógico superior y constituye un modo de metacomunicación. Podemos decir que esta teoría postula también que los procesos de comunicación humana pueden dividirse en dos tipos, analógicos y digitales. Los procesos de comunicación digital no tienen similitud entre el signo expresado y su significado, es decir, entre un objeto y su nombre. En la relación analógica, existe una similitud fundamentalmente en lo que se expresa y el modo en que se expresa (Simon, Stierlin y Wynne, 2002).

Cibernética. El término cibernética fue acuñado por el matemático Norbert Wiener en 1948, para abarcar “todo el campo de la teoría del control y la comunicación, ya se trate de una máquina o animal”. En el ámbito de la terapia familiar las ideas procedentes de la cibernética cuestionaron el supuesto de la linealidad. En la cibernética se pueden distinguir dos fases, la primera se ocupa de cómo puede mantenerse la estabilidad de un sistema (homeostasis), la segunda se centro en las condiciones y necesidades del cambio y la creatividad (Simon, Stierlin y Wynne, 2002).

Teoría de los sistemas. Se ocupa de las funciones y reglas estructurales validas para todos los sistemas. Las premisas se basan en que un sistema en su conjunto es cualitativamente diferente de la suma de sus elementos individuales y “se comporta” de un modo distinto. Los sistemas tienen como características, la retroalimentación, el procesamiento y acumulación de la información, la adaptabilidad, la capacidad de autoorganización y la formulación de estrategias para la conducta propia del sistema (Simon, Stierlin y Wynne, 2002).

La teoría de grupos. El término grupo fue introducido por el matemático francés Évariste Galois, de acuerdo con esta teoría un grupo posee las siguientes propiedades:

1. Está compuesto por miembros, todos los cuales son iguales en cuanto a una característica común.

2. Se puede combinar a sus miembros en distinto orden y sin embargo, el resultado de la combinación sigue siendo el mismo.
3. Un grupo contiene un miembro de identidad.
4. Cada miembro tiene su recíproco u opuesto.

La teoría de los grupos nos da una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden darse dentro de un sistema que parece invariable (cambio 1), así también de los cambios que trascienden de un determinado sistema o trama de referencia (cambio 2) (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2003).

La Teoría de los Tipos Lógicos. Considera el concepto de colecciones de “cosas” unidas por una característica específica común a todas ellas. Los componentes de la totalidad son designados como *miembros*, mientras que la totalidad misma es denominada *clase* en lugar de grupo. Un axioma esencial de la teoría de los tipos lógicos es que cualquier cosa que comprenda o abarque a *todos* los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma. De los postulados de la teoría de los tipos lógicos se puede derivar por tanto dos importantes conclusiones:

1. Los niveles lógicos deben ser estrictamente separados a fin de evitar paradojas y confusiones.
2. Pasar de un nivel al inmediatamente superior (es decir: de un miembro a una clase) supone una mudanza o variación, un salto, una discontinuidad o transformación, es decir, un cambio, de la mayor importancia teórica y también práctica, ya que proporciona un cambio que conduce fuera de un sistema.

La teoría de los tipos lógicos nos proporciona una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que presentan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior (cambio 2).

2.3.3.3 Algunos Postulados

El modelo no pretende presentar la verdad o la realidad, sino una idea de su eficacia, es decir, su importancia se mide pragmáticamente por sus consecuencias. De acuerdo con los diferentes autores los postulados del modelo son: Espinosa (2004); Fish, Weakland y Segal, (1984); Selekman, (1996); Watzlawick, (2000) y Wittezaele y García (1994).

1. No busca causas históricas.
2. Se interesa activamente por la definición precisa de intervenciones que tienen como objetivo bloquear o interrumpir los circuitos considerados al terapeuta-observador.
3. No busca patología
4. No es normativo
5. Se trabaja con un solo problema por tratamiento, esta terapia tiene límites de tiempo, aproximadamente 10 sesiones por problema.
6. Las ventajas de este modelo, son sencillez, concreción.

De la dificultad al problema. En sus inicios los autores del modelo hacen una distinción importante entre lo que es una dificultad y un problema. Las *dificultades* son un estado de cosas indeseables que pueden resolverse mediante algún acto de sentido común (por lo general un cambio de tipo 1). Los *problemas* son callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles, crisis, etc., creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades. Existen fundamentalmente tres modos de enfocar mal las dificultades:

1. Las *terribles simplificaciones*, las personas quieren resolver un problema negando su complejidad, es decir, *es preciso actuar pero no se emprende la acción*.

2. El *síndrome de utopía*, es ver una solución donde no la hay, es decir, *se emprende una acción cuando no se debería emprender*.

3. Las *paradojas*, en estos casos se comete un error de tipificación lógica; se emprende un cambio de tipo 1 a un problema que requiere un cambio de tipo 2 o viceversa; *la acción es emprendida a un nivel lógico equivocado*, creando una situación insostenible.

2.3.3.4. *Práctica del Modelo*

La capacidad de maniobra del terapeuta. La actitud con la que se presentan los pacientes resulta diversa, se pueden mostrar colaboradores u obstaculizar el esfuerzo terapéutico, en la mayoría de los casos debido a su angustia o al temor de que el problema llegue a empeorar. El terapeuta debe ser capaz de poner en práctica lo que juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento, a esta libertad se le conoce como "*capacidad de maniobra del terapeuta*". Significa emprender acciones con un propósito definido a pesar de los obstáculos y mantener el control sobre

el tratamiento. En el siguiente cuadro se muestran algunos medios de los que el terapeuta puede valerse para aumentar su capacidad de maniobra.

Cuadro 2.7 Herramientas para aumentar la capacidad del terapeuta.

MEDIOS DE MANIOBRA PARA AUMENTAR LA CAPACIDAD DEL TERAPEUTA	
Oportunidad y ritmo	Se trata de ir dando pequeños pasos a lo largo del tratamiento y de ir al mismo tiempo evaluando la forma en la que el paciente admite cada uno de ellos. El terapeuta tiene que cambiar de rumbo apenas aparezcan indicios concretos de que la estrategia no funciona.
El tiempo necesario	El terapeuta no deberá tomar decisiones prematuras en relación al tratamiento.
El uso de un lenguaje condicional	El terapeuta debe cuidarse de no asumir una postura explícita antes de que haya tenido la información y el tiempo suficiente para decidir qué postura va a asumir y cuándo. El uso del lenguaje tentativo permite que su credibilidad no dependa del éxito o del fracaso de la intervención si no funciona, así puede disponer de tiempo para evaluar por qué no ha funcionado y diseñar una nueva estrategia. El terapeuta usa frases como: tal vez, quizá a usted le funcione, vamos a intentar en su caso, etc.
El cliente debe concretar	El terapeuta debe dirigir las preguntas a que el cliente concrete para obtener información que ayude al tratamiento y aumente su capacidad de maniobra
Actitud igualitaria	La relación terapeuta-paciente implica ya de por sí una situación en la que se da por supuesto que el primero tiene más poder que el segundo. Sin embargo, una actitud igualitaria servirá para no obstaculizar a los pacientes que se están dispuestos a cooperar; aunque también habrá ocasiones en las que el terapeuta necesitara asumir una postura de superioridad o de experto.
Sesiones individuales	Cuando se entrevista a los pacientes por separado el terapeuta posee la libertad de constituirse en abierta coalición con cada persona implicada pudiendo obtener así con más facilidad la colaboración de todos.

Después de revisar estas ideas se reconoce la importancia de que el terapeuta analice constantemente su actuación y la reacción de sus clientes, de esta forma su tarea será evaluar constantemente el curso de la terapia.

Otro aspecto importante a considerar es la identificación de los valores, creencias y prioridades de los clientes; identificar su postura, las palabras que emplea, el tono y énfasis con que se expresa, etc. contribuye a delinear las directrices del tratamiento. Es de importancia también precisar la definición de cliente y paciente, los autores marcan los siguientes aspectos:

1. *Cliente*: está buscando activamente la ayuda de un terapeuta; el cliente es alguien quien solicita ayuda.

2. *Paciente*: es aquel que el cliente define como la persona que necesita ayuda o tiene el problema, tratase de él mismo o de otra persona; puede ser un comprador fingido del tratamiento.

Según Watzlawick y sus colaboradores (2003), en el caso de los pacientes difíciles, podemos identificar:

1. El *comprador fingido*: inicia el tratamiento bajo coacción.
2. El *paciente restrictivo*: trata de imponer restricciones que les permita controlar el tratamiento, de aceptarse estas condiciones el terapeuta se limita para actuar de modo constructivo.

Los anteriores elementos contribuyen a lograr la brevedad en el tratamiento, a evitar la resistencia, al mismo tiempo que estimulan la colaboración del cliente.

La planificación del caso. Con el fin de lograr una terapia marcada en un lapso de de 10 sesiones se planifica de forma precisa las etapas de tratamiento poniendo especial atención a lo siguiente:

1. *Establecer el problema del cliente*: Es preciso tener una clara comprensión de la dolencia del cliente.
2. *Establecer la solución intentada por el cliente*: El problema se conserva gracias a los esfuerzos que el cliente y otras personas realizan, es necesario obtener una comprensión completa y exacta de qué ha hecho y continúa haciendo en busca de la solución. Se identifica el impulso básico para pasar a la siguiente fase.
3. *Decidir qué se debe evitar*: Es importante conocer qué se ha intentado y no ha dado resultado, de esta forma el terapeuta no contribuirá al mantenimiento del problema.
4. *Formular un enfoque estratégico*: Las estrategias efectivas suelen ser aquellas que se oponen al impulso básico del paciente apartándose en 180° de dicha dirección.
5. *Formular tácticas concretas*: El terapeuta ha de planificar sus intervenciones calculando qué acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada y qué acciones se incorporarían con mayor facilidad a la rutina propia del cliente

6. *Encuadrar la sugerencia en un contexto: “vender la tarea”*: Después que el terapeuta ha formulado la tarea que le corresponde realizar al cliente, necesita planear el modo de inducir a éste para aceptarla, adaptándola a la postura del cliente.
7. *Formular objetivos y evaluar resultados*. El objetivo terapéutico consiste en que el cliente deje de padecer su dolencia o al menos disminuya, de tal forma que declare estar completa o razonablemente satisfecho con el resultado del tratamiento

La entrevista inicial. La entrevista inicial es básica para la formulación del tratamiento, por lo que es fundamental recopilar información clara y precisa. La adecuada información constituye un requisito imprescindible para llevar a cabo un tratamiento breve pero efectivo, puesto que sirve como fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones. Se pueden considerar los siguientes puntos:

- *Definición del problema* :¿cómo es que se convirtió en un problema?, ¿cómo es que está afectando ahora?.
- *Intentos de solución*. ¿Qué ha hecho para resolver esto? ¿Qué han hecho los demás para ayudarlo? ¿Qué cosas ha intentado para solucionar?
- *Cambio mínimo*: ¿Cómo se daría cuenta de que algo ha empezado a cambiar?
- *Objetivos*: ¿Qué le gustaría lograr con la terapia?

2.3.3.4.1. *Técnicas de intervención*

La intervención del terapeuta debe girar en torno a dos vías: impidiendo que el cliente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema, rectificado la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento.

En este sentido el terapeuta planea intervenciones para lograr el cambio, éstas pueden incluir: redefiniciones, tareas, directas, paradójicas y en ocasiones también el uso de metáforas. Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2003).

Intervenciones principales. Se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación

concreta. Este tipo de intervenciones se dan dentro del contexto de cinco intentos básicos de solución:

1. *El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.* Pertenecen a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico. Normalmente el rendimiento de estas actividades es fluctuante, sin embargo, los pacientes potenciales definen dichas fluctuaciones como problema y se esfuerzan para eliminarlas, siendo que éste solo puede alcanzarse de modo espontáneo o “irreflexivo”.

- *La intervención del terapeuta.* Solicita al paciente renuncie a sus intentos de autoacción y deje de esforzarse demasiado enseñándole explícitamente una conducta que de por sí excluya la conducta que deseamos eliminar.

2. *El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Los pacientes suelen quejarse de estados de terror o de ansiedad. El impulso básico del paciente es dominar con antelación una tarea para no fracasar, lo que lo lleva a no enfrentarse nunca a ella.

- *La intervención del terapeuta.* Implica exponer al cliente al acontecimiento temido, con un dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole acabar la tarea con éxito. La venta de la tarea alude a la necesidad de aprender a superar los fracasos como única vía para saber qué hacer en esa situación.

3. *El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Los problemas vinculados con esta situación implican un conflicto interpersonal centrado en temas que requieren de mutua colaboración. La solución ensayada asume la forma de exigir a la otra parte que lo trate como si fuesen superiores.

- *La intervención del terapeuta.* Un modo de impedir la solución es hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, una posición de debilidad.

4. *El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* Se intenta conseguir espontaneidad mediante la premeditación, refleja una aversión a pedirle a otro individuo algo que le disguste o que exija determinado esfuerzo o sacrificio. Pedir abiertamente lo que uno desea es considerado como dictatorial, o como una intromisión perniciosa para la integridad de una persona.

- *La intervención del terapeuta.* Se fundamenta en la necesidad de hacer peticiones directas. El terapeuta puede agregar una persuasión adicional afirmando “quizás le estoy pidiendo

demasiado, pero me atrevo a hacerlo únicamente por la sensación de que usted está dispuesto a hacer sacrificios por su hijo”.

5. *La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.* En este caso se produce un reiterado conflicto entre dos personas en donde la persona A sospecha que B realiza un acto que ambos consideran equivocado. A vigila y acusa a B y B niega las acusaciones y se justifica, lo cual suele confirmar las sospechas de A. El juego se acabaría si una de las partes abandona su papel repetitivo.

- *La intervención del terapeuta.* Para el terapeuta la única forma en que el acusador puede 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.

Intervenciones generales. Estas poseen un ámbito de aplicación mucho mayor. Pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento y son lo bastante amplias para usarse en diversos problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema de cliente.

- *No apresurarse.* La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa: el cambio, aunque sea para mejor, exige una adaptación. “los cambios que se realizan lentamente y paso a paso son más sólidos que los que ocurren de modo demasiado repentino.
- *Los peligros de una mejoría.* Es una intervención adecuada cuando el paciente no ha realizado la tarea prescrita en la sesión anterior y en síntomas como la ansiedad. Se le pregunta al paciente si está en condiciones de reconocer peligros inherentes a la solución del problema. Si el paciente no responde, el terapeuta podrá exponer algún posible inconveniente, para el cliente o para alguien que se halle próximo a él, de la mejoría.
- *Un cambio de dirección.* Por “cambio de dirección” entendemos que 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 también se hace necesario cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero más tarde se muestra como no productivo.
- *Como empeorar el problema.* Se emplea cuando en las últimas entrevistas no se han producido cambios. El terapeuta manifiesta al paciente y a los componentes del sistema familiar que tanto él como su equipo no han sabido cómo ayudarles a mejorar el problema, pero que sin embargo si saben cómo podría empeorar. Educadamente y sin ninguna aspereza, se enumera de forma específica todo aquello que el paciente y su familia han hecho para solucionar el problema. Así subraya el papel activo del sujeto y sus familiares en la persistencia del síntoma.

-

2.3.4. Terapia Breve Centrada en Soluciones

*...creo que el lenguaje, lo que ocurre durante las entrevistas, es algo que evoluciona entre el consultante y el terapeuta. Para mí es muy importante la creación de fenómenos emergentes, algo similar a lo que Keeney llama "pautas de moare", elementos diferentes interrelacionándose y produciendo un resultado emergente.
Steve de Shazer.*

2.3.4.1. Introducción y antecedentes del modelo

El modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones se desarrolló a partir de la terapia Estratégica del MRI. El equipo evolucionó y dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja, para dedicarse a identificar lo que funcionaba a fin de amplificar secuencias de solución (de Shazer, 1989, 1986). Se plantea que la misma familia puede resolver el problema específico que le lleva a terapia utilizando sus propios recursos, como lo ha hecho en problemas anteriores. El objetivo del terapeuta es no ejercer coacción, sino trabajar conjuntamente con la familia en la solución específica.

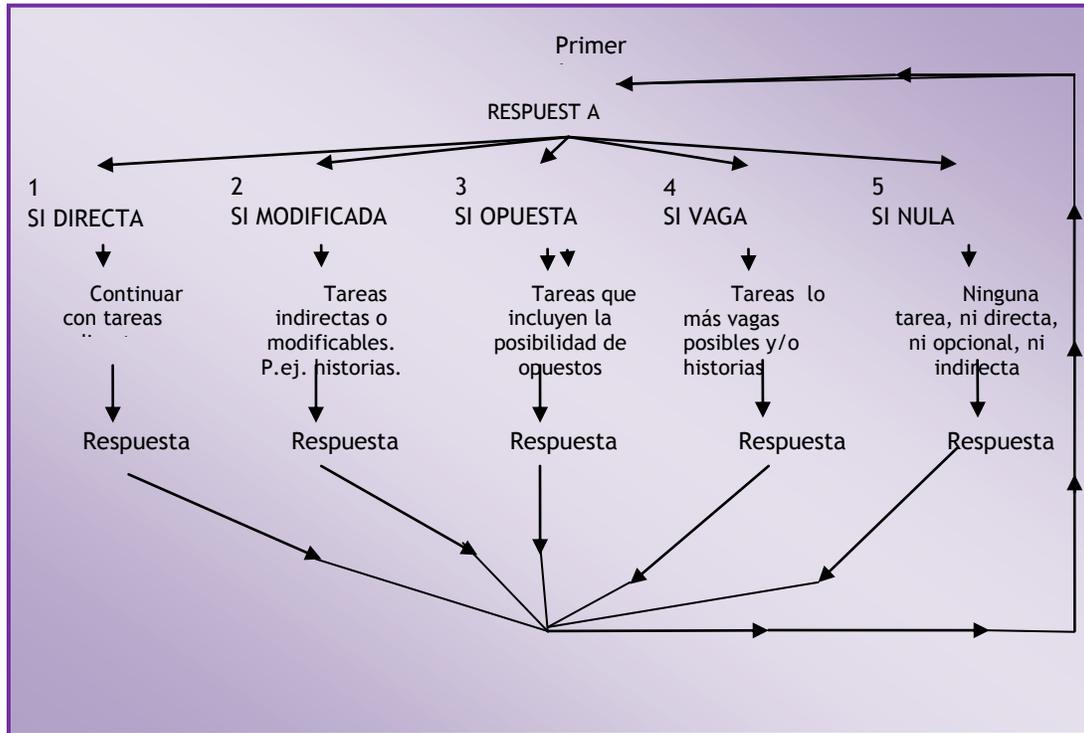
El enfoque de Terapia Breve Centrada Soluciones fue desarrollado por Steve de Shazer, quien desarrolla su trabajo desde 1978 en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee (BFTC). William H O'Hanlon y Michele Weiner-Davis, han contribuido enormemente a este modelo que se basa principalmente en las ideas terapéuticas de Milton Erickson y las ideas teóricas de Bateson.

La Terapia Breve Centrada en las Soluciones, se enfoca en identificar lo que funciona bien con el fin de ampliar estas secuencias de solución. El enfoque en soluciones toma de Erickson la idea de que los clientes buscan soluciones y no la explicación de su problema. Erickson criticaba el hecho de que se enfocaran las patologías más que las soluciones, creía que los pacientes tienen una estructura psíquica que les permite tener la capacidad de la solución y que el terapeuta deberá usar estos recursos de sus pacientes para cumplir los objetivos del tratamiento (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Un desarrollo interesante del grupo BFTC es su declaración de la muerte de la resistencia planteado por De Shazer (1984), desde este punto de vista la resistencia no existe, sobre todo si no la esperas. Se asume que los clientes quieren cambiar realmente. Es cierto que los clientes no siempre siguen las sugerencias del terapeuta, pero esto no se considera resistencia, cuando esto sucede, están simplemente enseñando a los terapeutas cuál es el método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar. Se asume que cada cliente tiene una forma única de cooperar y que la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esta forma de cooperación. Para ello se

desarrolla un árbol de decisión, que es una variación del “enfoque de utilización” de Erickson. El objetivo es graficar en mapa las secuencias de la interacción entre la respuesta informada del cliente a una tarea y la asignación de una tarea por el terapeuta.

Esquema 2.4 Árbol de decisión.



De Shazer y sus colegas construyeron el modelo bajo el supuesto de que los clientes cuentan con fuerzas y recursos para cambiar y de la idea de que ningún problema sucede todo el tiempo, es decir, que hay excepciones a la regla. Capitalizando las fuerzas y los recursos de los clientes y haciéndolos participar en “conversaciones sobre el cambio” (De Shazer, 1989).

La terapia evolucionó más allá de la orientación del aquí y el ahora, hacia una orientación hacia el futuro a la que no le interesa como surgieron los problemas, no incluso como se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán (O’Hanlon y Weiner, 1990).

2.3.4.2. Conceptos y fundamentos teóricos

Postulados principales. Es importante que conozcamos los postulados en los que se basa este modelo, pues a partir de ello se desarrollan las intervenciones y el terapeuta debe regirse por ellos durante todo el proceso, se enuncian a continuación:

1. *Énfasis en la salud mental*; éxito de los clientes en el manejo de sus problemas.
2. *Utilización*; se obtienen las fuerzas y recursos del cliente, necesarios para resolver el problema.
3. *Visión ateórica*; cada persona es diferente y el tratamiento también lo es.
4. *Parquedad*; economía de los medios terapéuticos.
5. *El cambio es inevitable*; los clientes no pueden dejar de cambiar. Se co-crean profecías positivas de autocumplimiento.
6. *Orientación hacia el presente y el futuro*; Se habla del problema en pasado y se proyecta un futuro en el que tiene éxito.
7. *Cooperación*; el cliente se ve como parte de la solución y está dispuesto a hacer algo respecto al problema (Selekman M. 1996).

Premisas de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones

1. *La resistencia no es un concepto útil*. La resistencia implica que el cliente no quiere cambiar y que el terapeuta está separado del sistema del paciente que está tratando; por el contrario, el terapeuta deberá enfocar cada caso desde una posición de cooperación entre éste y el paciente (De Shazer, 1989).
2. *La cooperación es inevitable*. Los terapeutas pueden adecuar sus preguntas y tareas a las pautas peculiares de respuesta cooperativa de los clientes, tendrán que usar todo lo que los clientes traen a terapia: sus fuerzas, recursos, palabras claves, creencias y conductas no verbales. Otra forma de fomentar la cooperación es la de poner rótulos positivos, esto ayuda a reducir las defensas del cliente.
3. *El cambio es constante*. El cambio es un proceso continuo y si el terapeuta supone el cambio en los clientes, esta expectativa influirá en su conducta. La creencia del terapeuta en la capacidad de su conducta es determinante para el éxito del tratamiento. En el contexto de la terapia breve resulta útil pensar *cuándo ocurrirá el cambio* en lugar de pensar si se *producirá*. Necesitamos co-crear con nuestros clientes profecías positivas de autocumplimiento. Centrarnos en las conversaciones sobre el cambio es más útil que centrarse en conversaciones sobre el problema.

4. *Sólo se necesita un pequeño cambio.* Erickson decía que los pequeños cambios desencadenaban otros mayores. Una vez que se estimula a los pacientes a valorar los cambios mínimos, es probable que realicen otros cambios. Las partes de los sistemas familiares están interconectadas de manera que un cambio pequeño en una parte del sistema repercute y produce cambios en las otras partes.
5. *Los clientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para resolver sus quejas.* Todas las personas ya disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver las quejas. Es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas (O'Hanlon y Weiner, 1990).
6. *La tarea del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.* Es fundamental centrarse en lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso y trabajar para ampliarlo.
7. *No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo.* En vez de información detallada sobre la queja, lo que es importante es lo que da buenos resultados. Los problemas no se presentan todo el tiempo. Este postulado da pie a las excepciones, parte fundamental en este modelo.
8. *No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.* Éste modelo no acepta la creencia de que en los individuos, relaciones, familias, los síntomas que ellos llaman "quejas" cumplan alguna función.
9. *Los clientes fijan los objetivos del tratamiento.* Una de las tareas como terapeutas consiste en negociar soluciones accesibles y objetivos de tratamiento que sean realistas, claros y concretos para evaluar cuando se han alcanzado.
10. *La realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la cocreación de la realidad del sistema terapéutico.* El terapeuta al unirse con el cliente forma un nuevo sistema, la construcción del problema del cliente se basará en nuestros mapas teóricos y en nuestras experiencias personales en mundo (De Shazer, 1986). En nuestras conversaciones con los clientes debemos interactuar de manera que introduzcamos diferencias significativas capaces de cuestionar creencias obsoletas y modificar pautas de conducta. De este modo el terapeuta y la familia pueden ser coautores de una historia que tiene una solución determinada.

11. *Existen muchas maneras de enfocar una situación pero ninguna es más “correcta” que las otras.* Para cada acontecimiento que sucede en el mundo, existen por lo menos dos o más explicaciones. Como terapeutas debemos procurar no aferrarnos demasiado a los modelos terapéuticos que hemos elegido.
12. *Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible y no puede tratarse.* Es importante centrarse en los aspectos susceptibles de cambio, sabiendo que iniciar cambios positivos y ayudar a la persona a conseguir pequeños objetivos puede tener cambios inesperados y más amplios en otras áreas (O’Hanlon y Weiner, 1990).

Objetivos de la Terapia Breve

En la terapia orientada hacia las soluciones son esencialmente tres los objetivos, se explican a continuación:

1. Cambiar la *“forma de actuar”* en la situación percibida como problemática. Un cambio en lo que hacen puede producir también un cambio en su marco de referencia. Los cambios en la *“forma de actuar”* ante la situación pueden generar recursos y capacidades nuevas u olvidadas.
2. Cambiar *“la forma de ver”* la situación percibida como problemática. Cambiar los marcos de referencia, de los clientes puede llevar a cambios en las acciones y a la estimulación de potencialidades y recursos no utilizados.
3. Evocar *“recursos, soluciones y capacidades”* que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática. Recordar a las personas sus recursos y fomentar estas fuerzas y capacidades puede llevar a cambios en sus acciones y en sus puntos de vista (O’Hanlon y Weiner, 1990).

2.3.4.3. Práctica del modelo

Herramientas de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones.

O’Hanlon y Weiner (1990).postulan como parte fundamental en la construcción de la realidad terapéutica es el *lenguaje*, pues ofrece la posibilidad de solidificar ciertos puntos de vista acerca de la

realidad, o bien puede ser un instrumento para cuestionar certezas inútiles. El terapeuta está continuamente *adaptándose al lenguaje del cliente*, usa sus palabras, sus metáforas y expresiones, como una forma de unirse a ellos y establecer el rapport. El terapeuta debe de eliminar de su propio lenguaje las etiquetas o los rótulos negativos, pues no nos sirven de nada y cuando detecte que el cliente emplea, deberá transformarlos en descripciones de acciones que puedan ser medibles y visibles para el cliente, de esta forma también normalizará las percepciones de los clientes.

El empleo del *lenguaje presuposicional* es pilar de este modelo, las presuposiciones son formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente. El terapeuta puede usar presuposiciones para introducir ideas de cambio, por ejemplo la pregunta “¿qué será diferente en tu vida cuando la terapia tenga éxito?” no está solamente pidiendo información sino que también está introduciendo implícitamente la idea de que la terapia tendrá éxito. Si se pregunta ¿qué te trae por aquí? No se presupone la existencia de un problema.

Asimismo, la utilización de los tiempos verbales tiene un papel importante en la creación de un contexto en el que se produzca el cambio. La entrevista se puede emplear para crear una distinción entre lo que sucedía antes y todo lo que viene. Usamos intencionalmente términos de posibilidad en vez de términos definitivos para poner en duda las certezas poco útiles que mantienen los clientes. La realidad terapéutica que se está creando continuamente ha hecho aceptable e incluso palpable la posibilidad de éxito.

Otra herramienta importante en la Terapia Centrada en Soluciones es *adoptar la modalidad sensorial del cliente*, Bandler y Grinder (1979, citado en O’Hanlon y Weiner, 1990) plantearon una técnica que implica hacer corresponder los verbos y predicados de la gente con las modalidades sensoriales que están usando. Identificaron que algunas personas emplean palabras orientadas visualmente, por ejemplo, “veo lo que quieres decir”, otras auditivas como “suena bien”; una tercera categoría la componen las palabras referidas a sensaciones por ejemplo “a veces siento como si fuera a explotar”. Si el terapeuta logra identificar la modalidad sensorial del cliente y a partir de ésta orienta sus intervenciones, tendrá mayor impacto.

Emplear los recursos del cliente es otra herramienta, el terapeuta asume que el cliente tiene fuerzas y recursos para resolver su queja. Un objetivo trascendental es crear un contexto en el que nuestros clientes se sientan mejor preparados para resolver sus dificultades que cuando entraron a nuestro consultorio. Es tarea del terapeuta crear una atmósfera que facilite que se den cuenta de sus fuerzas y capacidades.

Para lograr los objetivos de la terapia una tarea fundamental es *identificar y ampliar el cambio*, el terapeuta se centra en que el cambio es constante, es importante centrarse en lo que parece estar funcionando, calificarlo como valioso y trabajar para ampliarlo.

Otro elemento importante a la hora de trabajar en equipos es realizar una *pausa*, que sirve para que el terapeuta y el equipo se reúnan, compartan ideas y decidan qué aspectos de la entrevista merecen ser destacados durante el feedback. Al separar los mensajes que se les dan a los clientes, del resto de la sesión, es visto como algo importante y concluyente. El “veredicto” es un resumen de las cosas bien hechas, a través de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, finalmente se da una prescripción o tarea (De Shazer, 1989).

Es importante aprovechar cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas. El empleo de *elogios* cuando oímos que el cliente está haciendo algo que es positivo o promueve soluciones es una herramienta fundamental para promover el cambio. Al proporcionar feedback, el terapeuta señala a los clientes lo que ya han hecho para empezar a resolver el problema. Saber lo que no hay que hacer para evitar tener un problema es también algo que vale la pena comentar en ese momento.

Otra forma de feedback positivo es el uso de la *reestructuración o connotación positiva*. A veces, cuando ha sido difícil encontrar excepciones al problema durante la sesión, pueden alterarse aún los puntos de vista de los clientes sobre la situación dando un nuevo significado a la descripción del problema. Esto puede conseguirse a través de la connotación positiva, es decir, adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas.

2.3.4.3. Intervenciones

La primera entrevista. De Shazer (1989) plantea que el terapeuta deberá crear un clima propicio para el cambio, para lograrlo tendrá varias tareas durante la sesión:

1. Explicar el formato de la sesión. En esta fase, se obtiene el consentimiento para grabar si es el caso y se establece el encuadre terapéutico.
2. Establecer el rapport. Aquí el terapeuta pide a los miembros de la familia hablen de sus aficiones, fuerzas y talentos personales, de esta forma se conoce a la familia y esta información se usa a lo largo del proceso terapéutico.

3. Evaluar la clientela: De Shazer distingue tres modelos diferentes en la relación terapeuta-familia: los visitantes, los demandantes y los clientes.
 - Visitantes: son derivados a terapia por alguien o alguna institución.
 - Demandantes: Se preocupan mucho por ciertos aspectos de la conducta del paciente; sin embargo, no se consideran parte del proceso de resolución del problema.
 - Clientes: es la persona que se presenta a terapia y desea trabajar con el terapeuta para resolver un problema específico.
4. Realizar entrevistas sistémicas con propósito determinado. El terapeuta formula preguntas con un propósito determinado, evaluando cuidadosamente las pautas peculiares de respuesta cooperativa de la familia y adecuando las preguntas a dichas pautas.

Los lineamientos generales de la primera sesión implican:

- Realizar *tareas de unión* que incluyen saludar y charlar de cosas distintas al motivo de consulta. El objetivo es mostrar un interés genuino por ellos y ayudarles a que se sientan cómodos. La cantidad de tiempo que se dedica a esta fase depende de la rapidez con la que los clientes parezcan soltarse.
- Establecer una breve *descripción del problema*, tras ello hacemos una serie de preguntas diseñadas para extraer información sobre las excepciones al problema: las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, las fuerzas y recursos de las persona.
- Identificar excepciones al problema, éstas ofrecen información acerca de lo que necesita para resolver el problema, se pueden desenterrar soluciones examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no, con frecuencia simplemente los clientes necesitan hacer las cosas que ya les han resultado hasta el problema deje de existir. Una pregunta que puede ser útil, es la que va encaminada a encontrar cambios incluso antes de la primera sesión, se puede preguntar: Muchas veces entre la llamada para pedir consulta y la primera sesión, las personas notan que las cosas ya parecen diferentes. ¿Qué has observado en tu situación?, ¿Están estos cambios en el área del problema? ¿Es éste tipo de cambios que te gustaría que siguieran ocurriendo?
- Mantener el enfoque hacia las excepciones del problema.

Preguntas como intervención.

Las preguntas están diseñadas para funcionar como intervención, con ellas intentamos influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndonos a las soluciones; reflexionar sobre estas preguntas ayuda a los clientes a considerar sus situación desde varias perspectivas.

- *Preguntas presuposicionales.* Van encaminadas hacia respuestas que promueven los recursos y los enriquecen, al contestar a esas preguntas, los clientes tienen que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable. A la hora de construir estas preguntas es importante que sean abiertas, por ejemplo ¿qué cosas positivas sucedieron? ¿Qué cosas has hecho antes que te funcionaron?
- *Pregunta de la excepción.* La terapia centrada en soluciones puede entenderse como un método para generar excepciones, marcarlas, ampliarlas y atribuir el control hasta que desaparezca el problema. Algunos ejemplos de preguntas son los siguientes: ¿Qué es diferente en las ocasiones en que no se da el problema? ¿Cómo conseguiste que sucediera?, ¿De qué manera el que (ocurre la excepción) hace que las cosas vayan de otra forma?, ¿Quién más advirtió que____,? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta?. Una vez que los clientes identifican soluciones del pasado, preguntamos ¿qué tendrías que hacer para conseguir que eso sucediera de nuevo? a cierto nivel, estamos preguntando si la situación ha cambiado de tal demás forma que habría obstáculos para volver a aplicar la solución.
- *Preguntas escala.* Sirven para obtener una medición cuantitativa del problema antes del tratamiento y en el presente, además de evaluar donde desearían colocarse los miembros de la familia al cabo de una semana. Una vez que los clientes identifiquen el número al que les gustaría llegar el terapeuta preguntará qué cosas tendrán que hacer para conseguirlo, de esta forma se concretizan acciones y se van estableciendo objetivos que son medibles y fácilmente de identificar cuando se haya alcanzado.
- *Preguntas de avance rápido (orientación al futuro).* Cuando no se pueden recordar excepciones y no parece haber soluciones presentes de las que sacar partido, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas al futuro. Las preguntas de avance rápido resultan hipnóticas cuando el terapeuta asume que el problema se ha resuelto y pregunta respecto a los cambios que se producirán como resultado de ello. Por ejemplo: ¿En que será diferente su vida? ¿Quién será el primero en darse cuenta?, ¿qué dirá?, ¿Cómo responderás?.

- *Pregunta del milagro.* Se emplea como instrumento eficaz para construir con los clientes objetivos bien formados, además de romper el encuadre que los clientes hacen de su situación y los sitúa en un futuro diferente. Consiste en decirle al cliente “Supón que una noche, mientras duermes, hubiera un milagro y el problema se resolviera. ¿Cómo te darías cuenta? ¿Qué es diferente?” ¿Qué cosas sucederían diferentes a las de antes? (de Shazer, 1988:5). De esta forma el terapeuta recibe directrices e información concreta para ayudar al cliente para encaminarse a un futuro más satisfactorio.

Tareas

- *Tarea de la primera sesión,* consiste en solicitarle al cliente que esté atento a los cambios que ocurre en el área familiar, vida, matrimonio o relación, que quiere que continúe ocurriendo. Es útil para centrar la atención en el futuro y crear expectativas para el cambio, orientarlo a lo que va bien.
- *Tarea de la sorpresa para parejas o familias,* consiste en pedir al cliente que haga cosas que sorprendan al otro y la tarea consiste en adivinar lo que está haciendo.
- *Tarea genérica.* Se emplea cuando los clientes han descrito su objetivo, se diseña una intervención que cree la expectativa de cambio.

Intervención sobre patrones, el efecto mariposa. En las situaciones aparentemente aleatorias y complejas existen patrones subyacentes que las organizan. En el mundo las cosas en realidad están cambiando y variando constantemente. Los problemas que las personas llevan a terapia no son cosas, sino patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. Estas pautas son muy susceptibles de cambiar. Las situaciones o contextos que rodean a estos patrones forman parte del patrón (O’Hanlon, 1982;1986; O Hanlon y Wilk, 1987).

Intervención sobre el patrón de la queja. Los clientes acuden a terapia con una queja (lo que algunos llaman síntoma o problema) que quieren modificar, la forma más directa de intervenir es sobre el contexto de la queja. El terapeuta hace que él/los clientes introduzcan alguna modificación pequeña o insignificante.

En la siguiente lista se resumen una serie de intervenciones que se pueden usar en este campo, con un ejemplo para ilustrar el cambio de patrones.

1. Cambiar la frecuencia o tasa de la queja.
2. Cambiar el tiempo de ejecución de la queja.

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

Intervención sobre el patrón del contexto. La tarea principal consiste en descubrir las pautas de acción e interacción que rodean la queja y modificarlas. Esto incluye aspectos tales como quién está presente cuando se le da queja y lo que otros (no implicados directamente) dicen o hacen respecto a la queja.

Ampliar y mantener el cambio. Es importante mantener la prescripción para el cambio más allá de la primer sesión, en la segunda sesión y las subsecuentes se puede iniciar con una pregunta presuposicional como ¿Qué ha sucedido que te gustaría que siguiera sucediendo?. Nuestra pregunta inicial expresa nuestra certeza de que han hecho la tarea y han sucedido cosas buenas, las preguntas más específicas llevan a los clientes por caminos más productivos. Para ampliar los cambios se emplean verbos en pasado cuando se investigan las diferencias entre las cosas positivas que sucedieron entre la primera y la segunda sesión y las ocasiones del pasado en las que solía darse el problema ¿cómo conseguiste que sucediera?, ¿de qué forma hizo esto que las cosas fueran de otra manera?, ¿quién más se dio cuenta de que las cosas iban bien?.

2.3.5. Modelo de Terapia Familiar Sistémica de Milán

“El terapeuta debe enfrentarse a su propia y decisiva transformación” Selvini Palazzoli.

2.3.5.1. Antecedentes del Modelo

El modelo sistémico del enfoque milanés ha evolucionado a lo largo del tiempo, en un inicio recurrió al enfoque estratégico-sistémico utilizado en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, en el periodo de 1971-1975; posteriormente surge el enfoque sistémico de Milán, de 1975 a 1985 y luego, este modelo se enriquece con las contribuciones del constructivismo y de la cibernética de orden segundo y después por el construccionismo, la narrativa y hermenéutica; agrega también el concepto “epigenético” (Boscolo y Bertrando; 2006, Bertrando y Toffanetti, 2004). Por ello se describe el modelo tomando en cuenta el primer periodo con la conformación del Primer Grupo de Milán y posteriormente el segundo periodo marcado por la separación del equipo.

2.3.5.2. Primer periodo. El grupo de Milán

A finales de los años 70’s Mara Selvini de formación psicoanalista, trabajo varios años con niños anoréxicos, sin embargo, no estaba del todo convencida con los resultados obtenidos. En ese tiempo es influenciada por las ideas de Bateson, Jackson, Haley y Watzlawick, de la Escuela de Palo Alto (Hoffman, 1987). En 1967 funda el Instituto de la Familia en Milán, e invita a colaborar a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Jualiana Prata, con quienes trabajo cerca de diez años con los conceptos del enfoque sistémico.

El grupo de Milán trabajo con familias con miembros psicóticos, las ideas de Bateson y su teoría del doble vínculo fueron fundamentales para la comprensión del síntoma psicótico, basándose en las paradojas emergentes de la confusión de niveles lógicos (Boscolo y Bertrando, 2006). Los resultados de su trabajo fueron publicados en 1975 en el libro *Paradoja y contraparadoja*, se trata de una investigación acerca de las raíces relacionales de los grandes trastornos mentales, incluida la esquizofrenia (Bertrando y Toffanetti, 2004). Se describe la forma de trabajo y señalan una serie de patrones rígidos y repetitivos en las interacciones familiares que llaman *juegos*. La parte teórica es una reelaboración de las ideas de Bateson, Haley y Jackson, en la tentativa de definir un juego relacional (Selvini, 1990).

2.3.5.2.1. Conceptos y fundamentos teóricos

El equipo formula la hipótesis de que las familias que presentan conductas que tradicionalmente se diagnosticaban como patológicas en uno o más de sus miembros, se rigen por relaciones y normas peculiares de este tipo y las conductas ya sean comunicación o respuesta tendrían características que permiten mantener las reglas y por tanto las relaciones patológicas. De estas ideas se desprende que, para poder influir sobre las conductas sintomáticas se deben cambiar las reglas. Los resultados de las investigaciones del Grupo de Milán demostraron que cuando se logra descubrir y cambiar la *regla fundamental*, se puede obtener rápidamente la desaparición del comportamiento patológico (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1988).

Se considera que la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. El objetivo terapéutico es cambiar las reglas, puesto que es la única forma de influir sobre los síntomas en el sentido del cambio. Los resultados del equipo confirman que cuando se logra descubrir y cambiar la regla fundamental, se puede obtener rápidamente la desaparición del comportamiento patológico (Selvini y cols, 1988).

Una idea importante es la de "*juego familiar*" que engloba las relaciones del sistema familiar, las creencias que tienen los unos de los otros, de sí mismo y de la familia en conjunto. El juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores y creencias. La tarea del terapeuta es conocer cuál es el juego familiar y alterarlo cambiando reglas rígidas por otras más flexibles y complejas (Selvini, y cols, 1988).

El libro de Bateson "Pasos hacia una ecología de la mente", publicado en 1975, abre nuevos horizontes, el grupo busca llevar la epistemología cibernética de Bateson al trabajo clínico, este acontecimiento provoca grandes cambios, enriquece y modifica su praxis terapéutica y los lleva a plantear tres principios para la conducción de las sesiones, que se describen en la publicación de "Hypothesizing-circularity.neutrality" en 1980, con ello pasan del descubrimiento del juego a la creación de una hipótesis, para lo cual introduce en la entrevista información y estructura en el sistema familiar (Boscolo y Bertrando, 2006). Esta obra es sin duda la más importante del grupo y sugiere una nueva escuela en la terapia familiar. A continuación se describen los conceptos centrales.

Hipótesis. Partiendo de la etimología griega, *hipótesis* significa lo que está debajo, es decir, la propuesta que sirve de base para una construcción conceptual, o sea el conjunto de fenómenos provocados durante la sesión para verificarla a posteriori definen a esta actividad como experimental.

La hipótesis tiene como función esencial proporcionar una guía para tener nuevas informaciones que la confirmarán, refutarán, o modificarán. El proceso de elaborar hipótesis es constante, por ello lo definen como hipotetización.

Un punto fundamental es que la *hipótesis debe ser sistémica*, es decir, incluirá a todos los componentes de la familia; proporcionando una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional. Ingresar a una sesión con una hipótesis ya construida permite: que los terapeutas tomen la iniciativa, actúen con orden, controlen, interrumpan, guíen y provoquen transacciones, evitando ahogarse en un mar de charlas desprovistas de valor informativo (Selvini y cols. 1980; Selvini, 1990)

Circularidad. Es la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de las retroalimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones, que el mismo exige acerca de las relaciones y por ende, de las diferencias y los cambios. Es pues, la conciencia o la convicción de poder obtener de la familia (y por consiguiente dar a la familia) informaciones auténticas si se trabaja con estos fundamentos:

- La información es una diferencia
- La diferencia es una relación (o un cambio de relación)

Todo miembro de la familia será invitado a cómo ve la relación entre otros dos miembros, esto es, indagar de qué modo ve el tercero una relación diádica (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

Neutralidad. Es el efecto pragmático concreto que la totalidad de sus conductas, durante la coordinación ejercen en la familia. Reside en una serie de alianzas sucesivas, en las que el terapeuta se alía a todos y a ninguno a la vez. Existe el riesgo de que el terapeuta se vea envuelto en coaliciones, seducción o relaciones privilegiadas, por lo que es de suma importancia mantener la neutralidad en todo momento (Selvini y cols, 1980; Selvini, 1990).

2.3.5.2.2 *Práctica del Modelo*

En el primer periodo el equipo trabajaba en parejas conformadas por un hombre y una mujer, aspecto que consideraban importante para generar un equilibrio “fisiológico”, además de evitar caer en las redes de ciertos estereotipos culturales sobre los dos sexos, de los que los terapeutas participan inevitablemente. Además las parejas terapéuticas no eran fijas, y se intercambiaban con cada familia, cuidando que todos los miembros trabajaran el mismo número de horas como terapeuta y como observador (Selvini, y cols, 1988). El equipo de Milán afirma que un solo terapeuta

experimentado puede trabajar con una familia, sin embargo con familias con transacción esquizofrénica es importante que haya un observador permanente.

El primer contacto con la familia se realiza vía telefónica, momento en el cual se puede recabar información. Las sesiones se desarrollan en cinco partes:

Cuadro: 2.8. Metodología de trabajo terapéutico del Grupo de Milán.

1. Pre-sesión	El terapeuta prepara la información para trabajar durante la sesión incluye la hipótesis que guiará la entrevista.
2. Sesión	La sesión. Con duración de aproximadamente una hora, en la cual los terapeutas solicitan información a la familia, se obtiene información verbal y no verbal, se pone atención en las pautas reiterativas que revelaran el juego de la familia.
3. Discusión de la sesión	La discusión de la sesión. Los terapeutas se reúnen con el equipo de observación, discuten lo ocurrido y deciden la siguiente intervención o mensaje que se le dará a la familia.
4. Conclusión de la sesión	La conclusión de la sesión. El terapeuta regresa con la familia para darles un mensaje o una prescripción muchas veces de tipo paradójico o en forma de ritual familiar.
5. Acta de la sesión	El acta de la sesión. Se discute la reacción de la familia y se redacta un acta de la sesión.

2.3.5.2.2. 1 Intervenciones

- *Connotación positiva.* Surgió inicialmente por la necesidad de llegar (sin contradecirse) a una intervención terapéutica paradójica: la prescripción del síntoma al paciente designado. En otras palabras, cuando se califican como “positivos” los comportamientos “sintomáticos”, lo que de hecho se connota como positivo es la tendencia homeostática del sistema y no las personas. Se aprueban ciertos comportamientos de algunas personas en cuanto denotan la intencionalidad común hacia la unión y la estabilidad del grupo, de esta forma se respeta la *totalidad*, característica de todo sistema viviente (Selvini, y cols, 1988).

En suma la connotación positiva permite:

1. Situar a todos los miembros de la familia en un mismo plano en cuanto complementarios en relación con el sistema.
2. Acceder al sistema mediante la *confirmación* de su línea homeostática.

3. Ser aceptados en el mismo sistema como miembros de pleno derecho, en cuanto animados de la misma intencionalidad.
4. Connotar positivamente la tendencia homeostática para provocar, paradójicamente, la capacidad de transformación, pues la connotación positiva abre el camino a la paradoja.
5. Definir claramente la relación en el vínculo familia-terapeutas.
6. Definir el contexto como terapéutico.

Otra intervención que es fundamental para el Grupo de Milán es la prescripción de rituales.

- *Rituales familiares.* Uno de los objetivos principales de los rituales consiste en derribar mitos familiares. Un *ritual familiar* se trata de una acción o de una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia, para ser eficaz debe implicar a toda la familia. Es necesario que los terapeutas precisen (generalmente por escrito) la modalidad, el horario, ritmo de repetición, quién debe pronunciar las fórmulas verbales, con que secuencia, etcétera. Pueden ejecutarse una sola vez o bien ser repetitivos. El ritual familiar está más próximo al código analógico que al digital.

La prescripción de un ritual apunta a evitar el comentario verbal sobre las normas que perpetúan el juego en acción; el ritual familiar es más bien la prescripción ritualizada de un juego cuyas normas *nuevas* tácitamente sustituyen a las precedentes. En un nivel analógico constituye un aprendizaje alternativo, capaz de liberar las posibilidades latentes de evolución que siempre existen incluso en los sistemas más claramente disfuncionales. La tarea del terapeuta en la prescripción de un ritual, requiere un esfuerzo de observación y creatividad (Selvini y cols, 1988; Selvini, 1990; Boscolo y Bertrando, 2006).

- *Tareas ritualizadas de días pares/impares.* Esta prescripción se da al final de la sesión, a uno de los padres si se trabaja únicamente con la pareja, a un hijo designado como “actuario” o incluso al paciente señalado. Establece la ejecución de conductas contrarias o diferentes, ejecutadas en días distintos, se suelen emplear en familias en las que hay conductas incongruentes en la familia. Los objetivos de esta intervención son: cambiar las reglas del juego existente, es decir, impedir las interferencias sin decirlo explícitamente, lo que permite a la familia bloquear las habituales modalidades transaccionales. En otro nivel se propone aprovechar que la atención se desvía de la regla relacional a la prescripción hecha en el ritual.

Finalmente se persigue aprovechar de alguno modo las reatrealimentaciones esclarecedoras, tanto si la familia cumple con la prescripción como si no lo hace (Selvini, 1990).

- *Intervenciones paradójicas, contra-paradoja.* Con este tipo de información se persigue anular el doble vínculo patológico, delegando a la familia la responsabilidad y la actividad del cambio, de un modo tal que haga lo que haga siempre logre un resultado terapéutico dirigido a alcanzarlo.

El Grupo de Milán también construyó una serie de preguntas que tiene como propósito obtener información durante la entrevista, pero también funcionar como intervención.

1. *Interrogatorio circular.* Es una técnica de entrevista centrada a buscar diferencias, tiene por objeto reunir y a la vez transmitir información dentro del sistema circular. Se tienen varios tipos de preguntas, encaminadas a recabar información y las orientadas al futuro para insinuar un mapa familiar diferente.

- Preguntas trídicas. Se sitúa un tercero como testigo de la relación entre otros dos.
- Preguntas sobre alianzas. Establecen quién está más cerca de quién, permitiendo conocer las alianzas familiares.
- Preguntas para clasificar. Trazan el mapa de relaciones y/o establecen un orden de relación con una cualidad.
- Preguntas explicativas. Explican porque se da o sucedió algo, buscando información sobre el sistema sobre el sistema de creencias y en ocasiones elicitando secretos.
- Preguntas hipotéticas. Tantean cual puede ser la reacción del grupo familiar ante algo bueno o malo, esbozan un nuevo mapa de relaciones y permiten que la familia considere posibilidades alternativas de significado y de acción (Tomm, 1984).

2.3.5.3 Segundo periodo. La división del equipo.

La publicación de “Hipotetización, circularidad y neutralidad” representa una de las contribuciones más importantes del Grupo de Milán paradójicamente también, es el momento en que comienza a separarse. En 1978 los cuatro terapeutas comparten el uso del centro; Boscolo y Cecchin, inician su retirada del equipo, utilizándolo solo media semana, se interesan más en la formación y se centran en el *sistema observante*, es decir, introducen la cibernética de segundo

orden, el observador entra en la descripción de lo que es observado. En cambio, Selvini y Prata continúan su investigación centrándose en el *sistema observado*, basado en la cibernética de primer orden, que implica un observador separado de la entidad observada, creando un modelo de génesis familiar de las patologías. En 1982 se hace pública la separación (Selvini, 1990; Rodríguez, 2004).

2.3.5.3.1. Mara Selvini y sus colaboradores.

En 1982, Selvini y Prata se trasladan a una sede en Vialle Vittorio Veneto, se asocian con Steffano Cirilo, Ana María Sorrentino y Mateo Selvini, fundando el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia (Rodríguez, 2004). El interés de Mara se centra en una investigación fundada sobre la cibernética de primer orden dirigida a descubrir “posibles organizaciones familiares específicas” o juegos en pacientes con anorexia y psicosis (Bertrando y Toffanetti, 2004). Selvini y su nuevo equipo escriben en 1988, “*Los juegos Psicóticos de la Familia*” en donde plantean la prescripción invariable.

En esta obra introducen el concepto de embrollo familiar que describen como un proceso interactivo complejo que al parecer se estructura y desarrolla en torno a una táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo), que en realidad no lo es (Selvini, P, Cirillo, Selvini, M. y Sorrentino, 1990).

Describen el uso de la metáfora del juego para sugerir intuitivamente, mediante la expresión “juego familiar” aquello que sugieren las expresiones juego político, juego de poderes, etc. El término juego genera asociaciones con las ideas de grupo, equipo, posiciones, entre otras. La metáfora del juego pone en marcha una cadena de metáforas. Las reglas generales de la interacción de los jugadores están relacionadas con el razonamiento sistémico, por otro lado, las movidas de los individuos se enlazan con el pensamiento estratégico.

Selvini y su equipo describen un modelo de la génesis familiar de la psicosis, que le merece el premio la “Investigación en Terapia Familiar” en 1985.

Los seis estadios del juego psicótico en la familia son:

1. El impasse en la pareja.
2. La intromisión del hijo en el juego de la pareja
3. La conducta inusitada del hijo
4. El viraje del presunto aliado
5. La eclosión de la psicosis

6. Las estrategias basadas en el síntoma

Una de las principales intervenciones en este periodo es la *prescripción invariable*. Ésta intervención busca delimitar de manera paulatina, dos subsistemas familiares. Pone a dos cónyuges en una posición de simetría. Lo anterior permite a los terapeutas prestar atención a cada individuo y evaluar su contribución al juego familiar.

En el último capítulo del libro *los juegos Psicóticos de la familia* plantean varias reflexiones que los llevaron a dar un salto cualitativo, pues después de la prescripción invariable, de la integración en su aproximación y de las dimensiones individuales y trigeracional, definen como necesario el pensamiento multidimensional.

Con pensamiento multidimensional hacen referencia a la necesidad de hacer progresivamente más complejo el modo de pensar. No puede haber una correlación directa entre el síntoma y la familia, ya que en medio esta la compleja mediación de un individuo, que dispone desde el nacimiento de sus propias características, elabora el sufrimiento y se defiende de él (Selvini y cols., 1990). Selvini y sus colaboradores ya no recurren al método paradójico fundado en la provocación y en el desafío entre el equipo terapéutico y los pacientes; ahora por el contrario la colaboración con la familia, la transparencia de las intervenciones se convierten en sus principios básicos.

2.3.5.3.2. *Boscolo y Cecchin.*

A partir de la división del grupo rebautizan el centro donde han venido trabajando como Centro Milanés de Terapia de Familia (Bertrando y Toffanetti, 2004). Colaboraban además con el grupo de Helm Stierling, con la Charles Burns Clinic de Birmingham, con el Ackerman Institute de nueva York y con la Universidad de Caligary en Canadá.

En los cursos de formación que dirigen, se destacan las preguntas sobre el terapeuta en lugar de las preguntas acerca de la familia. Los roles eran cada vez más complejos, un docente podía tomar el rol de terapeuta o supervisor por ejemplo (Boscolo y Bertrando; 2006).

En 1983, Karl Tom organiza una conferencia en la que participan Maturana, Von Foester, Boscolo y Cecchin, en ella la cibernética de segundo orden y el constructivismo se convierten en un punto de referencia teórico. Con esta influencia la terapia se convierte en una creación común de *historias alternativas* y atribuciones de nuevos significados a la realidad compartida entre terapeutas y clientes (Bertrando y Toffaneti, 2004).

La evolución del modelo se enmarca en un cambio de pensamiento, el posmodernismo, así,

pasan del constructivismo al construccionismo social que pone el acento en las relaciones sociales, expresadas en sistemas de lenguaje y significados.

La influencia de los conceptos de la cibernética de segundo orden, centra la atención al sistema observante, a lo que sucede dentro de la sesión, en el intercambio de información, emociones y significados entre terapeutas y clientes, es decir, se presta mayor atención al proceso terapéutico que a la intervención final.

Bajo la influencia del constructivismo, el modelo evoluciona hacia la complejidad, dejan de creer que un síntoma de cualquier género sea invariablemente correspondiente a una cierta configuración familiar y sólo a esta, en este punto quizá es donde más claramente se vislumbra la divergencia con el pensamiento de Selvini (Bertrando, y Toffanetti, 2004).

Este grupo pone en la mesa el concepto de “sistema significativo”, esto es, el sistema de relaciones entre las personas involucradas en el problema presentado, puede incluir a la familia nuclear, extensa, coetáneos, escuela, trabajo y servicios sociales. El sistema significativo, incluye por supuesto al terapeuta en su calidad de observador. Este proceso de enriquecimiento del modelo, puede insertarse en el contexto del posmodernismo, que consideran las teorías o sistemas de pensamiento como una narración (Boscolo y Bertrando 2006).

Cecchin, cuestiona el principio de la neutralidad, refiere que si se tiene una epistemología circular se debe ser indiferente al hecho de que ocurra o no un cambio. En 1987 publica un artículo titulado “Hypotezing circularity and neutrality revisited: an invitation to curiosity”, en el cual reformula la neutralidad, no como una ausencia de poder, sino como un estado de “curiosidad” que conlleva a los terapeutas a mantenerse siempre abiertos a la novedad y no dejarse seducir por el principio de la verdad (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cecchin, 1989).

Boscolo y Cecchin llegan al considerar su modelo sistémico como una derivación Batesoniana, que se enriqueció con las contribuciones del constructivismo, la cibernética de segundo orden y el construccionismo. Luego se agregó la herramienta del lenguaje y la narrativa.

Postulan una postura epigenética para describir el presente como una conformación de muchos eventos del pasado que han permitido la finalidad actual. En esta postura la integración tiene un rol importante, pues permite superar la molesta cuestión del eclecticismo.

Con el impacto de estas nuevas ideas también cambia la forma en que conducen la terapia, se centran ahora en las preguntas hipotéticas y orientadas en el futuro (Boscolo y Bertrando, 2006).

En este periodo Boscolo y Bertrando (2006) describen el rol de terapeuta en la terapia, a continuación se mencionan algunos puntos:

- Actitud de escucha activa, empática en el sentido de lograr “ponerse en el lugar del otro”, transmitiendo su propia participación emotiva.
- Curiosidad en relación a la historia y la evolución del proceso terapéutico.
- El terapeuta se interesa en el dialogo interno del paciente, pero también en el externo; estará atento al sentido de las ideas, palabras y emociones del cliente en relación a sí mismo, a sus sistemas de pertenencia y al sistema terapéutico.
- Mantener una visión circular no sólo en lo que respecta al mundo del cliente, sino también en lo que sucede en la terapia.
- El terapeuta no debe olvidar que su lectura propuesta al interior de un contexto terapéutico no es objetiva, sino que está influenciada por sus premisas, experiencias y teorías.

Intervenciones. Las preguntas circulares evolucionan a preguntas centradas en el tiempo. Las preguntas orientas al futuro, dan la posibilidad de construir nuevos mapas, es decir, nuevas formas de relación. Este tipo de preguntas son abiertas, sin restricciones y condicionamientos, exploran el horizonte temporal del sistema y sus miembros, así como sus diferencias. Por ejemplo, ¿cómo será su vida en diez años? ¿Hasta cuándo esta situación permanecerá inmóvil? Las preguntas tienen una doble función, por un lado indagar la capacidad de los clientes en el proyectarse al futuro sin restricciones y al mismo tiempo los estimulan a ver la posibilidad de reinventar este futuro.

Las preguntas hipotéticas, se pueden ubicar en el pasado y presente. Éstas se introducen con una lógica de norma, diferentes mundos posibles. Las relativas al pasado, contribuyen a la posibilidad diferente al actual, por ejemplo, ¿si hubiera decidido vivir lejos de sus suegros, que tipo de relación tendrían con ellos ahora?

Boscolo y Cecchin enriquecieron su modelo de trabajo, con elementos más complejos, términos como dialogo conversación y discurso terapéutico, donde la terapia se ve como una danza interactiva, se introducen en su forma de hacer terapia. Proponen básicamente tres fases de la terapia, aunque advierten que no puede considerarse una división bien delimita (Boscolo y Bertrando 2006).

Fase inicial: se recibe a la familia con la información previa de la ficha telefónica que contiene

información básica acerca de quién los ha derivado, sobre los miembros de la familia y el problema presentado. En el primer contacto el terapeuta tiene dos interrogantes: ¿Qué ha llevado a esta persona a buscar ayuda en ese momento y porque la ha buscado ahí?

Se explora la historia de los clientes y el contexto en el que viven, se recaba información acerca de los problemas que vive, existe un interés por la urgencia e influencia de las circunstancias, los intentos de solución y los efectos de estos intentos.

Se indaga en los significados dados por la familia y eventualmente los terceros presentificados del “porqué” y “cómo” de los problemas, asimismo de los efectos de los problemas sobre las relaciones en el interior de la familia. Esta fase puede durar varias sesiones (Boscolo y Bertrando, 2006).

Fase central. Después de haber explorado los problemas en el tiempo presente, en el contexto en el cual actualmente los clientes viven, nos interesamos en el pasado, en la búsqueda de conexiones o continuidad con la vida presente. Se emplean las preguntas hipotéticas para abrir nuevas perspectivas evolutivas.

Surgirán eventualmente uno o más temas significativos, que permitirán dar una respuesta al primero de los interrogantes del terapeuta. El punto de porque decidieron acudir particularmente con nosotros, se indaga para conocer quien los derivo, si hay diagnósticos precedentes. Se introduce también la idea del futuro con preguntas orientadas a este propósito. En las sesiones posteriores se les pide a los clientes lo que desean contar hoy, con actitud de escucha activa, lo que permite que surjan reflexiones y emociones. Se puede introducir también metáforas, anécdotas y en ocasiones un mensaje que reconstruye elementos de la sesión de tal modo que se puedan generar nuevas visiones.

Fase final: el tema principal es la separación y el fin de la terapia.

Cuadro 2.9 Algunas diferencias del modelo a través de su evolución.

• Primer Periodo	Segundo periodo
<ul style="list-style-type: none"> • El interés se centra en la intervención final, se le atribuye la posibilidad de provocar un cambio. • Se convoca a todos los miembros de la familia. • Los principios para conducir la sesión son: <ul style="list-style-type: none"> • Hipotetización, circularidad y neutralidad. • La hipótesis se ubica en la mente del terapeuta como una guía. • Preguntas circulares: trádicas, alianzas, clasificación, explicativas e hipotéticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • El interés se centra en el intercambio de información, emociones y significados entre terapeutas y cliente. Es decir, al proceso terapéutico. • Boscolo y Cecchin, introducen el sistema significativo, que incluye los sistemas de relaciones entre las personas involucradas en el problema. • Se acepta que el sistema familiar escoja que es lo que lleva a terapia. "venga aquel que desee venir" • Se concibe a la hipótesis como construida en contexto de la interacción. • Se cuestiona la idea de neutralidad, con la cibernética de segundo orden, es imposible la separación del observador y el observado. Se propone el concepto de curiosidad. • Se concentran en preguntas orientada al futuro e hipotéticas, que son preguntas centradas en el tiempo.

2.3.6. Modelos derivados del Posmodernismo

“La mayor parte de la terapia consiste en quitar obstáculos –las paredes- y señalar factores de esperanza –las ventanas- la gente encontrará las puertas por sí sola” Lynn Hoffman.

Los modelos *posmodernos* se desarrollaron a partir del Construccinismo Social que considera que las ideas y los conceptos surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje, plantea que el conocimiento evoluciona en los espacios interpersonales en el ámbito común. A través de las conversaciones los individuos desarrollan un sentido de identidad (Gergen 1996), de este modo la forma de hacer terapia tiene sus propias implicaciones a ellas nos refreímos enseguida:

- No se habla de “verdades universales” o “estructuras”, sino de multivisiones. No hay una verdad objetiva.
- No se pone acento en la homeostasis, sino en el sistema social generativo y se considera que los desequilibrios son normales.
- Las familias son vistas como sistemas sociales compuestos por sistemas generadores de sentido y organizadores de problemas mediados por el lenguaje.
- Respecto a la relación terapeuta-paciente, encontramos una posición colaborativa (Hoffman, 1987).
- La terapia se ve como una conversación, o dialogo igualitario donde la historia y la voz del consultante son el centro de la terapia, desde donde surge el proceso terapéutico. La función del terapeuta es de acompañante, que promueve el proceso, pero que desconoce el contenido y el resultado del mismo (Anderson, 1997).

La visión social construccionista, plantea que el proceso conversacional con su capacidad para generar significado provee el medio que crea nuestras realidades personales (Anderson y Goolishian, 1988).

El construccionismo además postula una ruptura ante la concepción tradicional de la relación terapeuta-paciente, más aún el termino paciente no se utiliza en la nueva relación terapéutica, ello supone también una co-construcción de la realidad. Otro aspecto importante es la propuesta del análisis deconstruccionista que nos obliga a mantenernos distanciados y escépticos respecto de las creencias de la verdad y el poder, el yo y el lenguaje, estas creencias se dan casi siempre por sentadas, sin embargo son absolutamente relativas. En este sentido la deconstrucción deja de lado los juicios absolutos y nos propone buscar otra visión posible (Rozo, 2002).

Por otra parte al hablar del lenguaje, éste cambia en el contexto de la terapia posmoderna, pues es menos directivo y jerárquico, pretende convertir la situación relacional en democrática. Los planteamientos de Anderson y Goolishian (1996) reflejan esta postura al proponer la postura de no saber.

Lynn Hoffman (1995) apunta diferencias en los enfoques posmodernos, pues plantea que la técnica narrativa de White y Epston, es impulsada enérgicamente por el terapeuta y tiene un marco social activista; mientras tanto, Harlene Anderson y Harry Goolishian se mueven en un marco menos intencional y se caracterizan por una falta de planificación deliberada.

2.3.6.1. Terapia narrativa

Los autores fundamentales de la terapia Narrativa son Michel White y David Epston, sus principales influencias teóricas se centraron en las ideas de Michel Foucault, de quien retoman el análisis del relato y poder; del pensamiento de Bateson retoman su “*método interpretativo*”, refiriéndose a los procesos por los que desciframos el mundo, puesto que no podemos conocer la realidad objetiva, todo conocimiento requiere un acto de interpretación (White y Epston, 1993). Según Bateson (1990), la comprensión que tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos, está encaminada y restringida por el contexto receptor, es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo; así en la terapia familiar es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento.

No podemos tener un conocimiento directo del mundo, todo lo que las personas saben de la vida lo saben a través de la “*experiencia vivida*”, así para entender nuestras vidas y expresarnos a nosotros mismo, la experiencia debe “*relatarse*” y es precisamente el hecho de *relatar lo* que determina el significado que se atribuye a la experiencia (White y Epston, 1993). Los relatos son constructivos, son la fuerza más poderosa para cambiar nuestras vidas.

2.3.6.1.1. Premisas alternativas

Las personas acuden a terapia cuando las narraciones dentro de las que “*relatan*” su experiencia y/o dentro de la experiencia es “*relatada*” por otros no representan suficientemente sus vivencias. En esas circunstancias habrá aspectos significativos de su experiencia vivida que contradigan estas narraciones dominantes. Así, tenemos que cuando una persona acude a terapia un resultado debería ser la identificación o generación de relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados, aportando con ello posibilidades más deseables, nuevos significados, que las personas experimentarán como más útiles, satisfactorios y con un final abierto.

La analogía del texto que Geertz denomina la más amplia y reciente reformulación del pensamiento social que brinda la posibilidad de elaborar historias alternativas que lleva a White a proponer una “terapia de mérito literario” (White y Epston, 1993).

El modo narrativo redefine la relación entre el observador y lo observado. Tanto el observador como lo observado se sitúan dentro de la narración científica que se está desarrollando, en la cual al observador se le ha asignado el papel del autor privilegiado de su construcción. En este sentido, una terapia en un modo narrativo de pensamiento identifica los siguientes supuestos:

1. Da la máxima importancia a las vivencias de las personas.
2. Favorece la percepción de un mundo cambiante, dimensión temporal.
3. Invoca el modo subjuntivo.
4. Estimula la polisemia y el uso del lenguaje coloquial, poético, pintoresco, en la descripción de vivencias y en el intento de construir nuevos relatos.
5. Invita a adoptar una postura reflexiva y apreciar la participación de cada uno de los actos interpretativos.
6. Fomenta el sentido de la autoría y re-autoría de la propia vida y de las relaciones de cada persona. Al contar y volver a contar la propia historia.
7. Reconoce que las historias se coproducen. El “objeto” se convierte en autor privilegiado.
8. Introduce conscientemente los pronombres “yo” y “tu” en la descripción de los eventos.

Goffman, (1961) ha llamado a aquellos aspectos de la experiencia vivida que caen fuera del relato dominante “acontecimientos extraordinarios”. Estos acontecimientos son ignorados en la estructuración de la experiencia en el entramado social del desarrollo de una persona, en cambio son dominantes los conceptos que son básicos y comunes para los miembros de una categoría social.

2.3.6.1.2. Construcción de narrativas. ¿Cómo construir narrativas?

La externalización del relato saturado de problemas puede iniciarse fomentando primero la externalización del problema y rastreando después la influencia del problema en la vida y las relaciones de la personas. Se empieza por preguntar a las personas cómo ha estado el problema afectando sus vidas y sus relaciones. Al separarse de la descripción de la vida saturada por el problema, de la lectura habitual del relato dominante, las personas están en mejores condiciones para identificar los acontecimientos extraordinarios (White y Epston, 1993). Esta externalización ayuda también a interrumpir la lectura y la representación habitual de estos relatos. Cuando las personas se separan de sus relatos, pueden experimentar un sentimiento de agencia personal y a medida que se

apartan de la representación de sus relatos, se sienten capaces de intervenir en sus vidas y sus relaciones (White 1988). Una vez identificados estos relatos se les invita a atribuirles significados. Para ello se introducen preguntas que ayuden a la reescritura de sus vidas y sus relaciones.

En una terapia que incorpora la tradición narrativa, puede favorecerse la reescritura recurriendo a documentos escritos, pues son herramientas para el diálogo interno y el desarrollo personal (Mahoney, 1991). Las *cartas* tienen el objetivo de convertir las vivencias en una narración o un “relato” que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo. En una terapia relatada las cartas son una versión de esa realidad co-construida llamada terapia y se convierten en una propiedad compartida por todos los principiantes, se pueden emplear con diversos propósitos.

Los documentos que se proponen son:

- *Cartas de invitación.* Se emplean cuando es importante incluir a personas reacias a participar en la terapia.
- *Cartas de despido.* Este tipo de documento puede servir para demostrar lo innecesario que es el que la gente desempeñe funciones como: vigilante de los padres, consejero matrimonial de los padres, padre del hermano, etc.
- *Cartas de predicción.* David Epston, pide autorización para predecir el futuro de la familia o de la persona que acude a terapia, suele utilizar el periodo de seis meses y se refiere a este como “futuro inmediato”. Las cartas llevan la inscripción de “privado y confidencial” y pide no abrirlas hasta seis meses después, la intención es la siguiente:
 1. La predicción propone un seguimiento/revisión a los seis meses y sugiere que será un ejercicio para la familia/persona y el terapeuta.
 2. Dado que la mayoría de las personas leerán la carta antes de la fecha indicada, se espera que la predicción funcione como una profecía autocumplidora.
- *Cartas breves:* los escritos con finalidad terapéutica no tienen que ser extensos ni repetitivos, una única carta puede ayudar a las personas a alejar de sus vidas y sus relaciones los problemas que les preocupan. Para algunas personas recibir un correo a su nombre constituye un importante reconocimiento a su presencia en el mundo. Entre las cartas breves se incluyen: las reflexiones postsesión, cartas en las que el terapeuta solicita ayuda de familia para que pueda entender como han logrado cambios, etc.

Cabe destacar que solo se mencionan algunos ejemplos de documentos, pues las posibilidades de creación son ilimitadas.

Otra herramienta más empleada en la terapia Narrativa es lo que llaman historiar, se describe a continuación:

Historiar los acontecimientos extraordinarios a menudo permite a las personas establecer y aceptar su propio y personal historial de lucha e identificar alternativas a los conocimientos “unitarios” en los que se basan sus vidas y relaciones. Identificar estos conocimientos alternativos ayuda a desafiar las especificaciones y los conocimientos unitarios y relaciones de acuerdo con conocimientos que reflejan mejor los aspectos vitales de su experiencia (White y Epston, 1993). Las cartas también pueden desempeñar un papel fundamental a la hora de historiar.

Contradocumentos. Puesto que en nuestra cultura el lenguaje desempeña un papel central. Los documentos influyen sobre la vida de las personas hasta el punto tal que en muchas situaciones preceden y excluyen a las personas. White y Epston (1993) proponen que también hay documentos en cuya elaboración hay una participación activa de la persona aludida. Los contradocumentos como suelen llamarles, consisten en galardones que hacen públicos los logros de las personas y/o familias, estos pueden ser certificados, declaraciones y autocertificados.

Preguntas circulares. Se hace uso de este tipo de cuestionamientos en tres secciones (White y Epston, 1993).

1. *Preguntas relativas al panorama de la acción.* busca que los clientes sitúen sus logros en una secuencia de sucesos.
2. *Preguntas relativas al panorama de conciencia:* persiguen que los clientes reflexionen y logren determinar el significado de los hechos que suceden en la acción.
3. *Preguntas de influencia relativa:* se emplean con el objeto de que los clientes escriban la influencia del problema en sus vidas y sus relaciones, y la manera en que la familia/persona ha influido en que el problema persista. Para ello se pueden emplear: preguntas sobre logros aislados, preguntas relativas a la explicación única, preguntas relativas a la re descripción única y preguntas sobre posibilidades únicas.

Un concepto importante para la Terapia Narrativa es el de identidad, White plantea que la “identidad personal” es construida en las relaciones y es negociada en una comunidad de personas

(Campillo, 1996). Entiende la construcción de la realidad como un proceso dinámico, de la persona y su narración en el contexto interaccional.

En su obra “Maps of Narrative Practice” (2007) una de sus últimas obras describe “mapas” con los que las personas junto al terapeuta pueden ir ampliando su identidad. White menciona seis mapas a explorar: las conversaciones externalizadoras, conversaciones de re-autoría, conversaciones de reintegración, ceremonias de redefinición, conversaciones que destacan los resultados únicos y preguntas de andamiaje.

Este modelo, opta por una posición no jerárquica, donde el terapeuta no se concibe como un experto, además de que se elimina el término de disfuncionalidad. Se cuestiona el término de terapia, puesto que no consideran los problemas en términos de enfermedad, más bien su enfoque es basado en re-relato de la experiencia (White y Epston, 1993).

2.3.6.2. El equipo reflexivo

Tom Andersen psiquiatría de formación, inicio a trabajar en grupo aplicando varios modelos de terapia familiar, hasta antes de 1984, su trabajo se desarrollaba principalmente bajo la influencia del modelo de Milán. En el año de 1985 introdujo una nueva modalidad, al plantear la idea de que podía ser útil para la familia escuchar las reflexiones del equipo terapéutico, así surge el equipo reflexivo.

Tom Andersen (1987) propone que una audiencia puede hacer un valioso aporte al proceso terapéutico, como medio de autenticar el cambio, sembrar ideas y generar opciones. El proceso reflexivo acelera la apertura al cambio del sistema del cliente. Denomina su práctica como “*Equipo de reflexión*” (1991). Este método requiere de un equipo que intercambia opiniones sobre lo conversado entre el terapeuta y la familia mientras observa y escucha en un primer momento. Posteriormente la familia comenta las ideas expresadas por el equipo. Esta nueva forma de hacer terapia permite que el lenguaje se torne más simple y personal.

2.3.6.2.1. Premisas y fundamentos

Tom Andersen (2005), parte del concepto de *círculo hermenéutico*, concepción que fue introducida por los filósofos Heidegger y Gadamer, según ellos, lo que llegamos a comprender está determinado, en gran medida, por la vida que ya hemos vivido, pues estas experiencias nos otorgan una serie de premisas generales. Los procesos reflexivos pueden ser vistos como círculos hermenéuticos.

Andersen también hace referencia a que cuando hablamos con otros tenemos lo que él llama “una conversación exterior”, así mientras escuchamos hablar a los otros, mantenemos con nosotros mismos una “conversación interior”. Cuando un tema pasa de conversaciones exteriores a interiores y viceversa, se da una suerte de *varias conversaciones interiores y exteriores*. Siguiendo a Bateson podríamos referirnos a las perspectivas múltiples, las diferentes formas de ver las cosas crean nuevas ideas acerca de ellas (Andersen, 2005). Andersen basado en la idea de Bateson acerca del cambio visto como una diferencia, postula que hay tres diferencias, de las cuales sólo una hace la diferencia. Lo excesivamente habitual no hace una diferencia, lo excesivamente insólito no hace una diferencia, sólo lo *adecuadamente* insólito hace una diferencia.

El lenguaje depende del contexto en el que hablamos, por ello si hablamos de las familias sin su presencia, es fácil caer en el frío lenguaje profesional, en cambio, si optamos por hablar en su presencia, lo hacemos espontáneamente de manera amistosa y utilizando el lenguaje corriente (Ande

2.3.6.2.2. *Proceso de reflexión*

Andersen (1991) concibe el equipo reflexivo como una transición entre escuchar y hablar. La conversación terapéutica crea un lugar para el proceso reflexivo, una parte del proceso es el debate entre los integrantes del equipo, que ofrece a los miembros de la familia una oportunidad de tener, en su propio diálogo interior, una perspectiva diferente de su situación problemática.

El proceso del equipo de reflexión comprende desplazamientos entre el hablar y escuchar. Así el hablar a otros puede definirse como una *conversación exterior*, por otro lado mientras escuchamos hablar a otros, mantenemos con nosotros mismos una *conversación interior*.

En marzo de 1985 comenzó a aplicarse el equipo reflexivo (Andersen 1991). Los miembros del equipo pueden estar detrás de un espejo o bien en el mismo espacio que los clientes y la terapeuta. Durante la entrevista, escuchan en absoluto silencio, sin hacer comentarios entre ellos, el equipo nunca interrumpe la entrevista para ofrecer consejos ni hacer preguntas. Después de un rato de entrevista, el terapeuta puede solicitar la participación del equipo, o el equipo puede indicar que tiene ideas que quiere compartir, si el equipo está detrás del espejo, puede intercambiar puestos con la familia y la terapeuta para ofrecer sus reflexiones. Al hablar, los miembros del equipo se miran entre ellos, no establecen contacto visual con los clientes, ofrecen sus reflexiones de manera tentativa (*no sé, tal vez, podría ser, se me ocurre que,...*) los comentarios se basan exclusivamente en lo que se escuchó durante la entrevista, la participación del equipo generalmente toma de 5 a 10 minutos, tras escuchar al equipo, los clientes y el terapeuta comentan sobre lo que oyeron.

Andersen ofrece algunas consideraciones al ahora de participar en un equipo, por ejemplo, plantea no comentar cosas que pertenecen a otros contextos, no dar connotaciones negativas, no interpretar, no juzgar.

El desplazamiento entre las conversaciones interiores y exteriores constituye un elemento importante, se pueden establecer procesos en muchos contextos distintos.

1. Puede haber un equipo en la habitación contigua, detrás de un equipo de visión unidireccional, o bien utilizaríamos una sola habitación, con equipo escuchando y hablando desde un rincón.
2. El caso de un terapeuta sin equipo, una colega podría estar presente para conversar durante intervalos de reflexión.
3. Si el terapeuta esta solo (sin equipo), podría hablar con un miembro de la familia (persona A) mientras los otros escuchan; luego el terapeuta hablaría con los demás miembros, mientras A escucha esa conversación; después, solicitaría la opinión de A, eventualmente, volvería a conversar con A. De esta forma la familia y el terapeuta se convierten en un equipo de reflexión.
4. Si el terapeuta entrevista a una persona a solas, ambos pueden hablar de un tema abordándolo desde la perspectiva de una persona ausente (por ejemplo, la madre del cliente). Se le pregunta a este qué supone que pensaría o diría su madre sobre algún punto. Posteriormente se le puede preguntar ¿qué piensa sobre lo que piensa su madre?

Las formas en que se puede trabajar con equipo reflexivo solo tienen el límite de muestra propia inventiva.

2.3.6.3. *Conversaciones colaborativas*

El enfoque colaborativo inicia a finales de la década de 1980 con Harry Goolishian y Harlene Anderson quienes trabajaron en la fundación Galveston Family Institute, influenciados por la terapia del Mental Research Institute y las teorías de la cibernética de primer y segundo orden que dieron lugar a premisas alternativas. Consideraron el lenguaje como una función o una herramienta, la esencia del diálogo y por tanto la esencia del proceso terapéutico.

Descubrieron su técnica como una conversación. Estas ideas son influencias en la hermenéutica y agregaban una definición de la terapia como colaborativa y basada en la teoría lingüística posmoderna (Friedman, 2005).

La terapia colaborativa parte de los supuestos del construccionismo social, con la convicción de que el proceso conversacional, con su capacidad para generar significado provee un medio que crea necesidades personales (Friedman, 2005).

2.3.6.3.1. Premisas alternativas Fundamentos

Anderson y Goolishian (1988) introducen en el campo de la terapia familiar la idea de que el terapeuta debía venir de una *posición de no saber*. Esta actitud era inspirada en la filosofía relacionada con la hermenéutica, que incluye una definición de terapia colaborativa basada en la teoría lingüística posmoderna. No se interesan por el problema como algo que se debe resolver, sino que hablan de él como algo que *se disuelve en el contexto de conversación terapéutica* (Hoffman, 2005).

Éstos autores introducen el concepto del sistema creado por el problema, para describir que cuando una persona tiene un problema suele atraer la atención de muchas otras personas, como son: la familia, amigos, vecinos, colegas, etcétera, de esta forma las personas crean un sistema de significados respecto de cómo comprender y resolver el problema. Cuando los significados son adecuadamente diferentes, las conversaciones crearan significados útiles; en cambio, cuando los significados son demasiado diferentes, es probable que las conversaciones simplemente cesen. Una tarea del terapeuta será conectarse con el sistema de significado y facilitara la incorporación de significados alternos (Seikkula, Alakare y Keranen, 2005).

2.3.6.3.2 Voces colaborativas

La conversación será el vehículo para generar posibilidades todavía inexpresadas. La postura colaborativa implica una postura de no saber, por lo que las preguntas constituyen la herramienta de conocimiento del terapeuta, desarrollan responsabilidad y una escucha activa, sin una idea preconcebida. No hay planeación ni formato para la entrevista, esta se desarrolla a partir de las necesidades de la persona. Se abandona la separación del terapeuta-paciente y en esta relación se conciben juntos dentro de un sistema que se desarrolla en la conversación terapéutica, donde el paciente es el experto en su propio problema (Anderson y Goolishian 1996).

En el transcurso del desarrollo del dialogo, se crea una nueva narración de historias *aún no contadas*. El terapeuta muestra curiosidad, el terapeuta confía en la explicación que le da su paciente. La terapia deja de ser “hablar a” y se convierte en “hablar con”, de esta forma se transforma en una conversación de doble vía y en un proceso dialógico (Anderson y Goolishiann, 1998).

2.3.7 Reflexiones generales

La terapia familiar es una clase de conocimiento que va más allá de la aplicación de técnicas para la resolución de problemas, implica un modelo epistemológico, estrategias clínicas que fusionan en una serie de habilidades (Del Carpio y Estramiana, 2008). Justamente al hacer un recorrido primero por los conceptos y fundamentos que dieron lugar a lo que hoy todavía resulta complicado definir, la terapia familiar sistémica. Existe sin duda un gran número de posibilidades de concebir este movimiento que inicia con mayor fuerza a partir de los años 50's, para explicar que era lo que pasaba con la patología, el modelo médico que se empleaba en esa época no resultaba del todo satisfactorio. Poco a poco una serie de eventos científicos que se articulan, dan paso a un cambio epistemológico, primero pasar del pensamiento lineal al circular y después los conceptos cibernéticos. Durante la formación parece que el cambio epistemológico es lo más complejo, pero también lo más interesante.

El enfoque sistémico permite analizar la realidad como un todo integrado y no como una discontinua colección de partes aisladas, esta mirada ha permitido que dicho enfoque tenga alcances en distintos ámbitos, a continuación se describen algunos ejemplos.

El derecho, ha sido un campo de aplicación de la escuela sistémica y cibernética, Grün (2007) incluso afirma que es una de las nuevas perspectivas de la jusfilosofía,, que ha tenido amplia difusión principalmente en América Latina. EL derecho no es un sistema cerrado de normas, sino también se debe considerar como un conjunto de relaciones entre normas, hechos y valores. La realidad es que las normas jurídicas actúan por y bajo la acción directa de los datos exteriores al sistema jurídico, esto es, su entorno. En suma el enfoque sistémico y cibernético del derecho para pensarlo, enseñarlo, utilizarlo como herramienta además de un paradigma metodológico y epistemológico que nos permite entender mejor y actuar más eficientemente en el mundo complejo de hoy.

Otro ámbito donde se ha aplicado el enfoque sistémico es la escuela, ejemplo de ello es el trabajo que Linda Metcalf (2001) ha realizado retomando los principios del Modelo Orientado a las Soluciones, elaborando un manual para maestros y consejeros escolares.

Asimismo, el trabajo realizado por Desatnik (2009), en su libro "Las relaciones escolares" en el brinda una mirada sistémica a las relaciones que se dan en el ámbito escolar y cómo influye además el contexto que cruza estas relaciones.

En este orden de ideas es preciso destacar que esta mirada sistémica en la escuela no solamente se ha aplicado en el sentido clínico, sino también pedagógico, ejemplo de ello es el trabajo realizado en la Habana, Cuba (Carrasco, Castillo y González, 2003) que plantea emplear el enfoque

sistémico como método general para el análisis de la estructuración y funcionamiento del plan curricular de carreras universitarias, identificando los elementos esenciales procesos y relaciones que intervienen analizándolo como sistema.

Asimismo, Bengoa (2010) realiza un trabajo en el que la intervención orientada desde el marco estratégico de Ericksoniano llevado al ámbito escolar una forma de pensamiento poco convencional alejado de déficit y etiquetas y centrado en los recursos, propone cambios logrados a través de la orientación al futuro, las paradojas y la construcción de nuevas realidades.

Los anteriores son solo algunos ejemplos de aplicación de la epistemología sistémica, que nos permiten dar cuenta de que mirada sistémica permite integrar elementos de análisis a cualquier problemática.

En lo que respecta al ámbito clínico el pensamiento sistémico propone considerar al individuo en contexto, relacionado con su medio ambiente, implica pensar que las personas forman parte de sistemas más amplios. La terapia familiar sistémica plantea que la generación de un cambio en el contexto va a influir en los miembros del mismo, de este modo el pensar en el cambio contemplando los sistemas que se interrelacionan, es un cambio epistemológico. Considerar la importancia del sistema observado más el observador es uno de los más grandes aprendizajes en la formación terapéutica.

Al concluir la revisión de los modelos de terapia que fueron parte de mi formación como terapeuta, es importante reconocer la riqueza de técnicas y estrategias que forman parte el abanico de posibilidades para trabajar con las familias. Se puede apreciar la evolución en los conceptos que manejan los modelos, desde los que podríamos definir como sistémicos, como el Estructural, Estratégico y la Terapia Centrada en Problemas. Para estos modelos es importante definir claramente el problema y plantear objetivos claros con los que se ha de trabajar durante las sesiones, el papel del terapeuta es más bien activo.

Ahora bien, hay una puente entre lo sistémico y lo posmoderno; en esta transición podemos ubicar la Terapia Centrada en Soluciones, que comienza a retomar los conceptos posmodernos y empleando los recursos del cliente se posibilita la construcción de una visión más positiva de sí mismo.

El Modelo de Milán a lo largo de su evolución primero estratégicos y luego siguiendo los preceptos sistémicos y posteriormente a la división del equipo, la influencia de las ideas provenientes del construccionismo social, dieron lugar a una terapia donde se enfatiza la curiosidad en la historia.

Posteriormente las terapias dialógicas basadas en el pensamiento posmoderno dieron lugar a una relación de colaboración entre la persona y el terapeuta en donde el experto es el cliente. El objetivo es generar historias alternativas que sean más flexibles.

¿Cómo elegir un Modelo?

Ante al abanico de posibilidades, la elección de un modelo u otro depende a mi juicio, en primer lugar del estilo del terapeuta. Sentirse cómodo con las técnicas que empleará con las familias es fundamental para que la terapia fluya. La experiencia de la formación ayudo a ir descubriendo nuestro estilo, a experimentar sensaciones de comodidad, incomodidad, nerviosismo o tranquilidad. Sin duda el probar cada uno de los modelos fue una de las experiencias más enriquecedoras en mi formación.

Otro aspecto que considero importante en el proceso terapéutico es ser sensibles a las necesidades del consultante, pues finalmente la terapia se construye a la medida del cliente, eligiendo siempre lo que facilite el proceso terapéutico.

Por otro lado es importante analizar también como se insertan los modelos propuestos en la cultura de las familias mexicanas. Por ejemplo, el Modelo Estructural me parece una herramienta útil, hay que recordar que Minuchin trabajo con familias latinas y sus planteamientos consideran muchas características que presentan las familias mexicanas y las problemáticas que llevan a terapia.

El Modelo Estratégico representa para mí una forma organizada para tratar un problema, la importancia de definir las intervenciones estratégicas en función de cada caso me parece un principio básico, sin embargo considero que se requiere de mucha pericia por parte del terapeuta.

En el caso de las Terapias Breves, resulta importante destacar la aplicabilidad de esta metodología de trabajo en el ámbito público, ya que resulta muy eficaz la definición clara de los objetivos terapéuticos es primordial para que el proceso terapéutico no se atasque y pierda rumbo.

En lo personal el Modelo Centrado en Soluciones que persigue capitalizar y potencializar los propios recursos del cliente, fue muy significativo en mi aprendizaje, pues el papel del terapeuta resulta activo y tiene que estar convencido de que sus clientes poseen recursos para salir adelante y asume que quieren cambiar. Considero que las familias mexicanas poseen muchos recursos, sin embargo, estos se ven opacados en muchas ocasiones por la desesperanza ante los problemas; este modelo facilita que reconozcan sus recursos y que se apropien de ellos, para construir una historia sin el problema. Además considero muy importante el uso de los tiempos verbales y el lenguaje del

paciente que son las llaves maestras para consolidar la relación terapéutica y promover el cambio.

El Modelo de Milán es sin duda uno de los que más llamo mi atención, por el proceso de evolución por el que ha pasado, partiendo de que la formación de sus fundadores era básicamente el psicoanálisis y que el interés por responder cuestionamientos surgidos en sus investigaciones los llevo a los enfoques estratégicos, luego a los sistémicos y más recientemente sus contribuciones desde el marco del construccionismo social. Considero que sin duda sus aportaciones han sido fundamentales para el desarrollo de la terapia, el uso del equipo terapéutico tal y como el grupo original lo conceptualizo es una gran herramienta para analizar las sesiones, además de que la manera en que reportan los resultados de sus investigaciones dan cuenta del proceso que llevo al grupo a realizar sus planteamientos. Las aportaciones de Boscolo y Cecchin aplicando la cibernética de segundo orden al proceso de supervisión son muy valiosas ya que ponen énfasis en la persona del terapeuta.

El finalizar mi formación estudiando los modelos basados en las premisas posmodernas, fue la posibilidad de integrar los conocimientos adquiridos durante la formación. El visualizar el poder del lenguaje y como este va haciendo que se cristalizasen o se flexibilicen las historias fue muy importante para mí.

En suma, la oportunidad de conocer una amplia diversidad de técnicas nos da la posibilidad de desarrollar habilidades clínicas con bases más solidas para el trabajo terapéutico con las familias. Es tarea del terapeuta encontrar propio estilo de hacer terapia y de integrar los nuevos conocimientos y experiencias, es una tarea que nunca acaba; la terapia es como un vitral, que permite descubrir nuevos colores y formas cada día.

CAPÍTULO 3.

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES



CAPITULO 3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS

3.1 Habilidades Clínico-Terapéuticas.

El programa de la Residencia en Terapia Familiar busca formar al terapeuta con una visión integrativa que le permita abordar las problemáticas desde una visión interaccional entre el individuo y otros sistemas sociales. Uno de los objetivos de la Residencia es que el terapeuta desarrolle habilidades clínicas, en las que se contemplan las siguientes (Moctezuma y Desatnick, 2001):

1. Capacidad de observación del proceso terapéutico.
2. Establecer un contacto terapéutico con quienes demandan el servicio
3. Entrevistar, generar una relación de colaboración
4. Técnicas de enganche y de alianza terapéutica
5. Definir motivos de consulta y demandas terapéuticas.
6. Evaluar el tipo de problema y opciones de solución
7. Definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios.
8. Identificar necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas
9. Generar y/o aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los usuarios.
10. Formular hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones
11. Evaluar los resultados y terminar el tratamiento.
12. Crear e instrumentar herramientas o procedimientos innovadores para la evaluación de los procesos interaccionales, incluyendo el proceso de intervención y su seguimiento.
13. Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses del usuario, con los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven todos, para su evaluación.
14. Tratamiento.
15. Seleccionar las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando sus elecciones.
16. Diseñar, seleccionar y aplicar los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada en los sistemas: individual, conyugal, familiar y grupos específicos.
17. Acordar con el usuario el curso de acción terapéutica para responder a las necesidades y coestablecer un plan para el desarrollo del proceso terapéutico.
18. Elaborar reportes del tratamiento.

Para desarrollar estas actividades el programa contempla la práctica supervisada en diferentes sedes clínicas como una herramienta para el aprendizaje. Durante la formación, el estudiante tiene la oportunidad de ser el responsable de casos y además de formar parte del equipo terapéutico en los casos atendidos por sus compañeros. A continuación se presenta un cuadro-resumen de las familias atendidas durante la residencia en Terapia Familiar.

Cuadro: 3.1. Resumen de familias atendidas.

SEDE Y SUPERVISORA	CONSULTANTES	ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR	MOTIVO DE CONSULTA	No. de Sesiones	Intervenciones principales.
CCH 2 Dra. Juana Bengoa González	Familia Otero Rodríguez	Familia con hijos en edad escolar o adolescentes.	Bajo rendimiento académico	4	Interrogatorio circular. Preguntas de escala. Normalizar, despatologizar.
CCH 2 Dra. Juana Bengoa González	Familia Garcia Bautista	Familia con hijos en edad escolar o adolescentes.	Problemas de conducta	3	Uso de analogías, preguntas circulares, preguntas sobre la excepción.
ISSTE 2 Mtra. Susana González.	Familia Vargas Reyes	Familia con hijos adultos.	Depresión y problemas de pareja	6	Validar, reencuadre, sugestión hipnótica.
CLINICA FESI 3 Mtra. Ofelia Desatnick.	Familia Santos Cárdenas	Familia con hijos en edad escolar o adolescentes.	Conflictos entre madre e hijo	6	Establecimiento de límites y redefinir la jerarquía en la familia. Tareas simbólicas, uso de analogías.
Clínica FESI 3 Dra. Luz De Lourdes Eguiluz Romo	Familia Sandoval Aguirre	Familia con hijos en edad escolar.	Problemas de ansiedad y bajo rendimiento escolar.	7	Reencuadre, uso de metáforas, analogías y tareas simbólicas.
CCH 4 Mtra. Carolina Rodríguez González	Ana Lilia Campos Esparza	Familia con hijos en edad escolar.	Depresión de la adolescente	3	Preguntas circulares, establecimiento de límites claros, redefinición de los subsistemas.
CCH 4 Mtra. Carolina Rodríguez	Nora flores villa	Familia con hijos adultos	Problemas familiares	6	Preguntas circulares, rituales, uso del mito familiar.
ISSSTE 4 Mtra. María Rosario Espinosa Salcido.	Noemi Sara bautista cruz	Familia con hijos pequeños.	"neurosis de angustia"	2	Busqueda de excepciones, pregunta del milagro, validación.
* Los nombres de las familias han sido cambiados para preservar la confidencialidad.					

Durante la práctica clínica se intervino poniendo en práctica los diferentes modelos. Dentro de la perspectiva de las intervenciones estratégicas surge el trabajo de Milton H. Erickson, por lo que se considero desarrollar el tema de las Técnicas Ericksonianas y su aplicación en Terapia Familiar, como una influencia importante en las diferentes escuelas como ya se menciono en el capítulo 2.

3.2. Marco temático para el análisis de los casos.

Aplicación de las técnicas Ericksonianas en la Terapia Familiar.

Si Gregory Bateson es el padre teórico de la perspectiva interaccional y sistémica en psicología y psiquiatría, Milton Erickson representa el maestro al que hay que remitirse para las estrategias de aplicación clínica y para la modificación en breve tiempo de las situaciones disfuncionales (Camino y Gibernau, 2009).

Un elemento importante que hay que reconocer de Erickson, es su visión de cambio que nos deja ver en la siguiente enunciación “ *... y entonces se trata de hacer algo, que introduzca un cambio en el paciente, un cambio cualquiera. Porque el paciente desea un cambio, por pequeño que sea y lo aceptará como un cambio y ese cambio se desarrollara con arreglo a las necesidades de él. Se parece a arrojar una bola de nieve por la ladera de una montaña, al comienzo es una pequeña bola de nieve, pero como va rodando, se hace más y más grande y termina por producir una avalancha que se pliega a la forma de una montaña*” (1977). De esta forma nos introduce a ir paso a paso con el paciente en el camino del cambio, facilitando que ruede esa bola de nieve, pero siempre recordando que son los clientes los que poseen la solución a sus dificultades. En seguida describiremos brevemente los trabajos de Erickson y cómo han sido la raíz de muchas intervenciones y modelos de la Psicoterapia.

3.2.1. El personaje de Milton H. Erickson

Milton Hyland Erickson nació el 5 de diciembre de 1901, en un pueblo minero en la Sierra Nevada de Estados Unidos. Es el segundo de los 11 hijos, su infancia y adolescencia las paso en Wisconsin, donde su familia se dedicaba a la agricultura. Milton Erickson de niño presento algunas deficiencias como daltonismo, sordera parcial y algún grado de dislexia, dichas situaciones no representaron dificultades en su aprendizaje escolar. En 1919 se graduó de la secundaria, era un destacado atleta y en agosto enfermo de poliomielitis y requirió un año para recuperarse.

Permaneció en cama incapaz de mover el menor músculo y sin ninguna sensación corporal, movía lo ojos y el oído no se vio afectado. Si poder determinar donde estaban sus piernas y sus manos, fue un ejercicio para él tratar de identificar donde percibía alguna sensación en su cuerpo, en una mano, un pie, un dedo, esta situación le ayudo a estar muy atento a los movimientos. Comenzó a observar cuidadosamente su entorno, la gente y sus movimientos, entendiendo la relevancia del lenguaje verbal y no verbal, comprendió que gran parte de nuestra comunicación esta en nuestro movimientos, no en el discurso (Haley 1967; Rozo, 2007). Posteriormente pudo dar un manejo adecuado a sus músculos y aprendió a caminar y en menos de un año pudo caminar con muletas, e inicio sus estudios de medicina y en 1928, recibió su grado y su master en psicología (Pacheco, 2000).

En 1952, le da un segundo ataque de poliomeilitis, a partir de este momento el dolor es su compañero constante. Alrededor de los años sesentas, Erickson se encuentra en la etapa más ocupada de su vida, su trabajo es muy variado y en diversos ámbitos muchas personas intentan contactarlo. En 1980 fallece en Phoenix antes de un congreso internacional dedicado a su trabajo.

La vida de Erickson nos demuestra que lejos de sumergirse en su minusvalía compensó notablemente con su gran inteligencia, perspicacia, intuición y creatividad (Ceberio, 2009; Zeig, 1992; 1994; González, 2004). Asimismo, tuvo un gran carisma para atraer a personalidades de diversas disciplinas que estaban ávidos de aprender de él. Muchos de los encuentros fueron entretejiendo la historia de la terapia familiar, a continuación se mencionan algunos.

3.2.2. Los encuentros de Milton H. Erickson

En 1938 Margaret Mead, a sugerencia de Abraham Maslow, consulto a Erickson para que la asesorara sobre sus trabajos producto del viaje a Bali, inician correspondencia y finalmente se encuentran en Michigan, donde vivía Erickson. Gregory Bateson casado entonces con Mead conoció a Erickson y comenzaron a intercambiar ideas (Wittezaele y García, 1994; O'Hanlon, 1994; Pacheco, 2000). Durante la segunda guerra mundial, Bateson, Mead y Erickson realizaron una investigación para el Departamento de Estado acerca del carácter alemán y japonés y los efectos de la propaganda nazi.

Más tarde en 1942, se lleva a cabo la Primera Conferencia Macy que logro reunir a varias personalidades como Wiener, Cannon, Von Neuman, Mead y Bateson. Diversos autores han llegado a considerar que Gregory Bateson es el tronco común a través del cual se ramificaron las enseñanzas de Erickson (Camino y Gibernau, 2009).

En 1948, Erickson se muda a Phoenix, por sus problemas de salud renuncia al cargo de Director Clínico de Hospital de Arizona e instala un consultorio privado en su casa.

En 1950, Bateson en una carta dirigida a Erickson le delinea su teoría de la doble coacción y le consulta acerca de las acciones del hipnotista y sobre las familias esquizofrénicas. Al mismo tiempo le presenta a Haley y Weakland quienes a partir de ese momento viajan constantemente a Arizona para aprender los métodos de Erickson. Jay Haley fungió como un eslabón entre el grupo Bateson y el trabajo de Erickson (Pacheco, 2000; Camino y Gibernau, 2009).

Estos encuentros marcan la influencia de Erickson en el trabajo que desarrollaría el Mental Research Institute (MRI), las premisas del enfoque interaccional se pueden considerar como una exposición de los métodos originales de Erickson (Wittezaele y García, 1994 ; Pacheco, 2000).

De este modo, su influencia se extendió a Paul Watzlawick, Don Jackson y Richard Fisch, tan es así que Erickson escribió el Prólogo del libro Cambio.

Haley dejó el Proyecto de Palo Alto, para fundar después el Family Therapy Institute of Washington, pero sin duda fue el primer promotor de la terapia de Erickson (O' Hanlon, 1993; Pacheco, 2000). Escribió en varios libros las enseñanzas de Milton Erickson y con eso se dio una gran difusión a su trabajo. El nivel de efectividad en los resultados de sus intervenciones le equivalió el nombre del "guru de Phoenix". Su modelo puede ser descrito por intervenciones que desafiaban la lógica racional, tareas que parecían absurdas y hasta paradójicas. De esta forma fue influenciando enormemente los modelos de terapia que iban surgiendo, a continuación se describen sus principales influencias en la Psicoterapia.

3.2.3 Influencia de Milton H Erickson a la Psicoterapia.

Los encuentros antes mencionados, permitieron difundir las enseñanzas de Erickson, sobre todo en el enfoque sistémico, pero no sólo ahí. Pacheco (2001) revisa que la herencia de Milton Erickson se puede encontrar en al menos seis corrientes de pensamiento en Psicoterapia como son; Terapia estratégica, El Mental Research Institute (MRI), Terapia Orientada a la Solución, Terapia Psicobiológica de Ernest Rossi, la programación Neurolingüística y los denominados Neo-Ericksonianos.

Haley retomó las enseñanzas de sus encuentros con Erickson, para formular su terapia estratégica, ejemplo de ello es su obra "*Terapia no convencional, las enseñanzas psiquiátricas de*

Milton Erickson” integra las innovaciones de la terapia breve, entre ellas la *ordalía terapéutica*, tareas, uso de metáforas (Zeig y Munion, 1999, citado en Pacheco, 2000).

Por otro lado, el grupo del MRI, desarrollo un enfoque sistémico interaccional, colocó a prueba y sistematizo las ingeniosas técnicas terapéuticas de Milton Erickson, incorporaron a su modelo prescripciones de comportamiento e intervenciones paradójales quizá con nuevos nombres, sin embargo dejaron fuera las intervenciones hipnóticas formales y el concepto del inconsciente (Wittezaele y García, 1994; Pacheco, 1997).

Más tarde, Watzlawick (2008) denominó “hipnoterapia sin trance” a las directivas terapéuticas que se emplean en una conversación terapéutica sin rituales hipnóticos y que movilizaban al paciente y modificaban el encuadre del problema.

Asimismo, Watzlawick y Nardone han utilizado el lenguaje hipnótico para su uso en la terapia estratégica, en casos de miedo, fobias y pánico (1999). El propósito es alentar la disposición del paciente a cooperar para que realice las tareas que se plantean en las sesiones.

De la misma forma, el Modelo de Soluciones de Steve De Shazer (1989), tiene muchas influencias algunas de pensamiento y otras técnicas del trabajo de Erickson. En primer lugar de Shazer retoma de Erickson la visión despatologizante de la terapia, el énfasis en los recursos de los consultantes y no en sus déficits y la orientación al futuro.

La orientación al futuro empleada en la conversación terapéutica, ha obtenido resultados similares a los de Erickson utilizando trance hipnótico. Asimismo, formulo la pregunta del milagro, con las bases de la técnica de la bola de cristal de Erickson. De Sahzer (1984;1986; 1989) planteo que la terapia breve puede verse como un refinamiento y desarrollo de los principios de Erickson para la resolución de los problemas clínicos.

Por otro lado encontramos el enfoque Psicobilógico desarrollado por Ernest Rossi, quien fuera su discípulo desde 1972 hasta 1980. Los trabajos de Erickson fueron divulgados ampliamente por Rossi (1983), quien enfatiza la sistematización del lenguaje hipnótico, además de profundizar en las bases psicofisiológicas de la hipnosis naturalista. Actualmente se centra en la comunicación mente-cuerpo.

Otra corriente influenciada por los aportes de Erickson es la Programación Neurolingüística desarrollada por Grinder y Bandler, quienes se centraron en el estudio lingüístico de las pautas de terapeutas exitosos, también emplearon la gramática transformacional de Chomsky (Pacheco, 2001).

Algunas de sus obras son: *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson, M.D. Volume 1 y 2*. 1975, Meta Publications y *Trance-Fórmate. Curso práctico de hipnosis con programación neurolingüística* (1994).

Existe otra corriente que ha retomado los principios Ericksonianos, Zeig y Geary (2000), la denominan los neoericksonianos, y la conforman aquellos que estudiaron con él en la última década de su vida y que has sistematizado diversos aspectos de su enfoque, haciendo énfasis en las pautas hipnóticas, entre estos terapeutas encontramos a Jeffry Zeig, Caro y Stephen Lankton, Stephen Guilligan y Michel Yapko.

Zeig ha sistematizado y difundido las contribuciones de Erickson, y sus aplicaciones a diversos tipos de pacientes, Carol y Stephen Lankton (1989; 2007; 2008) han trabajado sobre la construcción y el uso de las metáforas terapéuticas en psicoterapia y su trabajo se enmarca en un enfoque estratégico sistémico, Yapko, no estudio directamente con Erickson, sin embargo comenzó a incorporar sus métodos, principalmente en el tratamiento de la depresión, los conceptos cognitivos, estratégicos e hipnoterapéuticos.

Es claro ver cómo se ha extendido el pensamiento de Erickson, pocas personalidades lo han conseguido y demostrando el alcance de sus principios básicos que a continuación se describen.

3.2.4 Principios básicos de la Terapia Ericksoniana.

El enfoque Ericksoniano quebranta todos los *a priori* que puedan tenerse sobre la psicoterapia y sobre el conocimiento humano, para Erickson, toda intervención debía comenzar por la observación minuciosa de la comunicación, no para reducirla a categorías, sino para comprender a la persona en su especificidad en su unicidad. Han sido muchos los autores que han pretendido rescatar las enseñanzas de Erickson y plasmarlas en artículos o libros, Zeig (1985), por ejemplo destaca ciertos puntos que son importantes

- No tener ideas preconcebidas del paciente. Es importante la observación que permita la comprensión certera de la problemática y permite huir de la estrechez de la clasificación para centrarse únicamente en el universo del paciente.
- Pretender un cambio progresivo. La meta es lograr cambios concretos para futuros próximos. El terapeuta no puede aspirar a controlar todo el proceso de cambio del paciente, solo inicia posteriormente éste sigue su camino, es como una bola de nieve que rueda convirtiéndose en una montaña, pero adaptándose a la forma de la montaña.

- Establecer el contacto con el paciente en su propio terreno. El terapeuta debe entrar en contacto con el paciente y establecer una relación con él.
- Crear situaciones en las que las personas puedan darse cuenta de su propia capacidad para modificar su manera de pensar. Es fundamental permitir al paciente que reconozca sus recursos y pueda usarlos.

Por su parte O'Hanlon (1993) menciona otras características distintivas de los principios básicos del trabajo de Milton H. Erickson. En primer lugar tenía una *orientación naturalista*, que se basaba en que todas las personas tienen dentro de sí las capacidades naturales necesarias para superar sus dificultades y resolver sus problemas, además consideraba que todos podemos entrar en trance. Erickson solía decir “*no es necesario añadir nada desde fuera, pues todas las respuestas se encuentran dentro, los seres humanos son capaces de conservar y sostener su salud si se les permite*”. La terapia podía ser un proceso muy natural, no ritualista.

Otro principio es la *orientación indirecta y directiva*, en este sentido, Erickson, era muy directo en cuanto a lograr que la gente hiciera cosas y a bloquear pautas antiguas que mantienen el síntoma, sin embargo, no pretendía decir cómo vivir su vida, lo que hacía era aflojar la rigidez de las personas para que descubrieran otras formas de vivir y de pensar.

La *responsividad* es otro principio, Erickson, concebía que las personas son capaces de reaccionar a diferentes estímulos con diferentes respuestas, trataba de aprender de las pautas individuales de conducta y respuesta y las utilizaba a favor del cambio.

Erickson poseía una *orientación de utilización*, pues utilizaba creencias, conductas características rígidas, para que facilitaran la terapia. Además también practicaba una *orientación de presente y de futuro*, pues decía que la vida se vive en el presente y para el mañana, la terapia se situaba para preparar el mañana, el mes próximo, en este sentido no se orientaba al problema, sino a la solución (O'Hanlon, 1993). Lo que esperamos del futuro condiciona nuestras conductas en el presente, aprovechando esto, se orienta a las personas a visualizar un futuro sin problemas (Camino y Gibernau, 2009).

De esta forma, el trabajo de Erickson era interaccional, pues a través del lenguaje, el terapeuta y el individuo o la familia se construía una nueva realidad.

Por lo anterior es muy importante que el terapeuta desarrolle las siguientes habilidades:

- Flexibilidad. La terapia debe ser formulada para cada individuo y no recortar la persona para que se adecúe al hecho de una teoría hipotética de la conducta humana. (Erickson, 1979, citado en O´Hanlon, 1993). Por lo tanto el terapeuta tendrá que ser flexible, si lo que estaba haciendo no resultaba, debe hacer algo distinto sin sentirse atado.
- Observación. Es importante desarrollar la capacidad de observar y escuchar al mismo tiempo que se desarrollan todas las modalidades sensoriales y se detectan en el paciente, lo mismo que en su lenguaje, los cambios de tono de voz, gestos, palabras en las que tenemos que centrar la atención. La capacidad para observar constituye una parte fundamental (O´Hanlon, 1993).

En resumen, podemos considerar a las siguientes como las principales aportaciones de Erickson.

Cuadro 3.2. Aportaciones del trabajo de Milton H. Erickson.

Tratamiento Breve.	Uno de los primeros en proponer un tratamiento breve.
Foco sobre los síntomas.	Utilizo los síntomas de sus pacientes y los utilizó como palanca para el cambio sistémico. El mejoramiento en los síntomas tiene un efecto de bola de nieve de la reorganización terapéutica de los clientes.
Utilización.	Utilizo terapéuticamente todo lo que los pacientes traen consigo.
Procedimiento indirecto.	Era experto en la comunicación en múltiples niveles. Empleo de tareas terapéuticas fuera de la terapia con contenido metafórico, siembra de ideas, redefinir el problema, entre otras (Haley, 1973, Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974, Zeig y Gaery, 1990).
Terapeuta activo.	Sume la responsabilidad por la planificación, influencia, de cambios. Las técnicas emanan del terapeuta.
Énfasis sobre lo positivo	Acentúa estrictamente el intento de adaptación que representaban los síntomas, libres de etiquetas peyorativas.
Tratamiento a la medida del cliente	Énfasis en la individualidad en los valores, historia y experiencia, pensamiento, estilo de interacción de sus pacientes.

3.2.5. Técnicas Ericksonianas.

El enfoque Ericksoniano se caracteriza por emplear técnicas terapéuticas para ser utilizadas en la sesión o fuera de ella, éstas pueden ser hipnóticas o no hipnóticas, A continuación algunas técnicas que se desprenden del trabajo de Erickson y que han sido incluidas en otros modelos de terapia.

Utilización: Sin duda una de las herramientas fundamentales en el trabajo de Erickson es precisamente la utilización, incluso autores como O´Hanlon (1993), consideran que es un principio de la Psicoterapia Ericksoniana, mientras que otros, la retoman como una técnica terapéutica como Zeig,

(1992). Erickson, consideraba que los terapeutas no deberían despreciar alguna parte de la conducta de sus clientes, así, el comportamiento del paciente es parte del problema que traen a consulta.

Por su parte Zeig (1992) la concibe como la disposición del terapeuta para responder estratégicamente a cualquiera de los aspectos del cliente o el ambiente.

En la hipnosis Erickson, empleaba esta herramienta para incrementar y facilitar el trance hipnótico, sin embargo, posteriormente la traslado hacia todo el proceso terapéutico empezando a utilizar el lenguaje del paciente, sus creencias y marcos de referencia, intereses, motivaciones, la conducta del presente, los síntomas y la resistencia (O'Hanlon, 1993, Camino y Gibernau, 2009).

La importancia de hablar el lenguaje del cliente incluye tanto el nivel verbal y no verbal. De este modo, en el plano analógico estaremos atentos a sus actitudes, gestos posturas, manierismos, movimientos, tono de voz, secuencia, ritmo, cadencia entre otros. En el plano de lo verbal, su estilo de conversación, muletillas, terminología más usada, contenidos y temas predilectos (Ceberio, 2009).

Reencuadre: Erickson en su seminario en 1958 (2005) plantea el reencuadre como un cambio del propio marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura, De esta forma se trata de aprovechar la oportunidad de darle al paciente una nueva forma de ver un problema concreto (asociando un nuevo significado con hechos que antes tuvieron otros significados, para ello es preciso cambiar el punto de vista conceptual y/o emocional en relación con el cual es experimentada una situación y ubicarla en otro encuadre que se adecue igualmente bien o mejor a los hechos (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 2003).

Lo que cambia es el sentido atribuido a la situación no los hechos. En este sentido la realidad queda determinada por el punto de observación desde donde, la mira el sujeto, si se cambia el punto de observación, cambia también la realidad. El reencuadre tendrá que considerar el problema, los puntos de vista, las expectativas, motivos, premisas es decir todo el contexto del problema (Haley, 2003).

De esta forma, el dominio de las intervenciones se amplía para incluir tanto el reencuadre (proporcionando un marco significativo alternativo) como el desencuadre (que anula o arroja duda sobre los significados).

En este sentido, De Shazer plantea que las excepciones del síntoma abren el marco de referencia de los clientes y les permiten ver a través de él, de esta forma podemos llegar a la intervención del reencuadre (de Shazer, 1991).

Siembra: Se puede definir como activar un blanco que se intenta alcanzar, presentando antes una sugestión indirecta y encubierta. El blanco puede ser una directiva, una interpretación, un trance hipnótico, entre otras; lo activamos si hacemos preceder una clave a la presentación de una intervención. A Erickson le parecía bueno sembrar o establecer ciertas ideas y más tarde construir sobre ellas se enfatizan en las ideas en el momento que comienza a generarse el intercambio así más adelante, si quiere llevar a cabo cierta respuesta, ya tiene todo el fundamento para trabajar. Erickson, no solo sembraba sus intervenciones específicas, también sembraba sus historias antes de presentarlas (Zeig, 1990, 2004).

Por otro lado, podemos considerar la siembra como un derivado lógico de la “utilización”, ello implica prestar atención a todo lo que trae el paciente consigo para usarlo con fines terapéuticos. Por lo general el paciente siembra ideas destinadas a su terapeuta, en consecuencia el terapeuta puede sembrar ideas a su paciente (Zeig, 2004). La siembra se puede emplear en trances formales o no para mejorar el impacto de nuestras intervenciones.

Técnica de confusión: Erickson la empleaba en las inducciones hipnóticas como una forma de romper las rigideces de las personas, teóricamente el paciente se desorienta con la comunicación o conducta confusa del terapeuta y se “agarra” de lo primero que tiene sentido, esto provoca un aumento en la atención que refuerza el mensaje de la sugestión.

Hipnosis: Es un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas que facilita y promueve el contacto con los recursos naturales de cada individuo, para prevenir y resolver problemas. Se le da el nombre de hipnosis natural porque todas las personas tienen la posibilidad de estar consigo mismas haciendo uso de la respiración, la imaginación, emociones, sensaciones, entre otras. En este sentido en diferentes momentos de la vida estamos en trance sin la necesidad de un trance formal.

Erickson creía que la hipnosis era un recurso para facilitar el contacto con el paciente, ayudar al paciente a que comprenda mejor lo que dice el terapeuta, y motivar a los pacientes a aceptar los cuidados, la guía, el consejo y la instrucción médica. La hipnosis es un método para comunicar ideas a la gente. Poner a la persona en trance, establecemos un estado de predisposición a la recepción de ideas y a medida que las personas están receptivas desarrollan una tendencia a responder a ellas (Erickson, 2005). El paciente hipnotizado tiende a poner atención al o que es importante, no en cosas irrelevantes.

Orientación al futuro: Erickson enfatizó la importancia de considerar el futuro en las intervenciones terapéuticas como una herramienta de cambio, que fuera encaminada a la solución del problema. El lenguaje se convirtió en un vehículo para llevar a la persona a visualizarse sin el problema, hablar del problema en pasado y de la solución en el presente brindan otra perspectiva al paciente. Dentro de las herramientas usadas para llevar a la persona a la orientación al futuro encontramos la ilusión de alternativas, el lenguaje presuposicional, la bola de cristal y la pregunta del milagro (Cade y O'Hanlon, 1995) que ya expusieron con anterioridad en el capítulo 2.

Otro elemento empleado por Erickson para esta orientación al futuro son las sugerencias post-hipnóticas, que se refiere a la sugestión dada hoy, en este trance para ser llevada a cabo por el paciente en algún momento en el futuro. Cuando se da una sugestión post-hipnótica hay que saber qué es lo que se está sugiriendo, ya que es posible dar sugerencias que puedan frustrar o limitar (Erickson, 2005).

A continuación mencionaremos algunos de los elementos a considerar en las sugerencias hipnóticas:

- Disposición para responder, se inicia el aprendizaje con la mente consciente y después, poco a poco aprendes más y más con tu mente inconsciente hasta que finalmente quiere que la mente inconsciente realice todo el aprendizaje.
- Implicación de la subjetividad y aprendizaje. Erickson consideraba que para cada paciente y en cada situación la hipnosis era una experiencia de aprendizaje. Hay que recordar que no todas las personas aprenden de la misma forma. Una experiencia de aprendizaje para el paciente y el terapeuta.
- Participación. El paciente es la persona más importante en este proceso y la tarea del terapeuta es obtener la participación del paciente.
- Metas y expectativas. Es importante considerar que es el paciente quien lleva el ritmo, cuando se construye una meta se espera que los resultados se produzcan en el tiempo que sea mejor para el paciente, no para el terapeuta.
- Confianza. Erickson hacía énfasis en que el terapeuta debe tener confianza en sus habilidades, pero matizada con la voluntad de aprender y compartir con el paciente y favorecerlo, complacerle y ayudarlo (Erickson, 2005) .

La comunicación sugestiva: Erickson encontró un nuevo sentido a las sugerencias cuando se percato de que para que el paciente la aceptara debía ser personalizada y congruente con su personalidad. Tiene que tener en cuenta la función y el contexto del síntoma fue así como creo las sugerencias indirectas, que se pueden ver como una sugerencia para abrir posibilidades de cambio (Camino y Gibernau, 2009). También empleo este tipo de comunicación fuera del trance y sembrando sugerencias durante todo el proceso terapéutico.

Metáforas, anécdotas cuentos y autorevelaciones: Erickson pionero en la incorporación de metáforas. La hipnosis utiliza un lenguaje metafórico, las comunicaciones deben ser registradas por el inconsciente o el hemisferio derecho que utiliza básicamente el lenguaje metafórico o analógico (Camino y Gibernau, 2009). Por lo tanto al utilizar una metáfora utilizaba la comunicación sugestiva en la inducción al trance, cambiando el tono de voz, enlenteciendo el ritmo de las palabras, fijando la mirada, jugar armoniosamente con los silencios, incluso daba a la comunicación terapéutica un estilo poético y emocional desconocido hasta el momento. Se puede decir que las metáforas cumplen varias funciones terapéuticas, a continuación se describen algunas:

- Definen la comunicación como lúdica, fomentan las relaciones íntimas y el apego entre las personas, al igual que la inducción hipnótica estructuran una relación complementaria y asimétrica entre “contador y oyente”.
- Se expresan en imágenes por tanto son una comunicación analógica con el hemisferio derecho, promueven la emotividad y evitan la racionalización.
- Un lenguaje construido sobre imágenes visuales tiene un tiempo de permanencia y elaboración mental mayor lo cual contribuye a un cambio (Góngora y Beyebach, 1995).
- Sorteas las posibles resistencias del paciente al presentarse como menos amenazante que una interpretación directa.
- Aumenta la eficacia de la comunicación dando más intensidad dramática al mensaje que se quiere transmitir captando la atención del oyente.
- Pueden funcionar como una redefinición o una externalización del problema. - Su uso deja al paciente la libertad de elegir la interpretación más provechosa para él, puede utilizarse como una confrontación impactante (Camino y Gibernau, 2009).

Prescripción de tareas. Erickson formulaba tareas con un doble fondo, en primer lugar era eliminar el síntoma, pero también reestructurar la dinámica que creaba el síntoma y generar una nueva experiencia en la persona, generalmente de naturaleza interaccional. Muchas de las tareas estaban cargadas de simbolismo, de esta forma ofrecen la posibilidad de cambio de percepción o una reestructuración cognitiva de la problemática presentada (Camino y Gibernau, 2009).

Erickson nunca se definió como terapeuta sistémico, pero los abordajes terapéuticos al tratar parejas y familias dejaban ver algunas aproximaciones sistémicas. La terapia Ericksoniana actual es mucho más que el uso del lenguaje hipnótico en trances formales o no, para modificar los síntomas de los pacientes, el terapeuta Ericksoniano es realmente un terapeuta estratégico, que emplea los métodos más adecuados para el paciente según el estilo de respuesta de este y el modo peculiar en que se manifiesta y mantiene el problema (Pacheco, 2000).

Si en un principio centró su actuar en la hipnosis con el tiempo lo fue empleando cada vez menos, enfatizando el uso de la metáfora. Su gran capacidad de observación y estudio del lenguaje en sus dos niveles, que pudo adquirir a partir de la inmovilidad que le acusó su enfermedad, le permitió entender muy bien cuáles estrategias funcionarían mejor con cada persona.

Después de revisar las técnicas anteriores, podemos dar cuenta del gran impacto que ha tenido Erickson en los diversos modelos de abordajes de la terapia familiar, ahora empleamos diversas herramientas y técnicas casi sin darnos cuenta que tienen sus raíces en el trabajo de Erickson. A continuación se presentan dos casos que fueron atendidos durante la Formación de la Residencia en Terapia familiar, para con ellos ejemplificar el uso de algunas técnicas Ericksonianas en el proceso terapéutico.

3.2.6. Aplicación de las Técnicas Ericksonianas.

Las aportaciones de Erickson han sido retomadas al paso del tiempo por diferentes escuelas, teniendo impacto en diversas corrientes de pensamiento e intervención psicológica, en seguida se describe cómo es que se han aplicado a diferentes problemáticas y en diversos ámbitos.

El problema de las adicciones a las drogas es tema recurrente en la consulta terapéutica, resulta complicado en ocasiones enganchar a las familias y al consumidor, estimular la cooperación es fundamental, en este sentido, algunas herramientas que provienen de la experiencia de Erickson han resultado útiles, por ejemplo, haciendo propias las metas del paciente, promoviendo así la cooperación con los aspectos positivos y centrando la atención más en la solución que en el problema, crea una expectativa positiva para el futuro. El objetivo es ayudar al consumidor a

descubrir y utilizar los modelos no problemáticos, para ello se pueden usar preguntas, como las que emplea el Modelo de Soluciones, quien retoma Erickson, por ejemplo, ¿hay días en que no tienes problemas de consumo de drogas? ¿Qué es lo que cambia de tu vida cuando no existe el problema?, entre otras. La meta final será ayudarlo a utilizar sus propios recursos e insertarlo en un proceso de posibilidades de superación del problema (Uvil, 2000, Huesca, 2009).

Otro ámbito donde se han podido aplicar las técnicas Ericksonianas es el deporte, pues para preparación de los atletas se ha usado la auto hipnosis y visualizaciones para hacer ensayos a futuro, disminuir el estrés, la ansiedad e incrementar la relajación. Existen varios casos que nos muestran el éxito de estas técnicas, como el de Lawrence Masterson, lanzador de bala que siguiendo las enseñanzas de Erickson paso de 17.40 metros a 21 metros. Un competidor de Golf quien por medio de trance hipnótico logro llegar al hoyo 18 con menos de 75 golpes cuando su marca era 90, con la sugestión de que atacara cada hoyo como si fuera el primero (Hernandez, 2008).

Asimismo, encontramos que el Centro Ericksoniano de México, cuenta con dos tesis de maestría, la primera “*el efecto de la psicoterapia Ericksoniana en el manejo de Estrés en Gimnasia Olímpica*” de Pesqueira Romero, (2002) y “Analogía entre los principios del Aikido y la Psicoterapia Ericksoniana”, de Reyes Díaz, (2003), en la que se explica la relación de los principios del Aikido con los recursos internos, la visualización, la armonía y el uso de metáforas.

En este sentido Hernández Aguilar (2008), plantea que el comportamiento del ser humano es el producto de sus creencias y para un atleta romper su propio record es demostrar su capacidad para asimilar nuevas habilidades, al proponerse alcanzar determinadas metas, elige asumir la responsabilidad de construir algo que aún no existe, pero que puede visualizar y para actuar a favor de que lo que se ha imaginado se haga realidad. De esta forma trabajo con el equipo de clavados de Baja California Sur con psicoterapia Ericksoniana y los conceptos de metas, visualización, disposición, trabajo en equipo, y recuperación, obteniendo como resultado el 5 lugar nacional y la obtención de 6 medallas, con la participación de 9 competidores, lo que demuestra la efectividad de estas técnicas.

Por otro lado las técnicas hipnóticas también se han empleado en el ámbito educativo, ejemplo de ello es el trabajo realizado por Bengoa (2010), en el cual emplea intervenciones estratégicas basadas en el trabajo de Erickson, como son los cuentos y la orientación al futuro, dirigidas a alumnos, maestros y padres de familia para mejorar la convivencia escolar dentro de una secundaria.

La hipnosis también se ha utilizado para controlar el dolor, en este caso es primordial explorar la percepción del dolor para cambiarla, además de indagar si el dolor cumple una función o si es vivido como una forma de estar alerta., una vez que se determina esto, se puede usar la técnica de focalizar la atención en otra parte del cuerpo, transformación de imágenes quinesísticas en visuales; cuando visualizamos dejamos de sentir, mientras más detalles visuales tengamos mejor tendremos una desensibilización al dolor. Además se puede hacer uso de recordar una escena placentera, uso de metáforas, entre otras. Durante el proceso de hipnosis existe una comunicación, la cual tiene un contenido (ofrece información) y un mandato (mensaje acerca de cómo utilizar esta información). En las clínicas del Dolor, existe un trabajo de equipos multidisciplinarios para optimizar los resultados terapéuticos (Sámano y Abia, 1996). Asimismo, El Instituto Mexicano del Seguro Social realizó un estudio en 43 mujeres con síndrome de Fibromialgia que se asignaron aleatoriamente a hipnosis Ericksoniana, obteniendo reducción del número de puntos dolorosos, lo que abre la posibilidad de que la hipnosis sea una medida auxiliar en el manejo del síndrome de fibromialgia (Álvarez, Negreros, Nuño, Álvarez –Berzunzo y Alcocer, 2006).

Se tiene el antecedente de dos cirugías generales con técnicas Ericksonianas en el hospital Ángeles del Pedregal, obteniendo como resultado mayor estabilidad en los signos vitales y más rápida recuperación en un 50% y ausencia de complicaciones postoperatorias (Sámano y Abia, 1996)

Feixas (2008) analiza cómo las Terapias Cognitivas pueden incorporar las herramientas desarrolladas con Erickson para incrementar el éxito en sus intervenciones. Enfatiza que en la hipnosis hay un trabajo de reestructuración que se realiza de forma inconsciente (Hawkins, 2006, en Feixas, 2008). Aunque pueda sorprender cuando la hipnosis se emplea en un contexto psicoterapéutico es muy similar a las terapias cognitivas. En este sentido Erickson en 1954 (Procter, 2002) plantea que la terapia surge de una síntesis interior de la conducta del paciente que hace el mismo paciente, la resociación y reorganización de ideas, recuerdos e interpretaciones mentales de su propia vida experiencial es lo que produce una cura auténtica. La hipnosis abre posibilidades de intervención.

A continuación se presenta un cuadro que resume las aplicaciones de las herramientas Ericksonianas a diferentes ámbitos.

Cuadro 3.3. Utilidades de las técnicas Ericksonianas. Tomado de la “Sociedad Hispano Americana de Psicología Aplicada”, 2002.

Medicina
<p>Producir insensibilidad al dolor (anestesia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar o atenuar todo tipo de dolores o molestias - Mejorar la efectividad del sistema inmunitario. - Mejorar cualquier enfermedad en general. - Especial uso en dermatología, donde se eliminan con facilidad eczemas, verrugas o erupciones cutáneas.
Psicología.
<p>Tratamiento de todos los trastornos mentales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Timidez, eneuresis, fobias (agorafobia, claustrofobia, miedo a los animales, etc), adicciones (tabaquismo, ludopatías, alcoholismo...) - Indecisión, falta de concentración, estrés, depresión, angustia, tartamudez... - Mejorar las relaciones sociales...
Educación y enseñanza
<p>Mejorar el rendimiento escolar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la memoria y acrecentar la asimilación al estudiar - Estimular las capacidades creativas. - Incrementar la capacidad de comprensión y asimilación. - Motivar para el estudio, incluso de aquellas asignaturas que se “resisten”
Economía empresas y ventas
<p>Mejorar los dones de convicción</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular la capacidad para crear estrategias. - Adquirir conocimientos para convencer más y mejor a los clientes. - Trabajar en equipo con eficacia.
Política y comunicación Social
<p>°Comunicación de masas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sugestión colectiva. - Técnicas de comunicación social
Deporte
<p>Incrementar la resistencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar los reflejos y la rapidez - Aumentar la concentración durante competiciones o ejercicios. - Desarrollar la capacidad física total del cuerpo. - Coordinar óptimamente la relación pensamiento-movimiento. - Aumentar la fuerza física. - Aumentar la motivación.

3.2.7 Las técnicas Ericksonianas hoy en día.

En la práctica terapéutica empleamos diversas técnicas que nos permiten cumplir con los objetivos fijados en el proceso. La herencia de Erickson para la psicoterapia es invaluable, y quizá en ocasiones no se ha reconocido apropiadamente. Quizá en parte por los mitos que corren alrededor de la hipnosis, aunque Erickson sea mucho más que solo hipnosis, de hecho sus contribuciones van más allá, pues se centran en primer lugar en mirar de otra forma a nuestros consultantes, mirarlos capaces de cambiar y actuar.

El terapeuta que emplee las técnicas Ericksonianas, no buscará el origen del problema, por el contrario se concentrará en saber cómo funciona y cómo puede cambiarlo. Para ello es importante crear una relación terapeuta-cliente a través del lenguaje que permita la cooperación para que siga las directivas, empleando la visión naturalista.

En este sentido, podremos mirar los recursos del cliente y facilitar su utilización en su beneficio.

Durante la formación en la Residencia Familiar, tuve la experiencia de trabajar empleando algunas técnicas Ericksonianas, algunas enmarcadas en otros modelos como el de Soluciones o el Estratégico, sin embargo originales del pensamiento de Milton Erickson, por lo que a continuación se presentan dos casos, en los que se describe el proceso terapéutico que se llevo a cabo y como se fueron insertando a lo largo de éste diversas técnicas.

Para el análisis de los casos se presentara la ficha de descripción que incluye la sede, el equipo que participa y la supervisora. Se desarrolla el familiograma y posteriormente se describe brevemente a la familia, así como el motivo de consulta, los objetivos terapéuticos y una síntesis del desarrollo del proceso terapéutico, en donde se resaltan las intervenciones realizadas en cada caso. Al final se retoman algunos aspectos teóricos para concluir el análisis del caso.

3.3. Análisis de los casos.

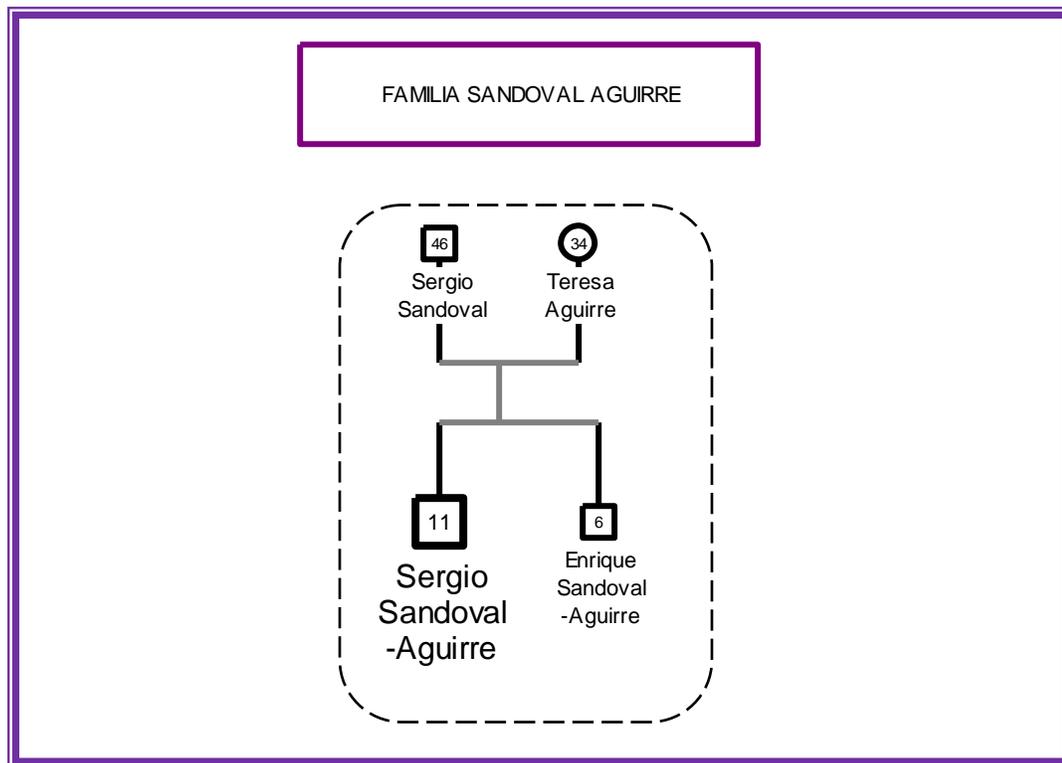
3.3.1 Caso Familia Sandoval Aguirre.

Sede Clínica: Clínica de Terapia Familiar FES-Iztacala.

Supervisora: Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo.

Equipo de Supervisión: Gladys Gerardo, Víctor Mendoza, Nélida Padilla e Isabel Pérez.

Figura 3. 4 Familiograma



Etapa del ciclo vital familiar. Familia con hijos pequeños o en edad escolar, la familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo que es la escuela, empieza a desarrollar nuevas pautas para apoyar las tareas escolares, definir quién lo hará asimismo se establecen las reglas acerca del esparcimiento.

Motivo de consulta: La familia solicita terapia ya que en la escuela han reportado a Sergio de 11 años con problemas de ansiedad, lo que le genera dificultades en la escuela y según sus padres su rendimiento escolar ha bajado.

Antecedentes: Durante el contacto telefónico, la señora Teresa comenta que desde hace un año han aumentado los problemas con Sergio, pues en la escuela refieren que es ansioso, le cuesta trabajo concentrarse, en ocasiones platica mucho y se distrae. Su maestra de quinto año lo refirió a la Clínica Universitaria de Salud Integral Iztacala (CUSI) para que le realizaran una evaluación, recomendó terapia familiar, pues considera que le puede ayudar más. Enrique de 6 años pelea mucho con su hermano. El señor Víctor es auditor y tiene que viajar constantemente, por lo que no se involucra demasiado en el cuidado de los hijos, en un principio comentan que no les es posible asistir a las sesiones.

Objetivos terapéuticos:

- Identificar las situaciones que provocan ansiedad a Sergio en la escuela y a la familia en casa.
- Trabajar sobre la ansiedad de Sergio y sus problemas en la escuela.
- Facilitar la expresión de los miembros de la familia.
- Dentro de estos objetivos el equipo visualiza la necesidad de introducir nuevas pautas de relación en la familia respecto a las actividades de convivencia más acordes al ciclo vital de la familia.

Desarrollo del Proceso terapéutico: Asiste a la sesión toda la familia, se notan tensos y preocupados. Los padres manifiestan su preocupación por los “desajustes” de Sergio en la escuela, en matemáticas es en donde más tiene problemas y no se explican por qué, para ello optaron por buscar una maestra de regularización.

El señor Víctor comenta que le es muy complicado apoyar a su hijo ya que casi no está en casa, refiere *“además no sirvo para enseñar, soy poco tolerante, imagínese mi esposa tuvo que aprender a manejar en una escuela, porque yo me desespero.”* fue así como decidieron que la mejor opción era conseguir una maestra para Sergio.

La señora Teresa comenta que ella no sabe muy bien qué hacer con ellos, porque en ocasiones pelean mucho y no sabe cómo tratarlos, se desespera mucho. Refiere que Sergio es muy difícil, que no le gustan muchas cosas de comer, es más retraído y por el contrario Enrique es “más platicador” y se come todo.

Al rastrear más información encontramos que la señora es originaria de Michoacán y que casi no convive con su familia, además menciona que cuando era muy pequeña sus padres la enviaron junto con su hermano con una de sus tías para que fueran a la escuela, por lo que paso poco tiempo con sus padres, expresa con tristeza *“no viví como niña como tenía que ser, con mis papás”* . De

igual forma el señor Sergio comenta que su madre falleció hace dos años y que su familia se ha distanciado mucho a partir de este evento. Ante esto la terapeuta interviene “**veo que ambos comparten el tener a sus familias lejos y ahora juntos como pareja tienen que hacer un equipo fuerte para apoyarse en su tarea como padres, ¿cómo es que se apoyan?**” Responden que eso tratan pero les es difícil, el señor comenta que como casi no está lo único que puede hacer es estar en contacto por teléfono y dejarme la chequera por si se presenta alguna emergencia, agrega que antes había una vecina que les ayudaba bastante, pero también hace aproximadamente una año falleció y ahora tiene que arreglarse las solas. **Se comenta que es probable que ahora tengan que aprender nuevas formas de organizarse.**

Nos narran las actividades que realizan un día a la semana. La señora realiza una explicación minuciosa “*nos levantamos a las 6 de la mañana se preparan para la escuela, mientras preparo el desayuno a las 6:35 desayunan se lavan los dientes, a las 7:15, tenemos que salir de casa para la escuela, porque nos queda a media hora. Están en la escuela, voy por ellos, comen a las 3:00, hacen la tarea, ahora llevo al Sergio a clases de regularización y regresamos a las 6:00, si no acaba termina la tarea, se bañan y cenan como a las 8:00 y se tienen que estar dormidos a las 9:00, los fines de semana la verdad es que no salen mucho y eso me preocupa, me gustaría llevarlos a caminar o que tuvieran más amigos, porque toda la semana están en la escuela .”*

Ante esta situación **se valido el esfuerzo de asistir a terapia**, en particular al padre, a la señora se le reconoce el gran esfuerzo y trabajo de educar a los niños sola la mayor parte del tiempo, organizarse en la casa y la escuela. Se les deja que como tarea busquen un espacio para salir los cuatro estos quince días y estén atentos a cómo se siente. A los niños se les pide que dibujen como es su familia.

En este caso, podemos ver que la familia se encuentra sometida a una gran tensión, la madre pasa mucho tiempo sola con sus hijos y ella cree que no puede cumplir la tarea de educarlos. De igual forma el padre se percibe como poco tolerante e incapaz de enseñar, ambos comparten el sentir que no están haciéndolo bien como padres y además estar solos en casa, en este sentido se siembra la idea de un *equipo*.

En las sesiones posteriores se pudo ver que los padres sí tenían la intención de compartir más tiempo con los hijos, sin embargo, hasta el momento no se les habían ocurrido muchas ideas de las actividades que podían realizar juntos, por ejemplo, en una sesión el padre comenta con emoción que salieron al tianguis y a comer, pero que en ese lugar no había juegos para niños. Se la pasaron bien.

Se les pregunta a los padres que pudieron observar de esta situación, Teresa comenta que se dio cuenta que *“Sergio es muy callado y por el contrario Enrique habla de más, (ríe) son muy diferentes”*. Sergio comenta que le gustan los dinosaurios y como mascota tiene un pez beta, al que le da de comer, lava su pecera y su papá le ayuda. Enrique dice que el tenía también un pez pero y ahora lo comparte con Sergio.

De nuevo aparece el tema de cómo la madre y el padre se han quedado distanciados de sus familias de origen y sienten mucha presión por sacar adelante a su familia. El señor Víctor se encuentra disgustado con sus hermanos desde que su madre empezó a enfermar, ya que había muchas diferencias entre los hermanos, últimamente sus hermanas lo han buscado para verse, pero él aún no va a visitarlas, refiere que su esposa se siente incómoda con este tipo de problemas y prefieren quedarse en casa.

El señor Víctor comenta lo difícil que ha sido para él tener un trabajo tan absorbente y que le da pocas posibilidades de pasar tiempo con su familia. **Se les pregunta que cosas podrían necesitar sus hijos.** Responden que quizá más actividades con niños *“Sergio es muy callado, bueno en casa, no sabemos si en otros lados es distinto y es dos caras”*. Sergio menciona que le gusta jugar play y que tiene varios juegos, Enrique interrumpe diciendo que su hermano es el experto en videojuegos. Los padres enfatizan las diferencias entre sus dos hijos, respecto a lo que les gusta de comer, el carácter, etc. **Se interviene acerca del tema de las diferencias, en donde podemos aprender de los demás y también compartir nuestra experiencia, se emplea la experiencia personal de la terapeuta al compartir con la familia, que es una de cuatro hermanos, todos diferentes, físicamente, en gustos, en carácter, que en ocasiones pareciera complicado, pero la mayoría de las veces es muy divertido y rico estar con personas distintas a uno.** La familia asiente aceptando la idea.

Para retomar la dificultad de entender que necesita cada uno retomamos la idea de la mascota. Se le pregunta a Gustavo ¿cómo cuida a su pez, cómo se da cuenta que ya quiere comer, cuando necesita que limpien su pecera? Sergio responde que se da cuenta que tiene hambre, porque se retuerce, así e comunica. **Se le pregunta ¿qué pasaría si el pez no se retorciera?** Se queda pensativo y responde que entonces no se daría cuenta de lo que necesita. **¿Cómo crees que tus papás se den cuenta de las cosas que necesitas?** Se queda pensativo y responde quizá sólo con palabras.

Se retoma da un mensaje que cierra la sesión, reconocemos que son unos papás preocupados por buscar actividades para los niños, eso demuestra que están más atentos a sus necesidades y los felicitamos por tener hijos tan distintos, ya que esto les brinda la

oportunidad de aprender en las diferencias y a tratarlos de maneras distintas, tener estilos distintos como padres, es una verdadera oportunidad como familia para que ayuden a sus hijos a madurar y a diferenciarse, con ello aprenderán muchas cosas y el equipo de esta familia será más rico. Para ayudarlos a encontrar nuevas actividades para los niños, se propone un juego en donde los niños escriban en papelitos tres actividades que les gustaría hacer en familia, los papás sacaran los papelitos y trataran de adivinar quien escribió esta actividad, después realizaran esta actividad.

La familia percibe que el que sus hijos sean diferentes es un problema, esta situación se **reencuadra** diciendo lo rico de las diferencias, además se emplea la terapeuta para compartir su experiencia y platica una anécdota de esta forma normalizar la situación. El tema de la mascota se emplea para plantear una analogía de cómo la familia comunica sus necesidades, es decir se trabaja sobre una intervención indirecta. Cabe mencionar que los dibujos que realizaron se emplearon como una metáfora a partir de la cual se planteo un reencuadre, donde en el que la familia tiene la necesidad de en aprender nuevas formas de comunicación, expresando sus necesidades y afectos para mejorar sus relaciones.

En una sesión posterior la familia se ve más relajada, el padre comenta que fueron al estadio y que se la pasaron muy bien, además fueron a comprar juegos para el play de Sergio, la señora Teresa explica que fue una muy buena idea realizar la tarea como un juego, que los tranquilizo mucho, además de darse cuenta de que a Sergio le gusta salir y ha hablado más. El señor Víctor comenta que se ha acercado más a sus hijos y que ahora Sergio le cuenta cosas que ha hecho en la escuela.

Los niños responden que se divirtieron mucho cuando hicieron la tarea, ya que pudieron hacer cosas diferentes y que sus papás se divirtieron con ellos.

El señor Sergio interrumpe diciendo que *“solo pidieron cosas que les convenían, porque no se pusieron ayudar en casa o hacer la tarea.”* **Se le pregunta que si cree que él hubiera tenido 7 u 11 años, hubiera elegido hacer la tarea o ayudar en casa.** “No, pues no, yo tampoco lo hubiera pedido”. **Se pide que se acomoden de modo que todos puedan verse y que les cuenten de las cosas que hacían cuando eran niños.** Los padres cuentan un poco a sus hijos, que se notan sorprendidos con las historias, el señor relata que tenía muchos amigos y que le gustaba jugar fut bol y que le hubiera gustado ser jugador profesional, pero su mamá nunca estuvo de acuerdo. La señora comenta que su infancia fue complicada porque tuvo que vivir con su tía para poder ir a la escuela,

así solo veía sus papás los fines de semana y los recuerda poco expresivos, a ella le hubiera gustado que fueran más cariñosos con ella y sus hermanos.

Este tipo de intervenciones indirectas, va encaminado a hacer significativo un aprendizaje y abren la puerta a soluciones alternativas.

La terapeuta comenta “es interesante escuchar cómo han podido compartir estas experiencias con sus hijos y al mismo tiempo enseñar recordando un poco sus infancias, seguramente esto les ayudara para acercarse más a sus hijos y les dará nuevas ideas de las cosas que pueden hacer para acercarse más, ya han comenzado a hacer cosas y descubrirán nuevas formas de demostrarse amor y seguir fortaleciendo este equipo familiar”.

Se retoma la idea que se había sembrado del equipo familiar y además se les demuestra que sí tienen la capacidad de enseñar a sus hijos. Se utiliza también la idea que ya están haciendo cosas, ya han empezado a cambiar y solo tienen que seguir haciéndolo. Se utilizan intervenciones indirectas, anécdotas de la experiencia personal de los padres útiles para encontrar formas alternativas en la relación con sus hijos.

Al avanzar las sesiones los niños hablan de que han compartido más cosas como hermanos. **Se les felicita por que como hermanos pueden ser buenos amigos, incluyendo sus diferencias.**

Se comenta que ahora que cambiaron de lugar pueden verse, se están mirando de maneras distintas, ahora pueden descubrir diferencias en cada uno y pueden divertirse. Quizá es el momento en el que se están reencontrando porque están creciendo y están cambiando.

A la señora se le reconoce que hace muchas cosas por sus hijos y que sabemos que el amor se expresa de muchas formas, y que recuerde cómo de niña le hubiera gustado que sus padres le expresaran amor y ahora es una oportunidad de hacerlo con sus hijos.

En esta intervención se retoma la anécdota y se enfatiza que la diferencia no es un problema para la familia, además se retoma la idea de que la madre puede aprovechar su experiencia en la infancia para saber qué es lo que sus hijos necesitan y cómo ella puede actuar como madre.

Se les pide que en casa se imaginen que un día despiertan y que sus papás son sus amigos, que se imaginen ¿de que hablarían?, ¿a que jugarían?, ¿qué harían?, ¿cómo le enseñaría a sus hijos a tener más amigos?.

Ésta tarea que tiene el enfoque de orientación al futuro, pretende reforzar la idea de que la familia puede enseñarse entre sí cosas que los harán fortalecerse como equipo e introducir el tema de la diversión para flexibilizar las ideas que pudieran ser rígidas en cuanto al papel de padres.

En una sesión posterior la señora Teresa comenta que han estado muy ocupados con las tareas escolares de los niños, han tenido que hacer maquetas, pero Sergio se ha organizado mejor en la escuela y ha estado más involucrado. Sergio toma la iniciativa y nos cuenta acerca de sus tareas y de las ideas que se le ocurrieron para sus maquetas.

La señora habla de su tarea, dice que tenían que hacerse pequeños e imaginarse como amigos de sus hijos. Se les pregunta a los niños si les fue difícil imaginarse a sus papás como niño, menciona que no y comienzan a reír. El padre relata que se divirtieron mucho jugando a las luchas, futbol y que platicaron de muchas cosas que antes no habían hablado. Sergio responde que su papá es un buen amigo, Enrique menciona que fue divertido jugar con todos. La señora explica que para jugar con ellos, tuvo que “dejar un poco” las cosas que hace diariamente, pero menciona que fue bueno, estuvo más relajada y no se siente tan presionada por el tiempo, comenta que puede ser organizada, pero también divertirse con sus hijos.

Se les pregunta que observaron con este ejercicio. La señora comenta que pudieron conocer más a sus hijos, pero también sus hijos aprendieron a conocerlos mejor y compartieron momentos juntos, ella recordó cuando era niña y ahora pudo hacer cosas distintas con sus hijos, quizá hasta cosas que no había hecho antes. El señor Víctor explica que ahora se ha dado más tiempo para estar en casa y pasar tiempo con sus hijos, que se ha sentido más cerca de ello y se siente más tranquilo. Sergio menciona que le gusta tener a su papá de amigo, pues le enseña cosas divertidas, además le da consejos y eso le gusta; además ya no ha peleado tanto con Enrique, que ahora se ha acercado para que le enseñe sus trucos en el juego.

El padre dice que ahora hay más confianza y que se da cuenta que también es importante divertirse y ver qué es lo que sienten los niños. También nota que los niños son más desenvueltos y más seguros, pero reconoce que no puede ser así siempre, que no todo puede tomarse a juego. **Se señala que tal vez ahora su tarea como padres sea encontrar ese equilibrio entre pasarla bien**

y no descuidar la educación, se habla de una balanza en donde por un lado tenemos el acercamiento, la diversión y por el otro están los límites, el respeto, las reglas y no podemos poner todo de un solo lado.

En esta intervención se enfatiza sobre la metáfora construida de la balanza que les va a permitir encontrar el equilibrio que les permite ser flexibles como padres, pero también que les da la seguridad que pueden comunicar sus emociones.

La madre comenta que ahora van mejor en la escuela que se concentran más en la tarea y que ella también los deja descansar un poco, descubrió también que sus hijos pueden tener confianza en ella y en su esposo. Por su parte los niños mencionan que para ellos es divertido hacer cosas con sus papás además de las cosas de la escuela, que no sabían que eran divertidos también.

Se pregunta a los padres si les fue difícil ser amigos de sus hijos. Responden que no, el señor Víctor reconoce que le ha ayudado mucho y que ahora también su trabajo se lo ha permitido, o se ha dado el tiempo, lo importante es que antes llegaba cansado y sin mucha paciencia, pero ahora me siento más tranquilo, disfruto mucho estar en casa y hasta ha considerado pedir su cambio para que no tenga que ausentarse tanto tiempo de casa. La señora Teresa por su parte refiere que ella era muy gritona y poco tolerante y ahora trata de ser más paciente con sus hijos si les llama la atención pero de otra forma y esta prentiendo a demostrar su amor de otras maneras.

Se comenta que es una familia que está cambiando y se está dando e permiso de descubrir cosas nuevas de cada uno de ellos, que ahora saben que pueden aprender los unos de los otros, mirar lo que estaba ahí pero que quizá no podían mirar.

En una sesión posterior la familia comenta que les ha ido muy bien, que ahora la maestra de las clases de regularización de Sergio tuvo que salir y ha dejado de ir, pero que en la escuela está más tranquilo, se concentra más y si tiene dudas le pregunta a la maestra. Sergio dice que le entiende mejor y que ya se ha acostumbrado a hacer la tarea, ya no le parece tan difícil.

Enrique por su parte dice que está pasando más tiempo con su hermano, que juegan más y casi no pelean.

La terapeuta comenta que los nota más relajados durante las sesiones y que seguramente también está ocurriendo en casa (todos asienten y ríen), sin embargo, el equipo quiere saber cómo ha ido el problema que los trajo a terapia, pues vemos muchos cambios,

pero queremos saber si se presenta aún. El padre se queda pensando un poco y comenta, “ah sí, el problema era el aprovechamiento de Sergio, pues decían que iba retrasado como dos años, pero él está consciente de que la escuela es importante y tiene que estudiar y concentrarse. Pero bueno, en los grupos hay siempre de todo, hay genios y cerebritos y niños a los que les cuesta más trabajo, pero creo que Sergio está bien, cada quien tiene su ritmo y está bien, todos somos diferentes, pero veo que se esfuerza. Por ejemplo, Sergio tiene un amigo que es cerebritito, entonces le digo que lo invite a la casa y le pregunte, risas”. El equipo reconoce que busquen alternativas y que sigan haciendo cosas que los lleven a estar mejor como familia.

Después de 1 mes se tiene una sesión de seguimiento, en la que mencionan que están bien y que están planeando unas vacaciones para fin de año.

Reflexiones finales. En este caso, la familia inicialmente presenta el problema de la ansiedad y los desajustes de Sergio, sin embargo, ubicándola en el ciclo vital de familia podemos ver que había situaciones que no se estaban resolviendo adecuadamente y esto provocaba ansiedad no sólo a Sergio, sino a toda la familia, en este caso Sergio reflejaba la ansiedad de toda la familia.

Haley (2003) menciona que en la etapa del cuidado de los hijos se presenta un problema especialmente para las mujeres, en el sentido de que ser madres es algo que se anticipa como una manera de autorrealización, sin embargo, el cuidado de los niños puede verse como una frustración personal. Por el contrario, el marido habitualmente puede participar en el mundo adulto en su trabajo y disfrutar de los niños como algo adicional. En este caso vemos que la señora Teresa manifiesta estar sola a cargo de los niños y en ocasiones no sabe cómo tratarlos. De esta forma el matrimonio tal vez empieza a erosionarse en la medida que requiere más apoyo para la crianza de los hijos, aquí es donde un hijo puede comenzar a presentar problemas emocionales. La tarea del terapeuta es resolver el problema del niño ayudando a que la madre se desenganche.

En este caso se trabajó de tal forma que el objetivo no era que Sergio descubriera de donde provenía su ansiedad, sino por el contrario, desde una posición “lúdica” provocar un cambio, Erickson empleaba este tipo de manejo, pues lo primordial no es descubrir el origen del problema, sino la solución, en la medida que la familia se adapta a la etapa del ciclo vital por la que atraviesan (Haley, 2003).

Durante el proceso terapéutico se hizo énfasis en la metáfora del equipo familiar, de este modo se pretende primero poner en el mismo nivel a los dos padres, enfatizando la idea de que se encuentran separados de sus familias, sin embargo, están juntos en la tarea de educar a su nueva

familia, y para esta tarea es necesario hacer un equipo familiar en el que ambos se involucren de la misma forma.

En un análisis a distancia, considero para reforzar las intervenciones metafóricas se pudo emplear el siguiente cuento:

“El pequeño abeto.

Era un pequeño abeto que se encontraba entre otros abetos grandes en un espeso bosque. El abeto se quejaba de que era más pequeño que los otros y por eso tenía desventajas. El hada de los bosques le pregunto que le gustaría tener, el abeto quería ser más alto y tener las hojas anchas para a que los pájaros se posaran en él y lo vieran todos los que visitaran el bosque, el hada le concedió lo que pedía pero inmediatamente. Sucedieron cosas que el nunca hubiera solado, vinieron las cabreas y se comieron casi todas sus hojas.

El pequeño abeto se volvió a quejar y el hada le quiso ayudar de nuevo “me gustaría tener las hojas relucientes como el oro para despedir reflejos como el sol y que me vieran desde lejos, dijo. El hada se lo concedió pero llegaron los ladrones y le robaron las valiosas hojas.

Volvió a estar triste y dijo: me gustaría tener hojas suaves como las plumas y para poder acariciar a todos los que se pongan a mi lado, pero lego el viento y con su fuerza le arranco las hojas y el pequeño abeto comenzó a llorar.

El hada le explico que en el mundo es muy importante ser cada cual como es y no necesariamente ser el mejor y el más bello para ser feliz. Que todo tiene sus ventajas y sus inconvenientes y que un abeto pequeño es tan importante y tan valiosos como uno grande..”

Éste tipo de narraciones eran muy empleadas por Milton Erickson, de una manera metafórica las personas pueden encontrar de una forma alternativa sus propios recursos empleando estas intervenciones indirectas, para esta familia este cuento se pudo emplear para abordar las expectativas de los padres de que sus hijos se comportaran de manera similar, fortaleciendo la idea de que las diferencias enriquecen las experiencias familiares y todos los miembros de la familia pueden aportar cosas importantes para los demás.

La idea de familia de que los hijos habían de comportarse de la misma forma, al hacer comentarios acerca de las diferencias de los hermanos, en este caso, se empleo la técnica del reencuadre, pues con los mensajes, tareas e intervenciones se persigue que busquen lo positivo de las diferencias, ésta familia aprenderá más. Erickson (O’Hanlon, 1993) planteaba que las personas

crean encuadres y significados a determinados hechos, en este caso se cuestiona el indirectamente el significado (desencuadre), y se proporciona a la situación un encuadre nuevo (reencuadre), que es “son afortunados al tener hijos tan distintos”.

Otro tema fundamental en este caso fue la idea de *enseñar y aprender*, pues el padre desde la primera sesión se declaró incapaz de enseñar, porque era poco tolerante. Retomado de Erickson quien planteaba que los pacientes acuden a terapia porque piensan y actúan siguiendo forma rígida, en este caso la pauta del padre “no es enseñar” y la pauta de la madre “no sé cómo tratarlos”, son pautas que la familia tenía y que le imposibilitaban buscar alternativas que pudieran crear nuevas formas de convivencia con sus hijos, en este sentido, Erickson considera que una de las metas terapéuticas consisten precisamente en quebrantar las creencias rígidas acerca de los problemas (O’Hanlon, 1993).

En el caso de la familia Sandoval Aguirre, estas pautas se rompieron al comenzar a enseñar y aprender a convivir con sus hijos, incluso se percibía durante el clima de las sesiones, a través de anécdotas de su propia historia y de la historia del terapeuta.

Un aspecto importante para lograr esta meta terapéutica, lo podemos ubicar en el enfoque naturalista de Erickson, en el sentido de que todos los pacientes poseen todos los recursos y experiencia que necesitan para resolver sus problemas, por ello resulto útil emplear anécdotas de su vida cuando niños, de esta forma se evocan recursos potenciales para construir aptitudes que el paciente no ha desarrollado por completo.

De este modo, esta familia tenía los recursos suficiente para lograr una mejor convivencia, no obstante a los padres les costaba trabajo adaptarse a las necesidades de sus hijos conforme a su edad, por ejemplo, cuando se les pide que realicen una actividad en familia, los padres los llevan a comer a lugares que no son atractivos para sus hijos, por lo que se opta por formular tareas para casa en donde los hijos puedan expresar que es lo que a ellos les gustaría, de este modo se fomenta la comunicación y se ayuda a los padres con ideas que desarrollaran la habilidad de identificar las actividades propias de la edad de sus hijos.

De esta forma, con las tareas que se prescriben a la familia se vincula lo que se trabaja en la sesión a su contexto cotidiano (O’Hanlon, 1993), propiciando la exploración de los propios recursos, en este sentido se observa una de las premisas principales del trabajo Ericksiniano ser directivo en la eliminación del síntoma o de las pautas que generan malestar y ser permisivo o indirecto en la forma en que quieren vivir su vida.

3.3.2 Caso Familia Vargas Reyes.

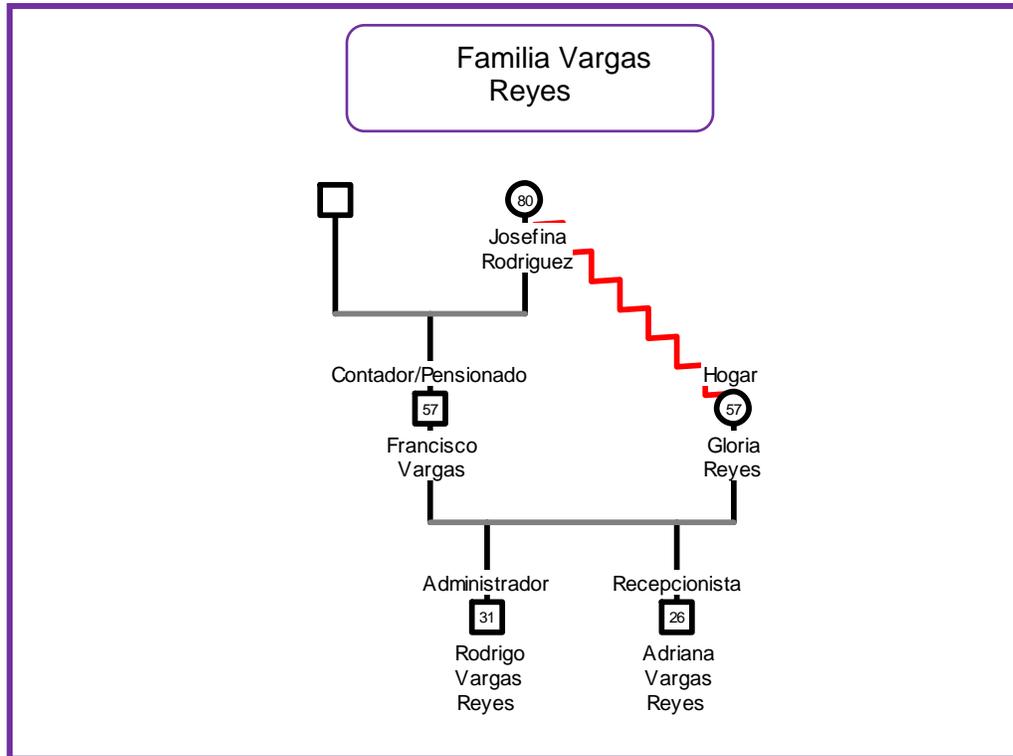
Asisten: Francisco Vargas y Gloria Reyes.

Sede Clínica: Clínica de Medicina Familiar ISSSTE- Ceylan

Supervisora: Mtra. Susana González Montoya

Equipo de Supervisión: Gladys Gerardo, Víctor Mendoza, Nélida Padilla e Isabel Pérez.

Figura 3.5 Familiograma



Etapa del ciclo vital familiar. Familia con hijos adultos y padres en jubilación, en esta etapa se elaboran las pautas de interacción que constituyen la estructura del holón conyugal. Se actúan los viejos problemas de la vida con la pareja.

Motivo de Consulta: La señora Gloria solicita terapia, manifestando que ha tenido grandes depresiones y problemas con su esposo a partir de que él se jubiló hace un año. Cuando está deprimida siente que sus emociones se desatan y comienza a temblarle todo el cuerpo, alguna vez le dieron antidepresivos, pero desde hace tiempo dejó de tomarlos.

Antecedentes: Gloria ha tenido varias sesiones con la Psicóloga del ISSSTE, quien la ha canalizado a terapia familiar. Relata que en su infancia había situaciones de violencia intrafamiliar en su familia de origen, motivo por el cual no pudo establecer buenas relaciones con sus padres y su abuela. Ahora reviven estos problemas cada que escucha que sus vecinos pelean. Asimismo, ha

tenido varios problemas con sus vecinos, incluso llegaron enfrentar un juicio que ya se resolvió en donde Gloria tuvo una sentencia absolutoria. Por otro lado, su suegra tiene Alzheimer por lo que su esposo acordó que ayudaría en su cuidado, razón por la cual cada 25 días la Señora Josefina pasa unos días en casa de la familia Vargas Reyes, situación que agudiza los conflictos de pareja. Gloria ha presentado problemas de salud, por su parte el señor Francisco acude a las sesiones y manifiesta que su deseo es que su esposa supere la problemática, pues a raíz de esto se han distanciado.

Objetivos terapéuticos:

- Trabajar sobre la depresión de Gloria
- Introducir nuevas pautas de relación y comunicación entre la pareja para que puedan enfrentar la etapa de ciclo vital que viven.

Desarrollo del proceso terapéutico:

Durante las primeras sesiones se indago acerca de cómo estos problemas han afectado su relación de pareja y cómo es que ha tratado de resolverlos. Francisco comenta que está un poco cansado no de Gloria sino de las actitudes que ella toma ante ciertos problemas, se preocupa de cosas que no puede resolver. **Se reconoce que ha apoyado a su esposa y la importancia de que estén buscando alternativas, porque ambos están interesados en estar mejor.**

Gloria comenta que nadie ha entendido lo que ella siente, en ocasiones ni siquiera ella entiende que es lo que le pasa, incluso ha tenido ganas de morir, pero piensa en el dolor que le causaría a sus hijos. **Se valida su postura “entiendo que ha atravesado por situaciones muy difíciles a lo largo de su vida y sin embarg, ha podido llegar a los 57 años de pie y ahora está aquí, porque quiere vivir de una forma diferente y sin sufrimiento”.**

Esta intervención tiene como objetivo validar la postura del cliente para establecer una relación terapéutica con ella. Además se introduce la idea de que al acudir a terapia es el inicio de un cambio. En relación a ello, Erickson poseía una visión pragmática de la vida y de las personalidades de las personas, creía que siempre hay aspectos alternativos susceptibles a sacarse a la luz y usarse en beneficio del paciente (O’Hanlon, 1989).

Gloria continua relatando la serie de problemas que ha tenido con sus vecinos, se siente atacada, incomprendida y siente que los vecinos le quieren hacer daño, porque le tienen envidia pues a pesar de todo ha mantenido unida su familia.

Refiere también que cuando su suegra está en casa, siente que Francisco le dedica todo su tiempo, amor, ternura y esto hace que Gloria se sienta olvidada y en orfandad *“me gustaría que cuando me siento mal, Francisco me abrace y me diga que está conmigo (llorando)”*.

Francisco comenta que Gloria se ha enganchado en problemas que no puede solucionar como el de sus vecinos que pelean y considera que debería recapacitar y usar fuerza en otras cosas.

Se les pide que piensen en ¿qué pasaría si las cosas no cambiaran?

Francisco comenta que *“ella sabe que el problema es la historia familiar de violencia y que no sabe como decirle que debe enfocar su fortaleza en otras cosas, porque debe echarle ganas, y yo ya estoy cansado, hay problemas insignificantes para mí pero ella no los ve así, pasa hasta un mes sin hablarme, yo quiero que le eche ganas...sic”*.

Por su parte Gloria menciona *“yo percibo las cosas muy diferentes, yo estoy repitiendo esquemas que no quería repetir, el me ha dicho que ya no me quiere, yo lo único que he tenido es el amor y la comprensión en nuestra relación sic.”*

Se da el siguiente mensaje “quiero decirle a ti Gloria que yo entiendo que ha tenido una vida muy difícil y que desde niña ha vivido cosas muy complicadas que has ido arrastrando, que no ha podido liberarse de ellas, es como llenar un morralito de todas esas cosas malas que vamos viviendo, que vamos cargando y que nunca vaciamos, cada día pesa más, cada día es más difícil deshacerse de él, porque no son cosas fáciles. Los problemas con su familia, que no tenga recuerdos agradables de su niñez, además de eso, el que no esté bien de salud, que ahora se agrava más pues lleva 28 años viviendo en un lugar que no te gusta donde le molestan, se siente agredida, se siente atacada, creo que no cualquier persona puede salir adelante y llegar hasta los 57 años así como está usted, de pie, con todo esto que le ha pasado está hoy aquí, ha tenido la inteligencia para llegar hasta aquí y decir, ya no quiero vivir así, ya no quiero vivir con ese sufrimiento.

Muchas personas se quedan en el camino y toman decisiones equivocadas como las ideas que comentó que a veces le vienen a la cabeza de ya no vivir, porque no saben cómo resolver los problemas, sin embargo, usted estas aquí y eso es importante. A usted señor Francisco, le queremos reconocer que este aquí, que es una persona que se preocupa por su pareja, ya que pocas parejas que pasan cosas tan difíciles como ustedes pueden mantenerse juntas, y ustedes lo han hecho, eso habla de que usted es una persona muy sensible que a

pesar de que tenga una voz fuerte sabe que su esposa la está pasando mal y quiere hacer algo para ayudarla. Se vale que este cansado, se vale que su esposa este enojada”.

Este mensaje se construye en base a la técnica de la utilización, y se genera un reencuadre, pues se emplea la postura de Gloria que dice que ha sufrido mucho, sin embargo, se da el giro al afirmar que es una mujer inteligente que sabe que es momento de hacer cambios.

Se siembra la idea del que ha empezado a recorrer un camino, y que ella se encuentra de pie, incorporando además esta metáfora. En el caso del señor Francisco quien es un hombre muy varonil y con una voz muy gruesa y fuerte, se reconoce su fortaleza, pero también la sensibilidad de apoyar a su esposa.

Por otra parte se normaliza y valida su situación de enojo y cansancio.

La supervisora entra y les deja la siguiente tarea: **de aquí hasta que sea la próxima cita, van a estar juntos un fin de semana, se van a ir a un hotel y van a estar juntos como cuando eran novios, pero está prohibido que consumen una relación sexual, queda prohibida la penetración. Por que se están reconociendo, por que se han perdido en el camino de la vida, porque ahora tal vez ya no se conocen y necesitan reconocerse, los dos están pidiendo algo, están pidiendo cariño, los dos saben que le gusta a su pareja, este fin de semana, tal vez les cueste trabajo, les va a dar el miedo, pero piensen que se están reconociendo; se van a dar amor, como ustedes saben.**

La tarea para que realicen fuera de la sesión tiene un doble fondo, por un lado, eliminar el síntoma del distanciamiento, y por el otro, cambiar la pauta de relación, llevándolos a un momento de reencuentro y alejándolos de las discusiones y las peleas.

En la sesión posterior Gloria comenta que aunque hicieron la tarea, les costó trabajo en un principio, buscaron tratarse de manera diferente y cree que lo están haciendo bien y se sienten contentos. Al principio estaban muy alejados, ella deseaba un reencuentro, pero quiso darle un espacio a su esposo para que fuera bonito y no por compromiso, menciona que recobro mucha energía, *“para mi es volver a creer en mi pareja, es volver a creer en la vida creer que en la vida hay felicidad”*. Por su parte Francisco menciona que si hay temas que los pueden llevar a discutir los evita, ahora han salido más y ya tenía mucho tiempo que no lo hacían.

Gloria constantemente a los largo de las sesiones retoma el caso de los vecinos y vuelve a manifestar que se siente muy mal con todos los problemas que le han ocasionado. Ante esta

situación se decide ir hacia el no cambio **ya que ellos han hecho muchas cosas para cambiar y no lo han logrado, porque además es difícil cambiar a los demás. De este modo, cómo pueden vivir mejor con esto, cómo pueden acostumbrarse a vivir en ese departamento sabiendo que las cosas no van a cambiar.**

En esta intervención se emplea la orientación al futuro, al mismo tiempo que se buscan recursos al preguntar cómo se imaginan ellos viviendo si en problema.

Francisco y Gloria piensan que la única opción es salirse de ahí, aunque puede ser difícil, porque implica un gasto y porque además es su primera casa, quiere que su esposa se sienta bien y ella en ese departamento no es feliz.

Esta intervención, partió en parte de alentar la resistencia, pues no aceptan fácilmente el cambio, por lo que se alienta su conducta de aceptación de que las cosas van mal, de esta forma como dice Erickson el cliente queda atrapado en una situación donde si no coopera está cooperando y después se desvairá a otra conducta (Haley, 2003). Por otro lado, están imaginando “orientándose al futuro” como pueden vivir sin el conflicto, modificándose y por otro lado, buscando sus recursos,.

Gloria reitera que no se siente entendida por Francisco, en lo relacionado a su problema de la sensibilidad al cigarro, pues ella para dormir tiene que acercarse agua, y unos lienzos con los que se cubre la nariz y boca cuando percibe el olor del cigarro, *“he tomado terapia y me cuesta trabajo ser asertiva, quitarme ese rencor y estoy aprendiendo a dejar lo del pasado en el pasado y ha sido muy difícil, un trabajo de todos los días, pero siento que todavía Francisco continúa con esa idea de la Gloria que le molesta y que le fastidia”*. Reitera que lo que ella necesita es que crean lo que le está sucediendo, que puede estar sola y que antes le daba miedo estar sola, pero ahora ya lo está haciendo, sabe que es una mujer fuerte, que está luchando para estar en esa casa y no dejarse vencer.

Gloria habla de que tiene muy identificado el ciclo de su depresión, por lo que se le pregunta **¿Cuánto tiempo cree que duraran esos cambios y cuál sería la señal de que ahí viene lo malo de nuevo?** Gloria comenta que falta poco para que llegue su suegra y que eso trae problemas en casa, porque es muy demandante y quiere toda la atención de Francisco. Él propone cuidar a su mamá en su propio departamento, por lo que se iría de lunes a viernes con su mamá y la señora

estaría sólo el fin de semana. Gloria reconoce que es una buena opción, pero que cuando su esposo llegue le gustaría que también le dedique tiempo y le ponga atención. Ambos coinciden que deben procurar una convivencia sin pelearse, ser amables y cariñosos.

Se les da el siguiente mensaje: Nos hemos dado cuenta de que la gente con la que han convivido es gente mala, pero ustedes ya tienen muchos años conviviendo con ellos y ahora ustedes son más inteligentes que ellos, tiene mucha experiencia y tiene que pensar que es lo necesitan hacer con estos vecinos, eso ustedes ya lo saben. Por otra parte vemos que ha habido cambios, quizá tenemos que concretarlos más, a veces pensamos que ya conocemos totalmente a las personas, sin embargo, el tiempo nos hace cambiar y ustedes llevan ya 34 años juntos, Gloria no es la misma, ni Francisco es el mismo, han cambiado tal vez se han quedado con la idea del otro hace 34 años, ahora creo que es el momento de que empiecen a reencontrarse y a reconocerse y valdría la pena preguntar las cosas que daban por hecho que ya sabían.

Se emplea un reencuadre de las experiencias que han tenido con sus vecinos, pues se reitera su inteligencia para tratar con ellos sin dejarse vencer.

También se retoma su relación y se enfatiza la idea del reconocimiento y del reencuentro que ya anteriormente se había introducido con la tarea.

Una parte del equipo piensa que ustedes sí saben que quieren, que quieren ser diferentes y pueden serlo. Sin embargo, otra parte menos optimista piensa que no saben que quieren, que no saben que quiere el otro y que no quieren cambiar, que no lo van a hacer. Yo confié en ustedes y veo una pareja con muchos recursos, que nos han sorprendido con cambios y espero que nos sorprendan aún más. Tal vez sería bueno repetir la tarea de la semana pasada para escaparse y seguir reconociéndose otra vez en este proceso.

En esta intervención se apela a que los pacientes tiene la capacidad de modificar sus problemas en forma activa, aunque no puedan no estar conscientes de ello (Erickson, 2005; Fisch, 1982). Se reitera la tarea ya que estratégicamente funciona y lo que es bueno hay que repetirlo.

En sesiones posteriores Francisco menciona que han tenido dificultades y desajustes, dice que se la estaban pasando bien pero regresaron los problemas. **Se utiliza una pregunta de escala**, cuando estaban bien evalúa los cambios en un 8, sin embargo, cuando Gloria vuelve a mencionar los problemas con los vecinos y menciona que no se siente entendida evalúa que están en 0. Gloria

comenta que una noche despertó ahogándose de flemas y que siente que Francisco esta fastidiado de ella y la regaña. “*él me dice que es psicossomático, pero si es así quiero que se me quite, pero no sé cómo. Yo no sé cómo no puede entenderme si lo ha visto todos estos años, me estoy volviendo loca, mi madre es esquizofrénica y mi hermano también, a veces siento que él piensa que yo tengo el mismo problema .*”. comenta que en una ocasión vio a un Psiquiatra y éste le dijo a Francisco que estaba en crisis, que no había resuelto un problema, refiere que no puede dormir, tiene mucha angustia y se encuentra intranquila.

Al indagar acerca de su mamá y su enfermedad, Gloria comenta que su madre también pensaba que los vecinos la atacaban, la veían sufrir y se siente reflejada en ella, confirma que su hermano fue diagnosticado con esquizofrenia, de su madre hubo sospecha, pero nunca la diagnosticaron. Respecto a ella, una vez fue al Hospital Fray Bernardino, tuvo solo una entrevista con el Psiquiatra, ya no quiso regresar ya que le impacto mucho. Menciona que está luchando contra los vecinos y contra Francisco.

Se le pregunta que opinaría de ir con un buen Psiquiatra, menciona que lo aceptaría que se encuentra desesperada. Francisco menciona que la decisión de ir con el Psiquiatra es de Gloria. **Se interviene mencionando que la lucha es contra la enfermedad, que es una enfermedad física y que esta es la que ha estado obstaculizando todo, poniendo pretextos para que puedan estar bien. Se procede hacer una hoja de referencia para canalizarla a Psiquiatría.** Gloria se pone un poco inquieta y tiene un acceso de llanto, se trabaja con ella una técnica de relajación para tranquilizarla un poco.

Al referirnos a una enfermedad física y qué es ésta quien ha estado obstaculizando la vida de Gloria, estamos poniendo fuera de ella el problema, de este modo se abre la posibilidad de luchar con algo no contra ella.

De igual modo, se empleo la técnica de relajación para ayudar a Gloria a tranquilizarse aquí se aplica la comunicación sugestiva.

Una semana después se realiza una llamada de seguimiento para preguntar cómo va con el proceso de canalización. Gloria comenta que tomo la decisión de no surtir la receta y no sacar cita con el Psiquiatra, menciona que ha practicado técnicas de relajación.

Es muy importante enfatizar el respeto a la decisión de Gloria, pues finalmente ella mejor que nadie sabe lo que le va a hacer bien.

Gloria llega a la sesión sola, refiere que ha hablado con Francisco, considera que en ocasiones esta a su favor o otras no, que ya no quiere apoyarse en él, reconoce que han sido pareja, que se han ayudado, pero que en estos 25 años que lleva en crisis, ha luchado sola. Da lectura a una carta para que nos demos cuenta de lo que ha pasado con sus vecinos, aunque sea difícil creerle puede demostrarlo, agrega que tiene problemas de sueño.

Se comenta “con las aclaraciones que nos ha hecho nos da la impresión de que no hemos entendido la manera en que quiere que la ayudemos, yo siento que no comprendí lo que usted quería y la manera en que le podemos ayudar, me gustaría preguntarle, de qué manera sí podemos ayudarle”.

En este punto se reconoce que no le hemos comprendido, pero que estamos dispuestos a ayudarla y ella sabe que es lo que necesita. El decir que no se ha entendido, lleva el mensaje de que su problema es muy difícil (utilización) y es lo que ha venido mencionando a lo largo de las sesiones.

Menciona que los problemas han aumentado desde que Francisco se jubiló, se **normaliza la situación haciendo referencia al ciclo vital y que había que adaptarse a esta nueva etapa.** Refiere que a pesar de todo se da cuenta que es una mujer fuerte, que ha superado muchas cosas y ha aprendido otras, se da cuenta de que Francisco no es indispensable. Señala que considero dejar la terapia, sin embargo, pensó que tenía que explicar que es lo que le pasa e iba a preguntar si la podríamos ayudar y en caso de que no, ella de todas formas lo había intentado. **Se hace énfasis en el paso que ha dado y que ella es la única que puede decir cómo quiere que se le ayude, reiteramos que este es su espacio. ¿Cuáles son las opciones que quedan para enfrentar los problemas?** Gloria comenta que la psicología le puede ayudar “*mi problema es una alergia al cigarro, y esto me está ocasionando problemas en todos lados y todo el tiempo. Yo he escuchado que con hipnotismo se puede ayudar*”.

Señalo que ha pasado por muchas cosas difíciles que está cansada y por eso su tolerancia ha disminuido, podemos trabajar esto, hay muchas cosas que no van a cambiar, pero quizá si podemos trabajar sobre su tolerancia hacia como afectan las conductas de los demás, de Francisco y sus vecinos para que le afecten menos.

Se le pregunta ¿si Francisco te viera en dos meses cómo se podría dar cuenta de que tu tolerancia ha aumentado? “se daría cuenta si ya puedo dormir, que estoy más relajada, que ya se desgaste al verme angustiada, deprimida”.

Se trabaja en diseñar una tarea para desarrollar tolerancia, se le pide que elija un disco, y que empiece a realizar ejercicios de respiración (se muestra como), al estar en contacto contigo, tu eres capaz de entrar en trance hipnótico, puedes entrar en contacto con tu hemisferio izquierdo, esta es la parte que nos ayuda a resolver problemas, en la medida en que te vayas relajando, tu vas a sentir en qué momento ya estás en trance hipnótico, además eres una mujer muy sensible; entonces vas a empezar a mandar mensajes a tu cerebro de cómo aumentar aunque sea un poco la tolerancia hacia esas cosas que te angustian. Tal vez cinco minutos. Y después vuelves a realizar tus ejercicios de respiración.

En esta serie de intervenciones se fija primero un objetivo, que es trabajar su tolerancia, después se explora cómo notaríamos el cambio, y de esta forma estamos trabajando con las que cosas que hay que hacer para cambiar, asimismo, estamos trabajando sobre el futuro, asumiendo que el cambio va a ocurrir. De este modo se presupone y se construye que el cambio va a ocurrir.

Por otra parte, la tarea de que entre en contacto consigo para comenzar con la hipnosis, estamos utilizando lo que Gloria nos comento, que a ella le funcionaria la hipnosis, asimismo, estamos diciéndole que para ella va ser fácil porque es una mujer sensible, de esta forma sembramos esta idea que más tarde retomaremos.

Posteriormente Gloria menciona que le fue bien con la tarea y ha estado haciendo lo que sabe hacer, compro un vaporizador y esto le está ayudando a dormir más tranquila, también, utiliza un disco que compro, pero comenta que cenado tuvo un desacuerdo con su esposo a veces se vuelve a sentir mal. Ahora entiende que tiene que cambiar ella y haciendo su tarea de autohipnósis la está fortaleciendo, se comenta que el cambio no va ser fácil, que en ocasiones va a sentir que algo regresa y es que tal vez porque necesita estar más fortalecida. Necesitaremos irnos lentamente, irnos paso a paso. Se pregunta si realmente ella quiere cambiar, responde que sí y que está dispuesta.

Para esta sesión se una sugestión hipnótica:

La hipnosis que nosotros usamos es llamada hipnosis científica, para los fines terapéuticos no necesitamos que estés en un trance profundo como para mantenerte dormido, lo que queremos es que vaya un poco hacia dentro de usted **y esté en contacto consigo, con sus recursos, con su cerebro.**

Para esto necesito que se ponga cómoda y cierres tus ojos, ahora haga una respiración profunda, sienta como el aire va entrando por su nariz y recorre su cuerpo hasta llegar a sus pulmones, sienta como inunda su cuerpo el aire y sienta como se llenan sus pulmones, imagina como recorre el aire su cuerpo, estas ahora en contacto con tu respiración la está sintiendo, sienta que **esa respiración es vida, que es saludable.**

Ahora escucha los sonidos de este lugar, quizá algunos murmullos y voces, quizá algunos sonidos que aún no ha percibido y que ahora poco a poco los escucha, escucha los sonidos de su respiración, la está sintiendo con todo detalle.

Sienta como está acomodada ahora, en qué posición esta su cuerpo, sienta como están sus manos, sus piernas, su cabeza, su cuello, su vientre, ¿hay una mano que sienta más pesada que otra?, hay una parte de su cuerpo donde sienta calor o frío, como es eso que siente. Sienta como el aire roza su cara, sus manos, como **su ropa esta envolviendo su cuerpo, que partes está cubriendo y le protege, que partes sienten el ambiente.**

Ahora puede recordar los colores del lugar donde se encuentras, ¿cómo son?, ¿son colores vivos?, ¿qué le transmiten?, ¿qué color es la ropa que lleva puesta?, recuerde el color de esta mañana, del sol, del cielo...

¿Qué sonidos puede escuchar ahora? los sonidos que están aquí, quizá ya no escucha los de afuera.

¿Cómo está ahora su cuerpo, cómo siente sus manos, están pesadas o ligeras?. Sienta como **el aire entra por su cuerpo y le nutre**, como el ambiente roza su cara. Imagine el color de su respiración, del aire que entra, es como el color de la mañana.

Sienta esa respiración, **su respiración va a ir hacia su parte inconsciente, hacia su parte más sabia**, a la parte que le da la luz para seguir adelante, a esa parte donde están **todos sus recursos internos, que a veces no sabe cómo funcionan, pero están ahí**, usted sabe dar un paso sin pensar que automáticamente el otro pie por si solo avanza, y sus brazos se mueven al opuesto de sus piernas para darle el EQUILIBRIO que necesita y se pueda mantener de pie, usted no sabe cómo eso sucede pero se da espontáneamente. **Su cuerpo es sabio, su mente es sabia y ahora está en contacto con esa parte**, con esa parte que le permite seguir aquí, con esa parte que le ha ayudado para salir adelante de todo lo difícil que ha pasado, esa parte forma **una piel invisible que le protege, un aura que le cuida**, esa piel, esa aura se forma, **con las palabras de la gente que le quiere, con las manos que se tienden para ayudarle, así también como de sus propios recursos internos, de esa luz que tiene, de esa inteligencia que tiene, esa segunda piel, esa aura, que le ayuda a dejar pasar a su corazón y a su**

cuerpo sólo las cosas buenas, sólo lo que le ayuda a crecer sanamente, esta segunda piel, siente la bien, está formada por todos sus recursos internos que has desarrollado a lo largo de tu vida, tu fuerza para seguir adelante y de pie y no quedarte en el camino, su valentía para enfrentar las cosas difíciles, su sabiduría para aprender de los problemas, para lidiar con las personas que le hacen daño, está hecho también de la humildad que tiene para pedir ayuda. Esa segunda piel te protege, es la que te ha permitido ser la que es hoy a pesar de todo lo que ha pasado, esa aura le protege para dejar afuera lo doloroso, lo desagradable, la maldad, los ataques y sólo va dejar pasar lo bueno, lo que le permite crecer y aprender, lo que te permita esta en paz, contigo, con la vida, estar en paz con los demás, rescatarle y quererle. Esta segunda piel, que te protege a ti, también puede proteger a tu casa, es como una barda protectora que tiene tu casa, que va a ayudar a que las cosas se vayan resolviendo con la luz del bien, con la luz saludable.

*Usted tiene recursos que están en usted y ahora que está en contacto con ellos, con esa parte sabia, sabe que hay una segunda piel que te protege, que le cuida y que le va a dar la tranquilidad que necesita para poner claridad a su mente y crecer y aprender de lo que te pasa, ahora puede sentirlos, ahora están **todos esos recursos internos juntos y solo tiene que dejar que fluyan para que influyan positivamente en su cuerpo, en sus creencias, en sus pensamientos y los deje salir, su luz interna para que le guíe en este camino, de revitalizar sus pensamientos, para que le ayuden a resolver problemas, que sepa como enfrentarlos ahora que sabe que está protegida por esta segunda piel, por esa aura, ahora que sabe que esa piel filtrara lo negativo y le dejara las cosas buenas, las cosas saludables.***

Este trabajo está en proceso y progreso imparable y va a seguir madurando durante todo el día, sin perturbar sus actividades diarias y durante la noche, si alterar su sueño, porque su mente es sabia, y va seguir trabajando cada minuto del día para su bienestar, para su crecimiento saludable.

Ahora puede sentir su respiración de nuevo y va a hacer una respiración profunda sintiendo como al aire entra por su cuerpo, lo oxigena, lo nutre saludablemente. Ahora puede ir moviendo su cuerpo poco a poco, a su ritmo, y si quiere abrir sus ojos, tal vez esté lista para dormir y lo prefiera si esta en lugar cómodo y apropiado. Poco a poco a su ritmo a su ritmo...

Se le proporciona un cd con esta sugestión, y se prescribe que lo trabaje diariamente. Antes de terminar la sesión Gloria comenta que días anteriores se sintió sola y se puso unas pastillas en la boca, algo paso y pensó muchas cosas y las tiró. Esta consciente de que eso no es lo que quiere, desea salir adelante, comenta que está segura de que no volverá a suceder. Dice que la hipnosis le removió muchas cosas. Se le comenta que tiene que ir poco a poco y tendrá que luchar muy fuerte.

La sugestión hipnótica se preparó con lo que se había trabajado a lo largo de las sesiones, empleando el lenguaje del cliente y retomando algunas de las ideas

sembradas a lo largo del proceso terapéutico.

Gloria llega a la siguiente sesión con un pastel de regalo, cabe mencionar que sesiones anteriores Gloria comento que había tenido la intención de cocinar un pastel, pero que no se sentía bien y que tendría que estar bien para que pudiera hacerlo. Comenta que se ha sentido muy diferente, que ha retomado la cocina y que le ha resultado agradable, ya había perdido el gusto de hacerlo, además el disco de hipnosis le ha ayudado mucho. **Se le comenta que la cocina es algo muy simbólico, que es darle a otros y darles cosas buenas, está en un proceso donde se va reconociendo como persona y que no debe olvidarse de darse a ella misma.**

Se hace una analogía con una mariposa, que está en desarrollo y se está convirtiendo en la mujer que quiere, se enfatiza que habla en pasado, que eso es importante, porque indica que ha comenzado a cambiar, aunque el cambio no es fácil.

Gloria ha hecho cosas distintas a partir de que escucha el cd, y los mensajes que más recuerda es tener más fe, ser armoniosa, más fuerte, estar más tranquila, además también Francisco se está dando cuenta de sus cambios, ya que platican de forma diferente y está aceptando lo que está viviendo en ese momento, está tratando de ser fuerte e independiente. Francisco diría que ya no se conflictua tanto la vida y trata de darle tranquilidad. Gloria comenta un cambio muy importante, es ya no vivir en pasado, pues quito de su sala un retrato de su papá con el que sufría mucho, se dio cuenta de que estaba viviendo la vida de sus padres y que ellos terminaron separados. Comenta que ahora trata de visualizarse en armonía con su familia y que busco fotos de su familia donde están contentos y las puso en el librero, porque es así como quiere vivir. Ahora reconoce sus recursos y los está utilizando.

Para cerrar se le da un mensaje donde se enfatizan los recursos y su proceso de crecimiento y se reconoce la oportunidad que se da para cambiar y ser la mujer que quiere ser y reconocerse con su esposo. Se le otorga un diploma reconociendo su fortaleza, su esfuerzo, sus ganas de autoconocimiento, su valentía y capacidad para transformarse.

En este caso se decidió que la hora del alta había llegado, en cuanto Gloria llevo el pastel a las sesión, puesto que ella había menciona que cocinaba solo cuando se sentía bien, tranquila y en paz. Además se identificaron muchos cambios que daban cuenta de que Gloria ya estaba en el camino de tener otra actitud frente a sus problemas.

Reflexiones finales. En este caso, el matrimonio está en la etapa del ciclo vital con hijos adultos, según Haley (2003), cuando un matrimonio llega a la madurez de su vida conyugal. Sus dificultades suelen haberse convertido en pautas habituales. Durante esta etapa, la familia puede enfrentarse a nuevos desafíos, por un lado el reencuentro de la pareja, dado por la salida de los hijos del hogar y además por el cese laboral. De esta etapa mucho depende que la pareja continúe unida o no.

Fue muy importante poder tener a la pareja en las sesiones, ya que como sostiene Haley (2003) ver a la pareja dentro de un grupo familiar más vasto agrega un nuevo matiz de comprensión al matrimonio al tener una visión del contexto de la relación.

La pareja acudió a terapia porque se acentuaron sus conflictos pasados después de la jubilación del señor Francisco, se encontraban otra vez con los problemas que quizá no se habían resuelto años atrás. Sin embargo el hecho de que estuvieran buscando alternativas era un punto a favor del cambio.

Este caso tuvo una evolución que me parece interesante, en un primer momento, la pareja aceptaba diversas directivas y parecía haber varios cambios en el sistema familiar, sin embargo, después de enumerar los cambios, regresaban al discurso de que las cosas seguían igual, por lo que en ocasiones se tomaba la orientación del no cambio, a lo que la pareja respondía con cambios.

Durante el proceso terapéutico, se empleó la técnica del reencuadre en varias ocasiones, al señalar sus problemas de pareja como una necesidad de reconocimiento y de acercarse poco a poco, asimismo, cuando se dio un giro a los problemas que han tenido con los vecinos, como algo en lo que ya se habían hecho expertos y lo sabían manejar. Todas estas situaciones fueron generando cambios en la pareja que se evidencian al final de la terapia.

Sin embargo, una sesión que considero definitiva, fue en la que se le recomendó a Gloria que la valorara un Psiquiatra por los antecedentes familiares de su madre y su hermano, puesto que Gloria no lo aceptó y tomó la decisión de no hacer el trámite para la cita con el especialista en Psiquiatría, sin embargo, fue positivo, pues se respetó su decisión y en este punto ella nos indicó que sí era lo que le ayudaba, a partir de esta situación, la terapia fluyó de una forma diferente, mucho más apegada a las necesidades de Gloria, lo cual fue una gran experiencia para mí.

En este sentido, como dice Lankton (2004), es pertinente adoptar una postura activa, comprometida, motivadora y conductora, siendo ésta una forma de coparticipar con el cliente que

supone abrazar temporariamente la realidad experimentada. Este mundo co-creado es la meta terapéutica, de la sesión, ya que la podemos utilizar para guiar al cliente a nuevos afectos, actitudes, conductas y modos de percibirse así mismo, como lo que pasó con Gloria y su pareja.

Cuando se decide emplear la hipnosis en la sesión se tiene en cuenta que la psicoterapia hipnótica es un proceso de aprendizaje para el paciente, un procedimiento de reeducación y que los resultados solamente derivan de las actividades del paciente. El terapeuta simplemente estimula al paciente hacia la actividad. Para Erickson (1980) la inducción y el mantener el trance hipnótico sirven para suministrar un estado psicológico especial en el cual los pacientes pueden reasociar y reorganizar las complejidades psicológicas internas, y utilizar sus propias capacidades de un modo acorde con su propia vida experiencial. Para él, la “curación” se debe a la reorganización de ideas, comprensiones y memorias. Según Rossi (1980) este fue un cambio paradigmático en la forma de pensar la terapia hipnótica.

Uno de los aspectos importantes para Erickson, es la manera de entender la relación hipnótica, pues la concibe como una *relación interpersonal* en la cual el terapeuta trata de influir en la experiencia del paciente, para lo cual no necesita inducir siempre trance formal, sino que necesita construir un *rapport* lo suficientemente poderoso para absorber la atención del consultante y deslizar sugerencias (en historias, frases impactantes, por ejemplo) o asignar tareas que movilicen los procesos internos y la experiencia del sujeto. Segundo, colocó el énfasis tanto en los procesos intrapersonales como interpersonales de los trastornos psicológicos, creando estrategias psicoterapéuticas destinadas a interrumpir la pauta sintomática en intervenciones terapéuticas breves (tanto en el tratamiento hipnótico y el no hipnótico) (Erickson, 1980; Haley, 1980;1985; O’Hanlon, 1989; Yapko, 1988;Zeig, 1983).

Asimismo, se utilizaron las creencias de Gloria. Erickson (O’Hanlon, 1987) mencionaba lo fundamental de aceptar las creencias del paciente, sean las que fueren y luego reorientarlas. En este sentido, las creencias de Gloria fueron retomadas, por ejemplo, en relación a que los vecinos la atacaban y le querían hacer daño y su fuerte alergia por el cigarro. En primer lugar se aceptaron, y luego se reorientaron de modo indirecto, “es verdad que la gente con la que se relacionan es mala, pero ustedes ya tiene muchos años tratándolos y saben lo que hay que hacer para vencerlos”. En este sentido se emplean las creencias del paciente para que realice los cambios que él desea.

Ahora bien, para construir la sugestión hipnótica también se retomaron varios elementos que estuvieron presentes durante el proceso terapéutico y que dieron mayor énfasis al trabajarlo con

técnicas hipnóticas. En este sentido, siguiendo a Erickson, existen dos supuestos que explican el cambio:

- La mente inconsciente tiende a ser benigna y generalmente busca la salud,
- El inconsciente tiene soluciones para los problemas, las cuales pueden ser traídas a primer plano

De este modo el inconsciente es un reservorio de todas las experiencias adquiridas través de la vida y de esta forma puede acceder y hacer uso de estos recursos en el momento que lo requiera (Rossen, 1988, 1994, Pacheco, 2000). En este sentido nos concentramos en apuntalar y amplificar lados fuertes y los recursos de los clientes (O'Hanlon, 2004), de este modo es más fácil que el cliente coopere y cambie en un ambiente que apoye sus lados fuertes y su ingenio. Así Gloria hizo presentes todos los recursos acumulados a lo largo de su vida y además hizo uso de ellos, lo anterior quedó evidenciado cuando enumera los cambios que realizó, por ejemplo, cambiar la fotografía de su sala, comenzar a realizar otras actividades que le hacían sentirse bien y que la hacían centrarse en ella más que en los problemas. Además su percepción como una mujer fuerte y capaz de hacerse cargo de su vida.

En suma, a lo largo del proceso terapéutico pudimos emplear diversas técnicas Ericksonianas, que posibilitaron tener una buena relación con la paciente para estar alertas de las cosas que ella necesitaba, asimismo, se tuvo una postura flexible para redirigir la terapia y hacerla justo a la medida de la cliente.

3. 4. Análisis del Sistema Terapéutico Total.

La Residencia en terapia Familiar enfatiza la práctica supervisada como una herramienta para la formación de terapeutas, que introduce al alumno a una nueva metodología y lo más importante, a una nueva epistemología. Este sistema de supervisión directa posibilita la adquisición y desarrollo de habilidades de observación, análisis e intervención clínica y de manera indirecta el impacto que ello tiene en la persona del terapeuta.

La formación en terapia familiar sistémica se ha distinguido de otros enfoques por la posibilidad de observar casos directamente y posteriormente intervenir con una supervisión directa y en vivo. De esta forma se va generando aprendizaje, que como lo concebía Bateson es la capacidad de aprender durante y del propio proceso de aprendizaje mismo. De esta forma precisamente fue como viví la formación, pues no sólo aprendía cuestiones teórico-metodológicas o practicas, por otro lado iba aprendiendo de mí propia capacidad de cambio.

Entonces la supervisión, fungió como el vehículo que género esta serie de aprendizajes. Loubat (2005) la refiere como una actividad teórico práctica de integración de conocimientos

En este sentido, Des Champs.(2009) plantea que el entrenamiento y la supervisión, se trata de la búsqueda de un armónico equilibrio entre la estabilidad y el cambio. Estabilidad que permite empatizar con el mundo y que implica el lenguaje de los entrenados, la construcción cognitiva, las creencias y emociones y la técnica, pero además de discriminar los límites y las posibilidades del sistema al que nos incorporamos. Y el cambio que genera la posibilidad de ampliar, mejorar rectificar, y/o modificar la situación relacional, la estrategia terapéutica y ciertos puntos de vista elegidos por el supervisado.

Para analizar el proceso de la supervisión, se pueden distinguir varios sistemas interrelacionados (Troya y Auron, 1988; Desatnik, Franklin y Rubli, 2002).

- Sistema terapéutico. Sistema familiar + Terapeuta
- Sistema de Supervisión. Equipo de supervisados + Supervisor.
- Sistema de terapeutas: Sistema de Supervisión + Terapeuta.
- Sistema terapéutico total. Sistema Terapéutico + Sistema de Supervisión.

La interacción de estos sistemas se puede comprender en el esquema siguiente:

Esquema 3. 1.Sistema Terapéutico Total



Esta conjunción de sistemas forman el Sistema Terapéutico Total. A continuación se presentan algunas consideraciones de cada elemento del sistema.

El sistema Terapéutico. En el que se hace referencia a la relación y función del sistema terapeuta y el familiar. Cuando la familia acude a terapia, debemos considerar ampliamente su contexto, la etapa del ciclo vital en la que se encuentra, su estructura, sus creencias, sus valores, su cultura, entre otros, estos elementos nos guiarán al establecer la relación terapéutica con ella. Éste sistema fue considerado muy importante en los inicios de la terapia familiar, bajo los conceptos de la cibernética de primer orden.

Con la cibernética de segundo orden, se plantea la imposibilidad de que exista el observador fuera del sistema observado. En este sentido, en psicoterapia, tanto el terapeuta como la familia, contribuye a la construcción de una realidad.

En este sentido, la cibernética de segundo orden y su postura en relación a la influencia de cada parte en el sistema, despertó una gran curiosidad por observar y observarme constantemente. Cabe reconocer que en un principio este cambio de visión, me generó cierto temor al concentrarme en lo que las familias generaban en mí como persona, sin embargo, al poder comprender que como terapeuta sí es parte del sistema y que el aprendizaje es bidireccional, me relajé un poco y dejé de temer por encontrarme ante familias con esquemas diferentes a los míos, incluso se volvió un reto para aprender y enriquecer mi visión acerca de las familias.

Otro aspecto que posibilitó este orden de ideas es flexibilizar la postura y estar en la disposición de trabajar y compartir aprendizajes y experiencias con familias que se encontraban por etapas del ciclo vital que yo no he vivido, recordaba contantemente lo que Minuchin dice al respecto, en el sentido de que el terapeuta puede utilizar una postura que le transmitiera a la familia el deseo de aprender de ellos.

Un aspecto importante fue poder utilizar mi propia experiencia personal durante las sesiones, incluso construir anécdotas que pude compartir con las familias y era útil en la relación terapéutica. Este proceso fluyó porque a mi lado se encontraban diversidad de voces, las supervisoras y mis compañeros. Esta diversidad brinda la oportunidad de que la familia pueda tener varias alternativas y elija la que es mejor para ella.

El Sistema de Supervisión. Recordemos que la supervisión según Hernández (2003) es un proceso generativo y transformador en el cual las personas desarrollan sus competencias y las competencias colectivas apuntan a la creación de contextos interaccionales reflexivos, redefiniciones de historias, establecimiento de acuerdos, construcción de hipótesis sistémicas, aplicar y evaluar estrategias de intervención, entre otras, todo esto se va complejizando en la medida que pasa el tiempo (Polo, Rodríguez Ch. y Rodríguez R., 2004).

Por otro lado la tarea del supervisor, es fundamental en este proceso, Troya y Auron (1988), consideran que es el mediador del sistema, pues se encuentran en una posición arriba por su jerarquía y experiencia.

Des Champs (2009) propone cuatro tareas fundamentales para los supervisores.

1. Una de las tareas del supervisor, es la introducción de la epistemología circular. En otras palabras dismantelar la linealidad y enseñar a conocer y reflexionar con las distinciones, categorizaciones, e hipótesis sistémicas.

2. Posteriormente se hace necesario la introducción al mundo de la teoría. Y los modelos teóricos.

3. Se revisan los elementos del enfoque psicoterapéutico: planificación del tratamiento, repertorio de técnicas y estrategias clínicas.

4. La práctica mediante la co-terapia, la observación del trabajo detrás del espejo unidireccional, sesiones grabadas, rol playin y otras dramatizaciones Estos pasos deben entenderse dentro del proceso de aprendizaje de una manera recursiva, en el que cada paso se ve influenciado recíprocamente por el resto.

A mi parecer debemos agregar una tarea, que quizá genere polémica pero es importante, se trata del trabajo con la persona del terapeuta, que está implícita o explícitamente en todas las anteriores. Durante la maestría quizá no se delimita esta tarea, digamos formalmente, no obstante, a lo largo de la formación se llevan a cabo actividades que apoyan este punto, como la elaboración de genogramas de la persona del terapeuta y un taller que cursamos al finalizar la maestría. Además durante la supervisión de casos en ocasiones se daba un espacio para analizar esta parte. Sin embargo, considero que quizá sería muy productivo que se considere trabajar más con la persona del terapeuta, pues influye enormemente en el proceso de enseñanza-aprendizaje y sobre todo en el proceso terapéutico. ,

Entretanto la participación dentro de un equipo de supervisión, me dio la oportunidad de visualizar la terapia desde otro punto de vista, pues estar observando la interacción de la familia con el consultante hicieron que despertaron muchas reflexiones que más tarde me ayudaron cuando yo fui terapeuta.

Los diferentes estilos de Supervisoras enriquecieron el aprendizaje sistémico, pues cada una era una manera distinta de abordar las familias y ello contribuye a experimentar diferentes tipos de terapia, lo que posibilita ir definiendo el estilo terapéutico de cada uno. Sus comentarios siempre fueron en el tenor de favorecer el aprendizaje, siempre con mucha paciencia y con la meta de potencializar las habilidades de cada uno de los integrantes del equipo.

Por otro lado las miradas de mis compañeros de equipo, sus experiencias y su cercanía facilitaron la integración y la apertura a los comentarios y sugerencias para las sesiones, además de brindar un soporte durante todo el proceso.

El sistema de terapeutas. El trabajar con un equipo de supervisión, fue muy importante durante la formación, pues brinda una multiplicidad de miradas y abordajes posibles para un caso. Haley (1997), plantea que la supervisión en equipo debe tomar en cuenta que las necesidades de los consultantes son prioridad antes que las necesidades de aprendizaje. En este sentido, en los casos que así se requiera el supervisor puede tomar el liderazgo y conducir el proceso terapéutico, de este modo, se requiere flexibilidad para que juegue diversos roles en este proceso de cambio.

Esta forma de trabajo posibilita abrir múltiples caminos hacia el cambio. Los comentarios de equipo permiten mirar otras pautas en la familia, que sirven para crear intervenciones que en ocasiones son sugeridas desde un llamada, un pizarrón o discutidas mediante el intervalo que se destina a este fin.

Las aportaciones del equipo sirvieron para dar nuevas ideas y en algunos casos redirigir la terapia, aunque siempre se considero la opinión del terapeuta titular y de este modo se discutió hasta llegar a un acuerdo.

El Sistema Terapéutico Total. Este sistema está integrado por el sistema Terapéutico y el sistema de supervisión. Ésta metodología de trabajo permite integrar los elementos del sistema para comprenderlo como un todo que se va co-construyendo a lo largo de la terapia, y por tanto modificando constantemente.

En mi experiencia cada caso terapia una enseñanza nueva. Ya que se integraban las visiones de la familia acerca del motivo que los llevaba a terapia, pero también, estaba el terapeuta, con sus creencias y valores, el equipo con sus voces y sus propias concepciones, y además la supervisora con su estilo, su experiencia y su papel como formadora. De este modo, se abre el dialogo para discutir la información que es obtenida de la llamada telefónica, con la cual se inicia la elaboración de la hipótesis y líneas de trabajo que se iban adaptando a los largo de proceso, con las observaciones de todos y de la familia misma. Por lo tanto la experiencia de cada uno de los participantes influye en la dinámica del STT

Cabe destacar que la participación de equipo se dio de distintas maneras, en ocasiones se realizaban intervenciones de co-terapia, en otras algún miembro entraba a la sesión a dar un mensaje a la familia, o también hacíamos equipo reflexivo.

Por su parte las familias consultantes manifestaron siempre aceptación del equipo terapéutico y sus intervenciones, aceptando el encuadre terapéutico. Lo relevante es que se integraban en el análisis de los casos todas las visiones y considero que siempre se privilegio el objetivo de la familia.

Algunas Reflexiones

Finalmente durante la formación se crearon contextos que explicitaban el trabajo en equipo en donde todos eran definidos como participantes activos. En un inicio como observadores frente a un equipo de supervisión con un año de diferencia en formación, fue la inducción a este proceso, quizá al principio reservados, pero conforme avanza el proceso y el cambio epistemológico se

empieza a consolidar, pudimos hacer aportaciones que en ocasiones si llegaban a ser retomados.

Más tarde ya con familias a nuestro cargo, se iniciaba otra parte del proceso, el ir adquiriendo nuestro propio estilo frente a la familia, frente al equipo y supervisor y frente a nosotros mismos al revisar y cuestionar nuestras propias posturas.

Otro punto a destacar es la visión del papel del terapeuta que cada modelo tiene al respecto, en el Modelo Estructural, el terapeuta se involucra y utiliza su propia persona como instrumento para transformarlo. El terapeuta se une a la familia y se convierte en un actor más en la obra familiar y en su reestructuración opera como director y actor.

Por otro lado, el Modelo Estratégico, la tarea del terapeuta es activa para identificar problemas solubles, diseñar intervenciones para alcanzarlas, el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en los consultantes, ya que el debe planear que hacer. La terapia Estratégica y el enfoque Ericksoniano presume que el consultante sabe lo que es bueno para él y tiene recursos para lograrlo.

Posteriormente con la llegada de las terapias narrativas, da un giro la intervención del terapeuta, pues se considera que el terapeuta deberá estar en escucha activa y abierta a la comprensión creativa. Para mantener la relación de colaboración Anderson y Golsishian introducen la idea del no saber, y moverse en una genuina curiosidad por el relato del consultante (Hernández, 2006) .

En este sentido el terapeuta cuenta con un abanico de posibilidades para hacer uso de sus recursos e ir definiendo su propia postura, Se trata de ir probando durante la formación, ir descubriendo lo que se nos facilita y puede aportar a la terapia, pero también de identificar nuestros puntos ciegos para trabajarlos. En este sentido considero que el trabajar con nuestro genogramas, fue de mucha utilidad, puesto que como lo menciona Ceberio (2000), posibilita entender desde su historia, la codificación de su familia de origen de la cual es representante representativo, sus disidencias y concordancias, su estilo personal, en síntesis todo lo que construya a conocer como conoce.

A esta misión de encontrar el propio estilo contribuyen también las supervisoras, pues observan y se acercan para tratar de que el terapeuta pueda capitalizar sus recursos genuinos y naturales, que se traducirán en herramientas en psicoterapia.

Se espera del terapeuta que desarrolle creatividad, espontaneidad y flexibilidad, con una gama amplia de posibilidades para actuar ante la demanda del campo psicosocial. Por ello debe

aprender a mirarse así mismo en relación con otros, disponerse al encuentro humano emocional e intelectualmente; conversar, reflexionar, esto nos remite a la auto referencia, que implica una postura epistemológica referida al proceso recursivo de observar las observaciones, adquirir conciencia de sí mismo, del otro y del nosotros que emerge de los encuentros humanos (Garzon, 2007).

En este sentido, quiero agradecer a los que formaron parte de estos encuentros durante el proceso de formación porque aprendí de ellos y seguiré aprendiendo de ellos cada que los vuelva recordar, con nuevas miradas, porque aprendimos juntos.

3.5. Habilidades de Investigación.

Uno de los objetivos del Programa de Maestría en Psicología, es que el estudiante adquiera habilidades para realizar investigación tanto a nivel cuantitativo como cualitativo, en torno a procesos de familia y de pareja.

El Programa de la Residencia contempla su currícula el desarrollo las siguientes habilidades:

1. Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios.
2. Difundir conocimientos.
3. Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias. Formular hipótesis sobre los factores involucrados.
4. Diseñar un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa según sea necesario.
5. Realizar análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos.
6. Diseñar y conducir proyectos de investigación aplicada en los diferentes espacios profesionales.
7. Establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada.

Para cumplir este propósito, dentro del mapa curricular se incluyen las materias de tronco común *Métodos de investigación Aplicada I y II*, en el que lleva a cabo una investigación primer de base cuantitativa y posteriormente cualitativa.

A continuación se presenta un resumen de la investigación realizada en *Métodos de investigación aplicada*.

3.5.1. Reporte de investigación cuantitativa.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, HABILIDADES SOCIALES Y CLIMA ESCOLAR EN ADOLESCENTES

La familia es un sistema dinámico e interdependiente en el que las acciones de unos confluyen a otros; esta influencia afecta en mayor o menor medida la calidad y el estilo de las relaciones tanto dentro del sistema familiar, como fuera de él. En el trayecto de la vida las características de los padres y de cómo se relacionan dentro del sistema familiar son un referente inmediato para los hijos sirven como modelo a seguir y ayudan en el proceso de desarrollo psicológico (Cole, 2000).

La familia tiene la tarea de desarrollar determinadas funciones, tales como la biológica, la económica, la educativa en la formación de sus integrantes, contribuyendo a la formación de valores, socialización de sus miembros, educación, reproducción y satisfacción de necesidades económicas entre otros. Asimismo, tiene la tarea de preparar a los individuos para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales (Gómez, 2003).

A lo largo de ese camino la familia adoptará una dinámica en sus relaciones que le permitirá cumplir dichas funciones. El funcionamiento familiar esta mucho más relacionado con los aspectos transaccionales, relacionales y sistémicos de cada uno de los miembros en interacción, que con las características intrapsíquicas. Al mismo tiempo, está dado por varias dimensiones como: la forma en que sus miembros se comunican, las estrategias que tienen para resolver problemas, la forma en que las familias se reparten las tareas, el grado de involucramiento afectivo que le permite a sus miembros gozar de apoyo emocional y cubrir las necesidades afectivas (Atri, 2006).

La manera en que se relacionan y funcionan las familias es un referente para los hijos y un criterio para elegir amigos, entre los vecinos y compañeros de escuela, así como actividades deportivas, religiosas o artísticas. En este sentido, la personalidad del adolescente se va formando por las influencias de personajes significativos como los padres y de los patrones que aprenden en el seno familiar (Gómez, 2003).

En este sentido, la adolescencia es muy importante dentro del ciclo vital familiar, ya que constituye la preparación para la vida adulta, en esta etapa, los factores que propician el bienestar de la persona son múltiples, variados e interrelacionados, resaltándose para la adolescencia, la influencia de la familia y el entorno social en el que se desenvuelve, destacándose entre estos últimos la institución escolar por su contribución en la formación y preparación intelectual de los jóvenes.

Una de las funciones de la escuela además de la preparación intelectual es la socialización. La relación entre iguales está matizada por valores como compañerismo, lealtad, competencia y amistad; y durante la adolescencia estos valores contextualizan formas de interrelación que coexisten con los valores y afectos familiares.

En cualquier ámbito, los adolescentes regularmente se unen gracias a un proceso de empatía e identificación y aceptación de características. La relación entre iguales proporciona a los adolescentes experiencias nuevas, con las cuales desarrollan nuevas habilidades sociales (Rodrigo y Palacios, 1999).

El estudio de las Habilidades Sociales en los niños y adolescentes está cobrando cada vez mayor importancia desde el marco clínico, educativo y en la investigación. Las Habilidades Sociales se desarrollan desde la infancia y se van haciendo más complejas a lo largo de los años.

Por Habilidades Sociales, entendemos un conjunto de estrategias de comunicación que permiten a una persona conseguir lo que necesita o desea cuando se relaciona con los demás pero sabiéndose ajustar a las características de los otros, teniendo en cuenta sus deseos, motivos y sentimientos. El desarrollo social no es independiente de otro tipo de aprendizajes: control emocional, autoconcepto, rendimiento académico, resolución de conflictos, sino que es crucial para el desarrollo de estos (Ríos, en Aragón y Silva, 2002). Las personas que se muestran más competentes para relacionarse socialmente tienen más facilidad para expresar lo que piensan, sienten o necesitan a la vez que hacen que los demás se sientan a gusto con ellos. Esto tiene consecuencias positivas para la consecución sus objetivos ya sea de tipo personal, social o académico y para el desarrollo de su autoestima y satisfacción personal.

La escuela, según, Levinger (en Giraldo y Mera, 2000), brinda al estudiante la oportunidad de adquirir técnicas, conocimientos, actitudes y hábitos que promueven al máximo aprovechamiento de su capacidades y contribuye a neutralizar los efectos nocivos de un ambiente familiar y social desfavorable.

El ambiente escolar agradable, amplio, comprensivo y estimulante facilita al estudiante satisfacer ciertas necesidades básicas relacionadas con la edad, las responsabilidades; favorece la motivación, la cultura y la adquisición de habilidades sociales positivas. Vale la pena destacar que no todos los adolescentes se ven afectados en la misma medida por la percepción del clima escolar (Giraldo, Mera, 2000). En este sentido, tanto el ambiente familiar, como el clima escolar tienen una importancia indudable para el aprendizaje de las formas de relación interpersonal.

Así la estructura y dinámica de la familia, los estilos educativos de los padres y las madres, la relación con hermanos, etc., son aspectos fundamentales que hay que tener en cuenta ya que pueden convertirse bien en factores protectores de riesgo para un buen enfrentamiento de las problemáticas no sólo dentro del salón de clase, sino en sus relaciones interpersonales extraescolares.

Por tanto el cariño y la dedicación de la persona o personas que crían al niño, unos límites bien definidos sobre las conductas que se permiten y las que no, crean niños armoniosos e independientes (Áviles, 2002).

La escuela es un agente de socialización (y por lo tanto, también de reproducción social) y las complejidades de la condición juvenil en las sociedades modernas que han sido analizadas en repetidas ocasiones (Cancino y Cornejo, 2001).

Existen algunos autores que han intentado definir el clima escolar, desde el modelo interaccionista, el cual tiene como principios básicos, que la conducta actual está en función de un proceso continuo de interacción multidireccional y las situaciones en que se encuentra, que el individuo es un agente activo, y que el significado psicológico y la percepción de las situaciones es un agente importante. Cornejo y Redondo (2001) definen el clima escolar como: *la percepción que tienen los sujetos acerca de las relaciones interpersonales que establecen en el contexto escolar y el contexto o marco en el cual estas interacciones se dan*. Cabe destacar

que, si el clima escolar se define por las percepciones de los sujetos, se puede estudiar desde los distintos actores educativos: alumnos, profesores, directivos. Sin embargo, la presente investigación estudiará las percepciones de los alumnos.

Se ha encontrado que la evolución del clima escolar de parte de los jóvenes, a medida que avanzan de grado, va tornándose cada vez más negativa y cuando los jóvenes están por salir de la escuela, repunta levemente (Infante, Hierrezuelo, García, 2003).

El aula en el contexto informal, da la oportunidad para que se establezcan vínculos entre los alumnos y se logren satisfacer necesidades de: comunicación, poder, vínculo y pertenencia. Las relaciones sociales dentro de la clase constituyen un elemento sustancial y relevante para definir como positivo o problemático el clima escolar (Infante, Hierrezuelo, García, 2003). Diversos estudios han señalado la relación directa del clima escolar con variables como habilidades sociales y desarrollo emocional de los alumnos y la dinámica familiar (Cornejo y Redondo, 2001).

Por lo tanto este estudio tiene como objetivo, conocer como se relacionan las variables de funcionamiento familiar, habilidades sociales y clima escolar en adolescentes.

Método

El presente trabajo, es un estudio descriptivo correlacional. Se trata de un diseño no experimental, cuyo objetivo es recolectar datos en una sola medición, con el propósito de describir las variables funcionamiento familiar, habilidades sociales y clima escolar y estudiar su asociación. Participaron estudiantes de secundaria de los tres grados académicos, las edades oscilan entre los 11 y 15 años de edad.

Se midió la variable funcionamiento familiar que se refiere a la forma de relación en la que interactúan los miembros de una familia (Atri, 2006, en Velasco M, y Luna M. 2006).

Se operacionalizó a través del cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EFF) de Atri (2006 en Velasco M, y Luna M. 2006). Esta escala consta de cuarenta reactivos tipo likert con cinco opciones de respuesta en un rango de uno a cinco. Se divide en seis subescalas:

- Involucramiento afectivo funcional.
- Involucramiento afectivo disfuncional.
- Patrones de comunicación disfuncionales.
- Patrones de comunicación funcionales.
- Resolución de problemas.
- Patrones de control de conducta.

También se empleo la variable de habilidades sociales, para ello se aplico la Escala de Habilidades Sociales (EEHSA) realizada por Ríos (citado en Aragón y Silva, 2002). Consta de 50 reactivos, en escala tipo likert con las siguientes opciones de respuesta: 1 nunca, 2 raras veces, 3 algunas veces, 4 frecuentemente y 5 siempre. La escala evalúa seis áreas:

- Habilidades de inicio: la persona puede escuchar, iniciar y mantener una conversación, preguntar, agradecer, presentarse, presentar a otros y hacer cumplidos.
- Habilidades avanzadas: pedir ayuda, trabajar en grupo, dar instrucciones, seguir instrucciones, disculparse y convencer a otros.

- Habilidad para manejar sentimientos: es necesario conocer sentimientos propios y los de otros, entenderlos, mostrar afecto, encarar el miedo y autoevaluarse.
- Habilidades alternativas a la agresión: lograr y pedir un permiso, ofrecer ayuda, ayudar cuando se lo piden, negociar, autocontrolarse, defender sus derechos, afrontar la burla, evitar problemas y peleas.
- Habilidad para encarar estrés: es necesario reclamar asertivamente, responder a la queja de otros, expresar opiniones honestas ante los logros de otros, encarar la vergüenza y la frustración, defender a un amigo, resistir la persuasión, afrontar el fracaso, aclarar un mensaje confuso, responder ante una acusación, expresar opiniones y resistir a la presión del grupo.
- Habilidad de planeación: se debe contar con motivación en actividades nuevas, discriminar problemas, lograr una meta, autoconocer capacidades, obtener información, establecer prioridades, tomar decisiones y planear antes de actuar.

En lo respectivo al Clima escolar se aplicó la Escala de Clima Escolar (adaptación de la escala de California School Climate de Furlong y Morrison, 1995). Contiene 50 reactivos de acuerdo a una escala tipo likert que va del uno al cinco (1 nunca, 2 raras veces, 3 algunas veces, 4 frecuentemente y 5 siempre).

Se agrupa en cuatro dimensiones:

- Conductas disruptivas en el centro escolar: son preguntas que se refieren a la percepción que tiene el alumno acerca de los problemas de agresión que se presentan en la escuela.
- Adaptación al centro escolar: se refiere a la percepción del alumno, en cuanto a su pertenencia al centro, la interacción con los profesores y el trato que recibe dentro del centro, así como su desempeño y motivación escolar.
- Situaciones agresivas en el centro escolar: habla de las posibles agresiones que el alumno puede sufrir dentro del centro escolar.
- Otras cuestiones: hacen referencia a la percepción del alumno acerca de las relaciones con profesores, amigos y sus preocupaciones en el centro.

Procedimiento

Para llevar a cabo este estudio se solicitó el consentimiento de las autoridades escolares correspondientes el acceso a la institución para la aplicación de los instrumentos.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo o en los salones de clase de la escuela, verificando que las condiciones de aplicación fueran homogéneas para todos los participantes.

Cabe mencionar que los resultados de la investigación fueron entregados a la dirección del plantel al terminar el proyecto de la investigación.

Análisis estadístico: Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente, primero se realizó un análisis de frecuencia, con la finalidad de conocer la incidencia de cada variable, posteriormente se corrieron correlaciones Producto- momento, con la finalidad de conocer la asociación entre variables y por factores en cada prueba.

Análisis de resultados: La muestra quedó constituida por 51 alumnos y 31 alumnas, con un rango de edad de 11 a 15 años y una media de edad de 13 años.

Análisis descriptivo de medias. Se procedió a realizar un análisis descriptivo de las medias de los puntajes obtenidos en cada escala para conocer como se manifestaba cada variable en la muestra.

En la escala de Habilidades sociales la muestra obtuvo una media de 178.86, y la media teórica es de 250, lo que nos indica que están por debajo de la media. Lo que nos dice que los adolescentes que participaron en este estudio, no muestran buenas habilidades sociales en general. En cuanto a la escala de Funcionamiento familiar se encontró que la media fue de 139.51 siendo que la media teórica es de 100, lo que nos dice que están por arriba de la media, es decir, tienen un funcionamiento familiar aceptable. En la escala de Clima Escolar, la media de la muestra fue de 165, siendo que la media teórica es de 250, por lo que se encuentran por debajo de la media, es decir, no perciben un clima escolar saludable o positivo del todo.

Análisis de diferencias: Se realizó la prueba estadística de la t de Student para explorar si había diferencias entre hombres y mujeres, y en ningún caso se encontraron diferencias significativas.

Análisis de correlación: Se procedió a realizar un análisis de correlación producto-momento de Pearson, para ver las formas de asociación de las variables entre escalas y entre factores.

a) Correlación entre escalas.

Tabla 3.1 Correlaciones entre la Escala de Habilidades Sociales, Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar y Escala de Clima Escolar.

	Total Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar	Total Escala de Clima Escolar
Total Escala de Habilidades Sociales	.407**	.298**
Total Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar		.442**

*Correlaciones con significancia al nivel .05

**Correlaciones con significancia al nivel .001.

El Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar presenta una correlación positiva significativa ($r=.407^{**}$) con la Escala de Habilidades Sociales, es decir, en la medida en que los adolescentes manifiestan que en su familia existe una buena comunicación, tienen estrategias para resolver problemas, se reparten las tareas de la casa y un buen grado de involucramiento afectivo, también son hábiles al expresar sus sentimientos, respetan las conductas de los demás y son capaces de resolver problemas.

Asimismo, se encontró que la Escala de Habilidades Sociales está asociada con la Escala de Clima Escolar, presentando una correlación significativa y positiva ($r=.298^{**}$), es decir, los adolescentes que perciben un ambiente saludable y positivo dentro de su escuela y su salón de clases, demostraron que han desarrollado habilidades sociales que les permiten comunicarse de mejor forma con sus compañeros y sus maestros y les permiten hacer frente a los problemas que se les presentan con mayor eficacia.

Vemos también que las variables de Funcionamiento Familiar está asociado con el Clima Escolar, esto es, en la medida que los adolescentes perciban un funcionamiento familiar sano, donde puedan comunicarse con su familia, se expresen los afectos y se resuelvan problemas, percibirán también un clima escolar adecuado, con un ambiente agradable y seguro, con un trato justo.

b) Análisis de correlación entre factores.

Posteriormente se realizaron correlaciones entre los factores de cada escala.

Tabla 3.2. Correlaciones entre la Escala de Habilidades Sociales y el Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar.

FACTORES	Habilidades de inicio	Habilidades avanzadas	Habilidades para manejar los sentimientos	Habilidades alternativas a la agresión	Habilidades para hacer frente al estrés	Habilidades de Planeación
Involucramiento afectivo funcional	.347**	.250**	.423**	.367**	.373**	.592**
Involucramiento afectivo disfuncional					.253**	.457**
Patrones de comunicación disfuncionales	-.227**		-.220**	-.242*		
Patrones de comunicación funcionales	.375**		.326**	.363**	.292**	.443**
Resolución de problemas	.415**		.279*	.300**	.347**	.482**
Patrones de control de conducta	.507**		.345**	.387**	.382**	.554**

*Correlaciones con significancia al nivel .05

**Correlaciones con significancia al nivel .001.

Se encontraron correlaciones positivas y significativas en el factor *involucramiento afectivo funcional* con todos los factores de la Escala de Habilidades Sociales, es decir, los adolescentes que manifiestan que en su familia se muestra interés y se valora a cada miembro de la familia, en la que se pueden expresar emociones, presentan habilidades que les permiten escuchar, iniciar y mantener una conversación, pueden pedir ayuda reconociendo sus propios sentimientos, entender los de los otros y mostrar afecto, además de negociar y defender sus derechos, evitar peleas, son asertivos al expresar sus opiniones honestas, resisten la presión del grupo, son capaces de planear objetivos y están motivados a cumplir con sus metas y tomar decisiones.

El factor de *Involucramiento Afectivo Disfuncional* correlaciona significativa y positivamente con los factores de habilidades para hacer frente al estrés y habilidades de planeación, esto es, los adolescentes que perciben sobrecarga en algún miembro de la familia, que en ocasiones es receptor de los aspectos negativos de la familia, posee habilidades para encarar la vergüenza y la frustración, afrontar el fracaso y defender a un amigo, asimismo, puede discriminar problemas y establecer prioridades y tomar decisiones.

El factor *Patrones de Comunicación Disfuncionales* muestra correlaciones negativas significativas con factores como: Primeras habilidades, habilidades relacionadas con los sentimientos y Habilidades Alternativas, esto es, los adolescentes que en su familia tiene dificultades para intercambiar información en el área afectiva, ya sea comunicación verbal y no verbal, tendrán también menores habilidades para iniciar y mantener una conversación, además tendrán dificultades en la habilidad para reconocer sus propios sentimientos y los de los otros, entenderlos y mostrar afecto, asimismo, serán poco hábiles para controlar la agresión, ofrecer y pedir ayuda y evitar problemas y peleas.

El factor de *Patrones de Comunicación Funcionales* muestra correlaciones significativas y positivas en factores como: habilidades de inicio, habilidades para manejar sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para enfrentar el estrés, y habilidades de planeación.

Los adolescentes que manifiestan tener una buena comunicación en casa, donde es posible intercambiar información con los miembros de su familia, presentan también buenas habilidades para escuchar a las personas, mantener una conversación, conocer sus propios sentimientos y los de los otros manifestando afecto, negociar, defender sus derechos y afrontar la burla evitando problemas y peleas, así como ser asertivos al responder a la queja de otros, expresar sus opiniones y planear actividades nuevas y cumplir metas y objetivos.

El factor *Resolución de Problemas* presenta correlaciones positivas y significativas para los factores habilidades de inicio, habilidades para manejar los sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para enfrentar el estrés y habilidades de planeación. Los adolescentes que en su familia logran ponerse de acuerdo y tienen una buena organización familiar y pueden resolver los problemas que se les presentan, manifiestan tener habilidades para escuchar a las personas, iniciar y mantener una conversación, conocer los sentimientos propios y los de los demás, mostrar afecto, expresar opiniones y afrontar el fracaso, así como discriminar problemas, establecer prioridades y tomar decisiones para resolver problemas.

El factor *Patrones de Control de Conducta* correlacionó positiva y significativamente con factores de la escala de habilidades sociales como: habilidades de inicio, habilidades para manejar sentimientos, habilidades alternativas a la agresión, habilidades para encarar el estrés y habilidades de planeación. Esto es, los adolescentes que en sus familias perciben pautas razonables para manejar el comportamiento de los miembros de la familia con la posibilidad de negociar y cambiar dependiendo del contexto, tienen habilidades para escuchar, expresar sus sentimientos, conocer los de los otros y entenderlos, mostrar afecto, además de pedir y dar ayuda, expresar opiniones honestas acerca de los logros de los demás, autoconocer capacidades tomar decisiones y planear antes de actuar.

Tabla 3.3 *Correlaciones de la Escala de Habilidades Sociales y la Escala de Clima Escolar.*

Factores	Habilidades de inicio	Habilidades Avanzadas	Habilidades para hacer frente al estrés	Habilidades de Planeación
Seguridad, orden y aprendizaje	.255**			
Estudio-aprendizaje	.282*	.282*		
Trato justo y reconocimiento			.283*	.423**
Pertenencia				.313**

*Correlaciones con significancia al nivel .05

**Correlaciones con significancia al nivel .001.

El factor de Habilidades de Inicio correlacionó positiva y significativamente con el factor de seguridad orden y aprendizaje, es decir, los adolescentes que escuchan, inician y mantienen una conversación, perciben un clima seguro en su escuela, que esta ordenada y limpia, que hay respeto entre los alumnos y que las reglas son justas, asimismo, manifiestan que están comprometidos con el aprendizaje y que su escuela lo fomenta.

El factor Habilidades Avanzadas correlacionó positiva y significativamente con el factor estudio aprendizaje, esto es, que los adolescentes que manifiestan tener habilidad de trabajar en grupo, pedir ayuda, dar y seguir instrucciones, están comprometidos con el aprendizaje, y trabajan duro en los deberes de la escuela y perciben que en su escuela aprenden cosas nuevas.

El factor de Habilidades para hacer frente al estrés, correlaciono positiva y significativamente con los factores trato justo y deseabilidad social, esto es, en la medida en que los adolescentes poseen la capacidad para encarar la vergüenza y la frustración, puede expresar una demanda asertivamente, defender una amigo, expresar opiniones y resistir a la presión del grupo, perciben que las reglas de su escuela son justas y que los alumnos son tratados justamente, así como que los profesores y su padres les reconocen cuando hacen un buen trabajo.

El factor de Habilidades de Planeación correlacionó positiva y significativamente con los factores trato justo y reconocimiento y pertenencia. Es decir, que los adolescentes que son capaces de estar motivados para realizar actividades nuevas, discriminar problemas, lograr una meta, autoconocer sus capacidades y establecer prioridades para planear antes de actuar, perciben que en su escuela los profesores tienen reglas justas para todos, y que reconocen cuando los alumnos logran sus metas. Asimismo, manifiestan sentir pertenencia hacia su escuela.

Tabla 3.4 Correlaciones del Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar y la Escala de Clima Escolar.

Factores	Involucramiento afectivo funcional	Patrones de comunicación Funcionales	Resolución de problemas	Patrones de control de conducta
Conductas violentas	-.310**	-.319**		
Agresiones con armas y drogas	-.279*	-.260*		
Observación directa de armas	-.243*			
Seguridad, orden y aprendizaje	.380**	.363**	.247*	.303**
Comunicación con el profesor	.251*	.341**	.233*	
Estudio-aprendizaje	.283**	.357**	.352**	.292**
Amistad entre iguales	.264*	.228*		.251*
Trato justo y reconocimiento	.524**	.484**	.401**	.385**
Evaluación de seguridad		.251*		.297**
Pertenencia	.272*	.443**	.279*	.335**

Consideraciones: la Escala de Clima Escolar contiene varios factores que evalúan conductas en el centro escolar, dentro de estos se encuentran conductas disruptivas, y los nombres de los factores nos mencionan algunas, sin embargo, al recodificar los factores se obtuvo que a mayor puntaje en estos factores se percibe un mejor clima escolar.

El factor *Involucramiento Afectivo Funcional* presenta una correlación negativa significativa los factores Conductas violentas, agresiones con armas y drogas y observación directa de armas. Esto es, que en la medida en que los adolescentes tengan familias donde se valora a cada miembro de la familia y se tiene la capacidad de expresar emociones, percibirán menos conductas violentas dentro de su escuela, percibiendo su clima escolar como saludable.

Se encontraron también correlaciones positivas para el factor *Involucramiento Afectivo Funcional* con factores como, seguridad, orden y aprendizaje, comunicación con el profesor, estudio aprendizaje, amistad entre iguales, trato justo y reconocimiento y pertenencia, Es decir, los adolescentes que manifestaron que en sus familias se pueden expresar emociones, y se valora a cada miembro de la familia, perciben que dentro de su escuela pueden estar seguros, pueden contarle a sus profesores sus problemas y están al pendiente de sus necesidades, tiene amigos dentro del salón de clases, consideran que las reglas de su plantel son justas para todos y que sus profesores reconocen positivamente sus logros por tanto tienen un sentido de pertenencia hacia su escuela.

Respecto al factor de *Patrones de Comunicación Funcionales* se encontraron correlaciones significativas negativas para los factores conductas violentas y agresión con armas y drogas, esto es los

adolescentes que en sus familias pueden intercambiar información en el área afectiva y pueden expresar sus emociones, perciben menos conductas violentas en su centro escolar y sienten que están seguros dentro de él ya que no perciben violencia.

Se encontraron también correlaciones positivas con el factor de *Patrones de Comunicación Funcionales* con seguridad, orden y aprendizaje, comunicación con el profesor, estudio aprendizaje, amistad entre iguales, trato justo y reconocimiento, evaluación de la seguridad y pertenencia. Esto es, los adolescentes que manifiestan que en sus familias hay una comunicación positiva y hay intercambio de información, perciben que están bien adaptados a su escuela, se sienten seguros en ella, están comprometidos con el aprendizaje, pueden comunicarse con sus profesores para expresarles alguna dificultad, perciben las reglas de su escuela como justas y sus profesores les reconocen sus avances, por lo que tienen un sentimiento de pertenencia a su centro escolar.

En cuanto al factor de *Resolución de Problemas* este presenta correlaciones positivas con seguridad, orden y aprendizaje, comunicación con el profesor, estudio aprendizaje, trato justo y reconocimiento y pertenencia. Es decir, que los adolescentes que manifestaron que su familia es capaz de ponerse de acuerdo y tiene una buena organización familiar y por lo tanto son capaces de resolver problemas de una forma adecuada., perciben que su escuela es un lugar seguro y donde hay un clima saludable, pueden comunicarse con sus profesores y expresarles sus problemas y ellos los atienden, manifiestan que en su escuela aprenden y lo valoran como importante, además consideran que las reglas son justas para los alumnos y que los profesores y sus maestros reconocen sus logros, asimismo tienen un sentimiento de pertenencia hacia su escuela.

En cuanto al factor de *Patrones de Control de Conducta* se encontraron correlaciones positivas y significativas para los factores: seguridad, orden y aprendizaje, estudio aprendizaje, amistad entre iguales, trato justo y reconocimiento, evaluación de la seguridad y pertenencia. Así, los adolescentes que reportaron que en sus familias los patrones que usan para manejar el comportamiento de los miembros de la familia son razonables y existe la posibilidad de negociación y cambio dependiendo del contexto, perciben que en sus escuelas se encuentran seguros y si se presenta una emergencia hay quien los auxilie, asimismo, consideran que el aprendizaje es importante y manifiestan que en su escuela aprenden cosas nuevas, además tienen amigos dentro de la escuela, y perciben que las reglas y sanciones que se establecen son justas y que los profesores les reconocen sus esfuerzos, así evalúan como segura a su escuela y por tanto tienen un sentimiento de pertenencia.

Discusión

La familia tiene como tarea preparar a sus miembros para enfrentar cambios o crisis que son producidos tanto desde el exterior como del interior y que pueden llevar a modificaciones estructurales y funcionales. La adolescencia es una etapa en la que la familia tiene que brindar el soporte a los adolescentes para que estos se independicen y se incorporen a otros contextos de relación como la escuela con sus propios valores. Por tanto la importancia de explorar como estas variables se entrelazan y configuran el modo de interacción de los adolescentes (Pinto, Livia, Zegarra y Ortiz, 2001). La forma en que el adolescente haya aprendido a comunicarse y relacionarse dentro de su familia es la que va a emplear en sus relaciones con los iguales, por lo tanto la familia es un agente socializador, esto lo corroboran los resultados de este estudio, pues,

se encontró que los adolescentes que manifestaron tener buena comunicación en casa, podían mantener relaciones cercanas con sus compañeros.

Las investigaciones llevadas a cabo con adolescentes (Matthews y Angulo, 1980), sostienen que éstos reproducen en gran medida los patrones de conducta de sus padres, llegando a presentar características similares en aspectos tales como: la forma de resolver conflictos, la competitividad, la hostilidad y la impaciencia.

Así mismo, la escuela es otro agente socializador que cobra gran importancia en la adolescencia, pues es el lugar donde se establecen lazos de amistad, compañerismo, lealtad, competencia, estas formas se contextualizan en las formas de interrelación aprendidas en casa. El clima que se percibe en el salón de clases influirá de manera determinante en las relaciones que se establecen entre compañeros (Rodrigo y Palacios, 1999). Pues se encontró que los adolescentes que perciben su escuela como un lugar seguro, pueden establecer mejores relaciones con sus compañeros y manifiestan ser más hábiles al expresar sus emociones y sentimientos, así como al reconocer los de los otros. En este sentido, se aporta evidencia de la asociación que existe entre el Clima escolar y las Habilidades sociales en los adolescentes.

Al momento de correlacionar los factores de las escalas se encontraron varias cosas interesantes, las familias que pueden tener una comunicación clara y directa además de expresar las emociones honestamente, enseñaran estos patrones de conducta a sus hijos, lo que repercutirá en la manera en la que ellos se relacionen (Ponzetti y Long, 1989; Mansour y Soni, 1986).

Un clima familiar donde la violencia doméstica y los conflictos paterno-filiales son permanentes o donde la falta de una autoridad eficiente para normar es una constante, produce una desestabilización mayor en el adolescente, que atraviesa por una etapa de cambios que le acarrea confusiones. Asimismo, existen factores cotidianos en la vida familiar que no permiten un desarrollo equilibrado del niño y del adolescente, privándole de la seguridad y confianza necesaria para afrontar las dificultades, lo que conduce a conformar una personalidad refractaria al afecto, temerosa a sufrir nuevas decepciones, y por ende, propensa a adoptar actitudes defensivas (Pinto, Livia, Zegarra y Ortiz, 2001). Lo anterior se corrobora en este estudio, en las correlaciones negativas que se encontraron en los factores de Involucramiento afectivo funcional y patrones de Comunicación funcionales con los factores de la Escala de Clima escolar, lo que nos dice que si en la familia no hay un buen funcionamiento familiar se verá reflejado negativamente en la adaptación de los adolescentes y puede ocasionar conductas violentas.

La inadaptación social del adolescente es el resultado del fracaso en el proceso de socialización, entendiendo por tal el aprendizaje de pautas que permiten una adecuada y gratificante adaptación al medio. La familia viene a ser el principal contexto donde se desarrollarán las posibilidades del adolescente, en consecuencia son los padres los responsables de tal aprendizaje (Pinto, Livia, Zegarra y Ortiz, 2001). Por consiguiente, reviste interés determinar la manera específica en que se relacionan los problemas conductuales observados en los adolescentes y el funcionamiento de sus respectivas familias. El presente estudio, aporta evidencia en este sentido, pues se encontró que los adolescentes que manifestaban que en sus familias no se les tomaba en cuenta y no había intercambio de comunicación, manifestaban percibir mayores amenazas y estar involucrados en situaciones de agresión en la escuela.

Los alumnos que muestran buenas Habilidades Sociales, manifiesta un marcado interés por las actividades de la clase, participan y disfrutan del ambiente trabajando juntos, se muestran amistosos, les agrada ayudar a sus compañeros; respecto a los profesores, los perciben como personas amistosas e interesadas en ellos quienes albergan confianza a sus alumnos. Respecto a las normas del aula, visualizan con claridad y las cumplen sin mayores dificultades y revelan una buena disposición para la innovación y el cambio que introduce el profesor, promoviendo en ellos la creatividad. En general perciben el aula como un ambiente integrado, donde todos se apoyan entre sí y consideran que las relaciones son satisfactorias (Arévalo, 2002). Estos datos se confirman con los hallados en el presente estudio al encontrar correlaciones entre los factores de la escala de Habilidades Sociales y los Factores de Clima Escolar.

Las habilidades sociales tanto del profesorado como del alumnado ayudan a prevenir o abordar los conflictos que se den en el aula o en un centro, ya que permiten una mejor comunicación de las necesidades de cada una de las partes, un mayor respeto y el hallazgo de soluciones a los conflictos, evitando que éstos se enquisten y dañen las relaciones de convivencia entre profesor-profesor, profesor-alumno y alumno-alumno (Fernández 2001).

3.5.2. Reporte de Investigación Cualitativa

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y HABILIDADES SOCIALES: ESTUDIO DE CASO

Introducción

En nuestro país, los adolescentes enfrentan una serie de problemas que cada día son más agudos. la necesidad de encontrar alternativas para poder intervenir eficazmente se hace cada día más urgente. Por ello la importancia de profundizar en el estudio de las percepciones de los adolescentes y los significados que estos le atribuyen a su dinámica familiar y a sus habilidades sociales.

La familia es un sistema dinámico e interdependiente en el que las acciones de unos confluyen a otros; esta influencia afecta en mayor o menor medida la calidad y el estilo de las relaciones tanto dentro del sistema familiar, como fuera de él. En el trayecto de la vida las características de los padres y de cómo se relacionan dentro del sistema familiar, son un referente inmediato para los hijos, sirven como modelo a seguir y ayudan en el proceso de desarrollo psicológico (Cole, 2000).

La familia tiene la tarea de desarrollar determinadas funciones, tales como la biológica, la económica, la educativa en la formación de sus integrantes, contribuyendo a la formación de valores, a la socialización de sus miembros, a la educación, a la reproducción y a la satisfacción de necesidades económicas entre otros. Asimismo, tiene la tarea de preparar a los individuos para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales (Gómez, 2003). Así, a lo largo de ese camino la familia adoptará una dinámica en sus relaciones que le permitirá cumplir dichas funciones, mismas que se traducen en la adquisición de patrones para su funcionamiento; dicho funcionamiento se considera como la dinámica interactiva y sistémica que se produce entre los miembros de la familia.

La manera en que se relacionan y funcionan las familias es un referente para los hijos y un criterio para elegir amigos, entre los vecinos y compañeros de escuela, así como actividades deportivas, religiosas o artísticas. En este sentido, la personalidad del adolescente se va formando por las influencias de personajes

significativos como los padres y de los patrones que aprenden en el seno familiar (Gómez, 2003). No es de extrañar que los jóvenes que viven constantes discusiones y agresiones conyugales terminen por aprender el estilo y contenidos de las acciones de sus padres (Capaldi, 1994). El papel de padre o madre funcional implica el involucramiento constante de cada progenitor en las actividades cotidianas de sus hijos y sólo en la actividad cotidiana conjunta se transmiten los valores, costumbres, hábitos que los propios padres tienen y quieren ver reflejados en las acciones cotidianas de los hijos.

La relación entre iguales está matizada por valores como compañerismo, lealtad, competencia y amistad; y durante la adolescencia estos valores contextualizan formas de interrelación que coexisten con los valores y afectos familiares.

En cualquier ámbito, los adolescentes regularmente se unen gracias a un proceso de empatía e identificación y aceptación de características. La relación entre iguales proporciona a los adolescentes experiencias nuevas, con las cuales desarrollan nuevas habilidades sociales (Rodrigo y Palacios, 1999).

El estudio de las Habilidades Sociales en los niños y adolescentes está cobrando cada vez mayor importancia desde el marco clínico, educativo y en la investigación. Las Habilidades Sociales se desarrollan desde la infancia y se van haciendo más complejas a lo largo de los años.

Las deficiencias en dichas habilidades podrían, en un momento dado, construirse en precipitantes de problemas conductuales que redunden en una inadaptación social. En la evaluación de las habilidades sociales, se requiere de la inclusión de la persona, la conducta y el contexto donde se desarrollan.

Así la estructura y dinámica de la familia, los estilos educativos de los padres y las madres, la relación con hermanos, etc., son aspectos fundamentales que hay que tener en cuenta ya que pueden convertirse bien en factores protectores de riesgo para un buen enfrentamiento de las problemáticas interpersonales.

Diversos estudios han señalado la relación directa del clima escolar con variables como habilidades sociales y desarrollo emocional de los alumnos y la dinámica familiar (Cornejo y Redondo, 2001).

En este sentido es importante aproximarse y conocer que piensa y siente un adolescente respecto a las habilidades sociales adquiridas y la influencia de su familia en la forma en la que se relaciona con los iguales. De este planteamiento podemos desprender la pregunta ¿Cuáles son las herramientas o valores que la familia trasmite para que el adolescente pueda desarrollar buenas habilidades sociales?

En este caso se seleccionó de la muestra, debido a que el adolescente presentó puntuaciones muy elevadas en la Escala de Habilidades Sociales y se encontró que tenía un funcionamiento familiar adecuado, sin embargo, en la escuela es reportado como un alumno con problemas de rendimiento académico y que ha repetido año en la secundaria y uno en la primaria.

Análisis metodológico

Decisiones muestrales. Este estudio parte de una investigación cuantitativa, en la que se estudio la asociación entre el Funcionamiento Familiar, las Habilidades Sociales y el Clima Escolar en adolescentes de secundaria. A partir de estos resultados, se decidió continuar con esta investigación y tomar un caso para estudiar con más profundidad la forma en que el funcionamiento familiar influye en las habilidades sociales y los significados que les dan los adolescentes.

Este estudio se llevo a cabo con un estudiante de secundaria de segundo año. Se eligió este caso debido a que desde que se contacto la cita se le explicó al director de la escuela de que se trataría la investigación, él planteó que tenía algunos casos en los que él estaba más interesado en revisar. Para la investigación cualitativa planteo el caso de este adolescente, ya que lo notaba un poco inquieto y tenía reportes de que últimamente había tenido algunos problemas de conducta.

Además de la petición del director de la escuela, los puntajes obtenidos en el cuestionario correspondiente a la investigación cuantitativa, también arrojaban datos interesantes, por las puntuaciones obtenidas, pues puntúo muy alto en las habilidades sociales y en algunos factores de funcionamiento familiar. En lo que respecta al Clima escolar el adolescente también obtiene una puntuación alta, sobre todo en el factor de pertenencia.

Asimismo, se tomó en cuenta la accesibilidad de la muestra que señala Valles (2000), que plantea que se puede tomar como criterio los participantes que estén más accesibles física u socialmente y que además estén dispuestos a proporcionar información. En este sentido, el adolescente que se estudió cumplía estos criterios, ya que era accesible físicamente, pues la entrevista se realizó en las instalaciones de la escuela, además era accesible socialmente, ya que el propio director sugirió este caso para trabajar. Por otra parte, en cuanto se contacto al adolescente y se explico el propósito de la investigación, este se mostró muy cooperativo y dispuesto a brindar la información solicitada.

Por otra parte, como ya se ha mencionado el objetivo, en este estudio, es profundizar en los significados del adolescente acerca de su dinámica familiar y cómo esta ha influido en el desarrollo de las habilidades sociales, por ello se decidió realizar un estudio de caso, el cual, permite acceder a lo particular único, conocer lo ideosincrático (Vázquez y Angulo, 2003).

En este sentido se trato de profundizar acerca de este caso específico, en sus interpretaciones, vivencias, interpretando su discurso.

El estudio de caso es el examen de un ejemplo de acción y aquí se ve reflejado en algunas recomendaciones del estudiante desde su experiencia (Walter, 1983, cit, en Vázquez Angulo, 2003). Se trató de profundizar en los significados que da el adolescente a sus experiencias y aprendizajes que ha tenido de su familia y que le han permitido ser una persona muy sociable.

Como ya se había mencionado, este estudio parte de los resultados de un estudio cuantitativo, por lo que partiendo de este punto este trabajo, es un diseño proyectado (Miles y Huberman, 1994, cit. en Valles, 2003) que tiene como características: un tiempo determinado, generalmente poco, una estructura determinada, debido a que se partía de datos empíricos. Se empleó este tipo de estudio ya que se disponía de poco tiempo y se contaba ya con datos empíricos, estos datos plateaban que el funcionamiento familiar influía en el desarrollo de habilidades sociales.

En este sentido, se tenían varias interrogantes, éstas también son un elemento de este tipo de diseño. Entre las preguntas planteadas se encuentran ¿Cómo percibe un adolescente su dinámica familiar?, ¿Qué de los recursos que ha aprendido de su familia aplica en su relación con sus iguales?, ¿cuáles son sus habilidades sociales? ¿Cómo emplea sus habilidades sociales en su vida cotidiana?

Entre otros elementos que hicieron considerar este tipo de estudio, encontramos que ya previamente se había realizado una revisión bibliográfica del tema, así como un estudio descriptivo y correlacional.

En este estudio se empleo la *entrevista en profundidad* para la recolección de datos. En la entrevista interviene un entrevistado y un entrevistador, justos co-construyen el discurso en cada instante. A través de ésta se puede recoger información sobre las opiniones, significados y acontecimientos, y en profundidad, para lograr una comprensión de las perspectivas y percepciones que presenta este adolescente.

La entrevista en profundidad es un constructo comunicativo y se da en una interacción entre el informante y el informado, donde los discursos están contruidos por el marco social (Valles, 2003).

Se empleo la *entrevista en profundidad*, se consideró la mejor opción para obtener información acerca de las vivencias, percepciones, sentimientos, que un adolescente puede tener a través de la co-construcción (Valles, 2003). La entrevista a profundidad también tiene la característica de ser flexible e irse reestructurando a partir de la información que se va generando, al mismo tiempo que se van generando nuevas preguntas, y asimismo se pueden ir aclarando las respuestas del informante.

Para llevar a cabo este estudio, se realizó un guión de entrevista en el cual se incluían los temas de interés que fueron retomados de los resultados de la investigación cuantitativa. Los temas que se eligieron son los más representativos y que podrían arrojar información específica del funcionamiento familiar y de las habilidades sociales.

TEMAS: Funcionamiento Familiar y Habilidades Sociales

Funcionamiento familiar Subtemas: Dinámica Familiar, percepción de sus relaciones familiares, resolución de problemas, aprendizajes y valores familiares.

Habilidades sociales Subtemas: Habilidades sociales adquiridas, ¿cómo ha empleado esas habilidades sociales?, relaciones interpersonales, habilidades sociales y adolescencia.

Una vez seleccionados los temas y subtemas se llevó a cabo el guión de entrevista, procurando que se incluyeran todos los temas previstos. Se tomaron en cuenta también las preguntas de las escalas aplicadas para aclarar más las respuestas del adolescente.

Después de llevar a cabo la entrevista y transcribirla textualmente, se empleo el programa ATLAS_ti 4.1 para Windows 95, para el análisis de textos que permite categorizar la información de la entrevista. Una vez categorizado se llevo a cabo el análisis de la entrevista.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Categorías.

- Amistad. Se refiere a los lazos que mantiene el adolescente con sus iguales y las cosas que considera importantes en una relación de amistad en esta etapa de su vida. Se incluyen también las percepciones que tiene acerca de sus amigos y las cosas que hacen juntos que los unen. Para esta categoría se obtuvieron 32 frases.
- Escuela: Incluye las percepciones que tiene el adolescente de su centro de estudios, así como de los maestros que laboran para esta, si su trato es justo o no, si se sienten seguros en ella y

como es la relación que han establecido con los maestros. Para esta categoría se obtuvieron, cuatro códigos y 15 frases.

- **Funcionamiento familiar:** Hace referencia a la forma en que el adolescente percibe la dinámica de su familia y sus relaciones con cada uno de sus miembros. Así como a los problemas que se presentan dentro de la familia y la forma de resolverlos. Se encontraron 44 frases.
- **Habilidades:** Se refiere al desarrollo de habilidades que tiene el estudiante, incluye a las habilidades sociales, habilidades de planeación, capacidad de escuchar a los otros, y relacionarse con los demás, la forma en que se emplea estas habilidades en la resolución de problemas en la vida cotidiana.
- **Metas y aprendizaje:** Incluye los planes del adolescente y las estrategias que tiene para lograrlas, también se abordan los hechos que el adolescente asume como aprendizajes hasta este momento de su vida.

Triangulación. En primera instancia hay que considerar que en los resultados del estudio cuantitativo arrojaron que este adolescente manifestaba tener un funcionamiento familiar saludable. En el factor involucramiento afectivo funcional obtuvo un puntaje elevado, por encima de la media de los otros estudiantes, lo que nos indica que en su familia se pueden expresar emociones, dicha información se corrobora con la entrevista en profundidad, pues por ejemplo el adolescente menciona, “cuando nos sentimos mal siempre podemos decirlo, buen hay la apertura ya depende de uno si lo dice o no, yo lo hago cuando creo que es necesario que mis papas se enteren de lo que me pasa”. Al respecto, el director al momento de solicitar que se tratara ese caso, brindó cierta información acerca del alumno, menciona que él conocía a su familia y que él percibía se preocupan por él y se interesan por lo que sucede en la escuela. Por la información recabada se puede ver que en la familia del adolescente se pueden expresar emociones y él sabe que es un recurso que puede usar en el momento en que lo necesita.

Por otro lado el adolescente obtuvo un puntaje elevado en la escala de Habilidades Sociales, reportando que le es fácil iniciar una conversación aunque no conozca a las personas, esto se corrobora con la información de la entrevista, donde menciona “yo siempre he sido muy sociable sic. ”

E: ¿entonces te es fácil acercarte a gente que no conoces y hacer amigos? A: “si, no se me hace difícil.” En este sentido se observó también durante la entrevista que el chico es muy sociable, tiene facilidad de palabra y se muestra extrovertido. Al respecto el director comento que era un joven que tenía muchos amigos en la escuela, que tal vez ese era el problema, pues en ocasiones se metía en problemas por salvar a sus compañeros. En este sentido, al adolescente menciona “yo tengo varios amigos y como son menores que yo luego otros se quieren pasar de listos, pero yo les hago el par en ocasiones me han llegado a golpear por eso, pero pues los amigos son primero”.

Se encuentra también que para este chico es muy importante la amistad, pues lo manifiesta su puntaje elevado en el factor de “amistad entre iguales” y sus declaraciones sobre la importancia de la amistad en la adolescencia por ejemplo cuando dice “yo creo que ahorita a todos mis amigos, les interesa lo mismo” eso es algo

importante, confiable, pues alguien con quien puedas platicar y sepas que no le va a decir a nadie lo que le cuentas, porque a veces les cuentas algo y luego ya lo sabe media escuela, en cambio un amigo, aunque lo presionen o amenacen no lo va a hacer, eso es un buen amigo, bueno yo considero eso". Se encuentra que uno de los aspectos fundamentales para el joven es la confianza que encuentra en los amigos, para él son muy importantes, pues menciona también que en estos momentos hay cosas que no le puede decir a su familia aunque confíe en ellos, y prefiere que sus amigos le den consejos.

Se incluyeron categorías como metas y aprendizaje, ya que el adolescente menciona que él entiende que su situación en la escuela no está del todo bien y que tiene que realizar un gran esfuerzo, ya ahora ha comenzado a planear estrategias para resolver esta situación, cuestión que también se ve reflejada en el alto puntaje en el factor habilidades de planeación.

Es importante aclarar que durante la entrevista no se pudieron detectar otras habilidades que se encuentran incluidas en la escala de habilidades sociales, como *habilidades para enfrentar el estrés por ejemplo*. Pero se trató de profundizar en las que el adolescente iba reconociendo a lo largo de su discurso.

Interpretación y Conclusiones

Al retomar el objetivo de este estudio, que es el identificar los significados, percepciones, pensamientos y sentimientos del adolescente respecto a su funcionamiento familiar y cómo éste influye en las habilidades sociales adquiridas, se puede decir, que la entrevista a profundidad pudo brindarnos un panorama más amplio acerca de como el adolescente que tiene este tipo de habilidades no las emplea siempre, en este caso, para él es más importante vivir su adolescencia y disfrutarla, la describe como una etapa "loca que hay que disfrutar" en este sentido, él sabe que va mal en la escuela, que sus padres están preocupados por él, sin embargo, considera que como va en segundo año, todavía hay tiempo de encontrar el equilibrio como él mismo describe " mis planes para tercero son que me vaya bien, ese año voy a aplicarme para sacar una beca, porque quiero estudiar en la Universidad Anahuac, como mi primo".

Este tipo de pensamiento característico de los adolescentes, pues no son capaces de considerar las consecuencias de sus actos, es un tanto peligroso, como lo dijo el director de la escuela, pues según él, aunque es un buen chico, le preocupa que pueda repetir año, ya que no ha estado muy concentrado en los asuntos académicos.

Por otro lado, se encuentra que este adolescente, tiene una buena relación con sus padres, en la que reconoce los roles que cada uno tiene que cumplir y los acepta, sin embargo, en lo concerniente a su hermano, manifiesta tener dificultades, pues comenta que siempre se han llevado mal, él es dos años mayor y este podría ser un factor importante para agudizar las diferencias. En tanto, le molesta de su hermano que sea "matadito" como el lo define, ya que odia a los mataditos. Se encuentra que este adolescente percibe a la escuela en este momento como un lugar donde relacionarse y hacer amigos, y considera que ya después si podrá comprometerse, según él menciona " ya tengo los planes de mi vida, creo que ahora es momento de echar relajo, lo del estudio ya vendrá después, en tercer año, ahora me toca disfrutar".

Podemos ver que sus relaciones de amistad ocupan un papel muy importante y que considera que una de sus características más representativas como persona es precisamente saber ser un buen amigo, ya

que considera que tiene una capacidad para escuchar a las personas y además respeta mucho la amistad a través de la confianza, pues considera que un amigo, es sólo en quien se puede confiar.

Hace referencia también a que de sus amigos ha recibido varios consejos, aunque reconoce que no todos se pueden considerar buenos consejos, pues sus amigos, no tienen la suficiente madurez para opinar sobre ciertas cosas, sin embargo, en ocasiones ellos lo entienden mejor, pues están atravesando las mismas dificultades.

El adolescente reconoce que su familia le ha transmitido ciertos valores como el respeto, el cual menciona le ha servido de mucho y le ha evitado problemas, por ejemplo menciona, “mis maestros pueden decir que soy latoso, pero que soy muy respetuoso”, para este adolescente su familia le ha enseñado con hechos, pues son congruentes al hablarle o al inculcarle cosas.

Uno de los recursos más importantes para este adolescente es sin duda, la capacidad de escuchar y tomar consejos, pues refiere que en diversas ocasiones los consejos que le han dado lo han librado de problemas, por lo que en este momento que pasa por una situación en donde académicamente no está rindiendo al 100%, seguramente su familia tendrá una estrategia para alentarle a esforzarse y conseguir sus metas, que parece las tiene claras.

3.6. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria.

Como parte de las habilidades que se persiguen en la Residencia en Terapia Familiar están las encaminadas hacia la prevención:

1. Elaborar programas y proyectos de salud comunitaria.
2. Identificar procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas familiares y grupales.
3. Diseñar programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario.
4. Aplicar estos programas, en colaboración con los diferentes agentes, familiares e institucionales, que intervienen.

Derivado de la importancia de desarrollar estas habilidades durante la formación académica se realizan una serie de actividades, encaminadas a cubrir este objetivo.

3.6.1. Elaboración y Presentación de Productos tecnológicos. Durante los seminarios teórico-prácticos, se revisan los elementos que integran los Modelos. Una tarea fundamental para facilitar el aprendizaje y la integración de conceptos consiste en realizar de forma individual manuales

didácticos. El objetivo principal es comprender como surge el modelo, cuáles son sus fundamentos teóricos y como de aquí se derivan las estrategias de intervención. Se incluyen ejemplos desarrollados para explicar cómo se insertan dichas intervenciones en el proceso terapéutico.

Este material está dirigido a estudiantes y profesionales material claro y accesible para hacer acercarse a cada uno de los modelos revisados.

1. *Manual didáctico del Modelo Estructural.* Este material incluye una parte de antecedentes donde se expone como va surgiendo el modelo, y trata de los trabajos de Salvador Minuchin principal exponente y como sus trabajos fueron delineando lo que más tarde sería el Modelo Estructural. Las intervenciones van encaminadas a cuestionar el síntoma, la estructura y la realidad. El manual contiene casos hipotéticos que ejemplifican las intervenciones en el proceso terapéutico.
2. *Manual didáctico del Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas.* Se describe el Proyecto de Terapia Breve como antecedente de este modelo, además de las aportaciones teóricas de Watzlawick, Fisch y Segal en su Libro de Cambio, y la gran influencia de Erickson en el abordaje terapéutico. Se expone la importancia de los conceptos de cambio de primer y segundo orden, dificultades y problemas. Este modelo fija como marco de tratamiento 10 sesiones por problema. Un aspecto fundamental en la práctica es la capacidad de maniobra del terapeuta, para ello debe conocer la postura del cliente y fijar un marco de tratamiento. Se describen las intervenciones principales y generales de este enfoque y se ejemplifican con casos hipotéticos.
3. *Manual didáctico del Modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones.* Se presentan los antecedentes a partir de la Terapia estratégica del MRI, cuando se pone énfasis en amplificar las secuencias de solución. Se destaca la importancia de identificar y utilizar los recursos de la persona o de la familia para solucionar el problema. Además se esquematiza la práctica del modelo, describiendo las herramientas que son útiles para el proceso terapéutico como son: el lenguaje presuposicional, los recursos del cliente, identificar y ampliar el cambio, la pausa, entre otros. Se describen las intervenciones y se brindan ejemplos para su utilización en terapia.

Videos. Dentro de los seminarios una actividad es realizar productos tecnológicos como los videos didácticos, con el objetivo de sintetizar e integrar los aspectos teórico-metodológicos de cada modelo. Los videos realizados tienen una duración aproximada de 30-40 minutos. En estos se muestran los aspectos fundamentales de cada modelo y se ejemplifican las principales intervenciones

de cada modelo. Se realizaron en equipos de 5 terapeutas, quienes elaboraron el guión donde se muestran uno varios casos donde se aplican las intervenciones del modelo.

Estos materiales son apoyo para la difusión de la terapia familiar, son dirigidos a estudiantes y profesionales de la psicología interesados en conocer los modelos de terapia familiar. Esta experiencia reforzó el aprendizaje y ayudo a presentar las estrategias y técnicas del modelo a través de un video didáctico como herramienta para el aprendizaje. A continuación se describen los contenidos de los videos presentados.

1. Modelo Estructural. El video se compone de una pequeña introducción al modelo y sus fundamentos teóricos, posteriormente se ilustran cada una de las técnicas de intervención con casos hipotéticos, mostrando como el terapeuta puede hacer uso de estas técnicas en diferentes problemáticas.

2. Modelo Estratégico. La primer parte contiene una explicación del surgimiento del Modelo Estratégico de Jay Haley y las influencias Erickson. Se mencionan las obras escritas donde Haley fue plasmando sus ideas y la forma de practicar este enfoque terapéutico. Se ejemplifican las etapas de la entrevista, así como las principales técnicas como: las directivas directas e indirectas, las metafóricas y la técnica de ordalía.

3. Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas. Se exponen los antecedentes y los principales representantes del modelo, después se ilustran con casos las intervenciones principales: el intento de forzar algo que solo puede ocurrir de manera espontánea, dominar un acontecimiento temido, aplazándolo, intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición, conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación, confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa. También se muestra la aplicación de las intervenciones generales: no apresurarse, peligro de una mejoría, cambio de dirección, empeorar el problema.

4. Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones. Se presentan los principales exponentes del modelo de soluciones, así como las de Erickson. Se enfatiza el uso de los recursos del cliente para encontrar la solución que termine con el problema. La entrevista se considera una intervención y a través de las preguntas se van recabando información acerca de las excepciones. Se ilustran las intervenciones como redefiniciones, connotaciones positivas, intervención sobre el patrón de contexto y las tareas de formula.

5. Video de Comunicación No Violenta. Este video se basó en los postulados del DR: Marshall B. Rosenber (1999), quien plantea que comunicarnos de forma no violenta nos permite

construir una vida más sana. Para llegar a esto hay que tener un cambio en nuestra manera de comunicarnos con los siguientes elementos: separar la observación y la evaluación, expresar nuestros sentimientos, describiendo nuestras emociones, evitando valoraciones o interpretaciones de los mismo, reconocer las necesidades que hay detrás de los sentimientos siempre considerando que los lo que digan o hagan los demás puede ser el estímulo pero no la causa de nuestros sentimientos y por último, centrarse en lo que se pide a los demás para enriquecer la propia vida. El video realizado ejemplifica cómo se pueden aplicar estos principios en el ámbito terapéutico.

3.6.2. Desarrollo y Presentación de Programas de Intervención Comunitaria.

Como parte de un Programa de Salud Comunitaria y en vinculación con la escuela se impartieron una serie de talleres, se participo en los siguientes:

Taller: *Entendiendo la violencia...*

Foro: *Escuela para Padres. Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco.*

Fecha: Febrero 2008

El trabajo que se realiza en la Clínica de Terapia Familiar del CCH-A. La practica supervisada que se llevaba a cabo en esta sede permitió que se generara e l Proyecto “*Escuela para Padres*”, con la impartición de una serie de talleres dirigidos a los padres de familia de los alumnos del CCH-A.

Consideramos que en el caso del tema de Violencia era pertinente abordarlo desde sus distintas aristas, como son las manifestaciones, físicas, psicológicas, sexuales, entre otras, así como los diferentes ámbitos donde puede estar presente, como la familia, el noviazgo, la escuela.

Los objetivos principales del taller son: Identificar los factores socioculturales que pueden propiciar y/o perpetuar la violencia; que los participantes identifiquen los elementos de la interacción familiar que pueden prevenir la violencia; trabajaran los conceptos respeto, afecto, confianza, cooperación, humor, recreación, valores, reglas, flexibilidad, creatividad.

Taller: *Culturas Juveniles.*

Foro: *Escuela para Padres. Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco.*

Fecha: Febrero 2008

Para la Población del CCH-A, se considero importante el tema de *Culturas Juveniles*, ya que los adolescentes buscando identidad, muchas veces la encuentran en estos grupos. Sin embargo, el

desconocimiento de muchas veces genera conflictos con otros sistemas de relación, como la familia y la escuela.

El objetivo del taller, es sensibilizar a los padres respecto a la realidad juvenil y como esta tiene distintas formas de expresión, las culturas juveniles son una ellas. Exponer las principales características de las culturas juveniles.

Plática: *Los Servicios de Salud ante la Violencia Doméstica.*

Foro: Octavas Jornadas de Enfermería de la Clínica Familiar del IMSS, 140. “Dr. Alfonso Sánchez Madariaga”

Fecha: 16 de mayo del 2008.

En el marco de las Octavas Jornadas de enfermería se llevo a cabo la plática dirigida al personal médico y paramédico de la Clínica 140. Se abordó, el tema de la violencia desde la perspectiva de cómo enfrentan este tema los servicios de salud, en muchas ocasiones, sin un entrenamiento adecuado, y sin conocimientos legales para su intervención.

Los objetivos fueron: identificar la violencia como un problema social a nivel internacional, distinguir la carga oculta que ésta violencia representa para los servicios de salud, conocer los factores de riesgo que constituyen la etiología de la violencia doméstica, analizar el papel de los profesionales de salud frente a la violencia e identificar los obstáculos, así como las consideraciones éticas de la violencia doméstica.

3.6.3.Reporte de la presentación de Trabajos en los Distintos Foros Académicos.

Ponencia: *“MODELO ESTRUCTURAL: TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE”*

Foro: VIII Congreso “Al Encuentro de la Psicología Mexicana y IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología, organizado por AMAPSI. El tema del congreso fue: **Hacia la construcción de un mundo posible.** Morelia Michoacán.

Fecha: 8 de Marzo del 2007.

El objetivo fue presentar el video didáctico, como un producto del trabajo realizado video didáctico como estrategia para mostrar las principales intervenciones del Modelo Estructural, como una alternativa para abordar las problemáticas de las familias. El modelo estructural surge en los

años 70's. con Salvador Minuchin como principal representante. Un eje fundamental en este modelo es el Diagnóstico Estructural, el terapeuta se concentra en seis áreas fundamentales:

- La estructura de la familia, sus pautas transaccionales preferidas y las alternativas disponibles.
- Evalúa la flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración, tal como lo revela la modificación de las alianzas y coaliciones del sistema y de los subsistemas en respuesta a las circunstancias cambiantes.
- Examina la resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros.
- El terapeuta examina el contexto de vida de la familia, analizando las fuentes de apoyo y de estrés en la ecología de la familia.
- Examina el estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a este.
- Explora las formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

El modelo trabaja con técnicas que están encaminadas a cuestionar tres áreas:

- Cuestionamiento del síntoma, que son técnicas destinadas a reencuadrar el síntoma, por ejemplo, la escenificación, el enfoque y la intensidad.
- Cuestionamiento de la estructura, que busca provocar la reestructuración de la familia, por ejemplo, fronteras desequilibrio, complementariedad
- Cuestionamiento de la realidad, busca redefinir las realidades construidas para darle un nuevo encuadramiento.

Como una estrategia de aprendizaje se realizó un video didáctico donde se presentan las técnicas antes mencionadas y se ejemplifican con un caso clínico ficticio que los terapeutas actúan para este propósito.

Ponencia: *INTERACCIÓN FAMILIAR, HABILIDADES SOCIALES Y CLIMA ESCOLAR EN ADOLESCENTES.*

Foro: III. Congreso de Investigación de la FES- Zaragoza. UNAM

Fecha: 30 de Octubre del 2007.

Esta investigación tuvo como objetivo, conocer como se relacionan las variables de interacción familiar, habilidades sociales y el clima escolar en adolescentes, con ello, se pretende tener las bases para realizar intervenciones dirigidas a facilitar el aprendizaje, y aprovechamiento de los adolescentes en las escuelas, facilitando una red de apoyo entre alumnos, maestros y padres de familia, pues cada uno de estas partes tienen gran relevancia en el producto final: el aprendizaje.

Las conclusiones a las que se llegaron son: La forma en que el adolescente haya aprendido a comunicarse y relacionarse dentro de su familia es la que va a emplear en sus relaciones con los iguales, por lo tanto la familia es un agente socializador.

El clima que se percibe en el salón de clases influirá de manera determinante en las relaciones que se establecen entre compañeros (Rodrigo y Palacios, 1999).

El que los adolescentes cuenten con este tipo de habilidades nos traerá consecuencias positivas a corto mediano y largo plazo, pues tendremos personas capaces de tomar decisiones, liderar grupos, resolver conflictos y trabajar en equipo, de una manera saludable.

3.7. Consideraciones éticas que emergen de la práctica clínica.

El programa de la Maestría considera que la labor del terapeuta debe de estar enmarcada en la ética y compromiso social, mostrando una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con los usuarios. Es pertinente hacer una revisión de lo que es la ética y como se inserta a la tarea del terapeuta.

La ética también es conocida como filosofía moral y es la disciplina que se interesa por los juicios de aprobación y desaprobación, lo correcto y lo incorrecto. Ahora bien, si retomamos el sentido griego de la ética, su concepto era morada o lugar donde se habita, aunque después se aplicó al hombre y los pueblos. Es decir, ya no se trata de un lugar exterior, sino del hombre en sí mismo. El *ethos* es el fundamento de la praxis, de donde surgen los actos humanos. Lo ético es la disposición del hombre en la vida, su carácter, su costumbre y su moral. La ética florece a partir de nuestros valores, que nos dicen si algo está bien o mal (Runes, 1981).

El modo de ser ético de cualquier persona se construye de manera cotidiana, cuando se entra en relación con el otro. El actuar moral se moldea en los espacios donde se convive con los

demás. Con esa forma de ser, que podemos denominar cualidad moral, o el YO moral, se interactúa en un entorno social todos los días (Quintanar, 2006).

En este sentido, al vincular la ética con la práctica clínica, nos lleva a reflexionar acerca de los dilemas a los que nos enfrentamos como terapeutas cotidianamente. Como profesionales es preciso tener un referente para nuestro actuar, diversas asociaciones profesionales como la Sociedad Mexicana de Psicología, han atendido a esta preocupación en el Código Ético de Psicólogo (2007), cuyo propósito principal es garantizar la protección de los usuarios de los servicios psicológicos, además de ofrecer apoyo psicológico, tanto en la toma de decisiones, como para educar a terceros que le soliciten acciones contrarias a los principios que rigen su comportamiento. De este modo, todos los psicólogos deben familiarizarse con el Código Ético que se adhiere a los siguientes principios:

- Respeto a los Derechos y Dignidad de las Personas: cualquier persona debe recibir fundamentalmente un trato como personas o como fin en sí misma, y no como un objeto o un medio para alcanzar un fin.
- Cuidado Responsable: obliga al psicólogo a distinguir entre los daños y los beneficios producto de sus métodos y procedimientos, a predecir los daños posibles y a proceder solamente si los beneficios superan el daño.
- Integridad en las Relaciones: se basan las normas que muestran al psicólogo como debe fomentar su integridad hacia la ciencia, la enseñanza y las prácticas psicológicas, y su respeto, honestidad y justicia hacia las personas con las que se relaciona en el desempeño de estas actividades.
- Responsabilidad hacia la Sociedad y la Humanidad: el psicólogo busca aumentar el conocimiento y promover el bienestar de la humanidad. El psicólogo tiene la responsabilidad de dar a conocer los conocimientos y contribuciones de la psicología que beneficien a los demás seres humanos.

Dichos principios son una guía para la práctica clínica, ahora en particular la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF), a través de la Comisión de Honor y Justicia, ha promulgado un Código de Ética (1997) que aborda las situaciones en las que los terapeutas podemos vernos involucrados, a continuación se presenta un cuadro resumen del Código.

Cuadro. 3.6 Resumen del Código Ético de los Terapeutas AMTF.

Apartado	Tareas del terapeuta:
Responsabilidad con los pacientes	<p>Procurar el bienestar de las familias e individuos y respetar sus derechos.</p> <p>No discriminara, ni negara sus servicios profesionales por motivos étnicos, religiosos, de género, nacionalidad, clase o preferencia sexual.</p> <p>Estar conscientes de la influencia sobre sus pacientes y evitara abuso y dependencia. Tomara precauciones para asegurar que su juicio no sea deformado.</p> <p>Respetar la toma de decisión de los pacientes para su propio beneficio.</p> <p>La terapia se prolongara mientras sea razonablemente que el paciente obtiene beneficio de esta.</p> <p>No abandonaran ni negaran tratamiento a los pacientes sin hacer los arreglos necesarios.</p> <p>Antes de realizar grabaciones, o permitir la presencia de terceras personas tendrán el consentimiento informado por escrito del paciente.</p>
Confidencialidad	<p>Mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes.</p> <p>No podrán hacer declaraciones en relación a la confidencias de los pacientes excepto en los casos: que lo determine la ley, prevenir daño a una o varias personas, si es acusado de acciones civiles, si existe una dispensa por escrito.</p> <p>Podrá usar el material clínico para enseñanza, escritura solo con autorización específica o se hayan tomado consideraciones para proteger la confidencialidad.</p>
Capacidad e integridad personal	<p>Conservara un alto nivel de capacidad e integridad profesional.</p> <p>No violara los principios del Código ético.</p> <p>Buscara ayuda profesional para sus problemas personales que pudieran deteriorar el desarrollo de su trabajo clínico.</p> <p>En el caso de maestros o supervisores aplicar un alto nivel de conocimientos e información.</p> <p>Mantenerse actualizados en las investigaciones, en el conocimiento y en la práctica de la terapia familiar.</p> <p>No involucrarse en situaciones sexuales u otra forma de acoso o abuso, de pacientes, estudiantes, supervisados, personas sujetos de investigación.</p> <p>No deberán diagnosticar, dar tratamiento o aconsejar si el problema está fuera de su competencia.</p> <p>Tener cuidado de sus recomendaciones y dar opiniones y testimonios públicos y privadas.</p>
Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados.	<p>No deberán de abusar de la confianza y dependencia de estudiantes, supervisados o quienes dependan de ellos en el proceso de enseñanza-aprendizaje e investigación.</p> <p>Evitar relaciones duales que puedan dañar su juicio. Se recomienda no dar terapia a estudiantes o supervisados.</p> <p>No permitir a los estudiantes y supervisado ejercer o presentarse como competentes para otorgar servicios más allá de su nivel de entrenamiento.</p>
Responsabilidad con los participantes de investigaciones.	<p>Los investigadores deberán respetar la dignidad y proteger el bienestar de los participantes en la investigación y estar consientes de las leyes y reglamentos Federales y estatales, así como los estándares profesionales que rigen la investigación.</p> <p>Examinar cuidadosamente la aceptabilidad ética de dichos resultados.</p> <p>Respetar la libertad que tiene los participantes para declinar su participación o retirarse de la investigación en cualquier momento.</p>
Responsabilidad a la profesión	<p>Respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión.</p> <p>Ser responsables a nivel profesional cuando actúen como miembros o empleados de organizaciones.</p> <p>Participar en actividades que contribuyan a mejorar la sociedad la comunidad.</p>
Arreglos Financieros	<p>Deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios, y verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional.</p> <p>Notificar los honorarios pactados al inicio del servicio.</p> <p>Información correcta sobre el encuadre de los servicios prestados.</p>
Publicidad	<p>Mostrar con exactitud su capacidad, educación, preparación y experiencia relacionada con sus prácticas de terapia.</p> <p>Deberán corregir, cuando les sea posible, falsas apariencias, información errónea y exposiciones hechas por otros en relación a las capacidades, productos y servicios de éstos (los terapeutas).</p>

Revisando el Código anterior, observamos que son muchas las situaciones que se presentan cotidianamente y que es preciso incluir en nuestra práctica un sistema de valores que nos salvaguarde de las posibilidades de error. En este sentido conocer estos principios éticos puede guiarnos en nuestro actuar profesional. Durante la Residencia se enfatizaron algunas consideraciones éticas, cómo la confidencialidad y el consentimiento informado. La metodología de trabajo que como ya se describió, incluye supervisión con equipo terapéutico, así como video grabar las sesiones, requiere que se informa desde la llamada telefónica acerca de la forma de trabajo. Considero que durante la formación se cuidó esta parte, además de la confidencialidad y el manejo del material.

En las sedes clínicas del CCH-A y la Clínica de la FES-I se atendió a trabajadores o estudiantes de la Institución, por lo que se enfatizó el cuidado al no comentar en espacios públicos los casos clínicos para evitar cualquier falta al principio de Confidencialidad.

Cabe mencionar que uno de los principios básicos es el respeto del paciente, y considero que en ocasiones podemos encontrarnos en un dilema ético, sin embargo, hay que estar atentos para que prevalezca el bienestar superior del paciente. Durante mi formación me encontré con un caso en donde el equipo y yo considerábamos que era importante que la paciente se realizara una valoración psiquiátrica, sin embargo ella no aceptó, argumentando que no iba a tomar medicamentos, que eso no le ayudaría. En este caso nos enfrentamos al dilema de respetar su decisión de no tomar los medicamentos y por el otro lado el riesgo de no tomarlos. Este tipo de dilemas se presentan de forma frecuente en los procesos terapéuticos, puesto que el terapeuta y el cliente pueden no compartir la misma visión respecto a estos temas, sin embargo, es importante brindar toda la información al cliente para que pueda tomar una decisión informada.

En este caso, se respetó la decisión de la paciente y se optó por detenernos a evaluar de qué manera si podíamos ayudarla sin imponer una medida ante la cual ella no estuviera de acuerdo. Esta experiencia, me ayudó a ubicarme en otra situación y a escuchar lo que la paciente necesitaba, dejando de lado mis creencias personales que pudieran obstaculizar el proceso terapéutico.

Considero que como terapeutas tenemos la responsabilidad de guiarnos por estos principios éticos y aplicarlos cautelosamente durante todo el proceso terapéutico, puesto que desde una perspectiva de segundo orden todas nuestras acciones tendrán influencia en el sistema terapéutico y a su vez este en nosotros, también es importante considerar la posibilidad de ante un dilema ético consultarlo con otros colegas que puedan dar otra mirada para resolverlo éticamente.

CAPÍTULO 4.

CONSIDERACIONES FINALES



4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

El Programa de la Residencia en Terapia Familiar contempla que el alumno egresado cuente habilidades y competencias específicas de un terapeuta sistémico, dentro de un marco de respeto a los principios éticos y compromiso social, que le permitan intervenir en diversas problemáticas con una perspectiva relacional. Para ello a lo largo de cuatro semestres imparte materias teórico-prácticas, así como la práctica supervisada, entre otras actividades que cumplen este propósito. El presente reporte ha descrito ya dichas actividades, a continuación se realizan algunas reflexiones derivadas de las habilidades desarrolladas durante la maestría.

Habilidades teórico-conceptuales. Dentro de estas habilidades la más importante sin duda es la de comprender, analizar y aprehender el pensamiento sistémico, insertándolo en nuestra vida. Es un proceso que se va generando a lo largo de toda la residencia. En un principio hay que romper el paradigma del pensamiento lineal que es más común, y trasladarnos así al pensamiento circular, esto nos rompe esquemas, cambiar la pregunta del ¿Por qué? a la del ¿para qué? E ir empapándose poco a poco de esta nueva epistemología. Mirar las problemáticas insertas en un contexto y siendo parte de un todo, abre muchas posibilidades para la acción.

Revisar las cuestiones epistemológicas que delinean la práctica terapéutica, fue muy importante, ya que profundizamos desde los orígenes de esta epistemología circular y poco a poco fuimos haciendo conexiones con los conceptos de las otras materias, de este modo al revisar los distintos modelos era más sencillo poder comprender las bases teóricas de las intervenciones. Considero que muchos elementos ya descritos con anterioridad como la elaboración de material didáctico y el hacer rol-playing en clase facilitaron la adquisición de estas habilidades para posteriormente plasmarlas en la práctica supervisada.

Habilidades clínicas, de detección, evaluación y tratamiento. Durante la residencia se van incorporando herramientas que son aplicadas en la labor clínica y que durante la práctica supervisada se van afinando. La labor de la supervisora y el quipo terapéutico es muy importante pues al ir constantemente retroalimentando al terapeuta está en posibilidad de trabajar sus puntos débiles y para desempeñarse mejor en su labor clínica. Entre las habilidades clínicas están la capacidad de enriquecer sus lados fuertes para construir una buena alianza terapéutica, que es fundamental durante el proceso terapéutico, analizar y aplicar las intervenciones más adecuadas para cada caso, además de evaluar el progreso de los consultantes y ser flexibles en ajustar los tratamientos a las familias.

Habilidades de investigación y enseñanza. Es importante destacar que durante la Residencia se llevaron a cabo actividades que vinculaban la formación teórica práctica con la investigación y la enseñanza. Considero que estas actividades son fundamentales, pues nos permiten diseñar investigaciones, pero con un pensamiento sistémico, que nos ayuda a tener en cuenta diversas variables e integrarlas dentro de los proyectos. En primer lugar se inicio con una investigación cuantitativa, que tiene como objetivo, vincular la importancia de funcionamiento familiar, el clima escolar y las habilidades sociales en los adolescentes. En el siguiente semestre se profundizo un caso, esta vez con metodología cualitativa, lo que dio la posibilidad de integrar otros datos y desarrollar habilidades para trabajar datos cualitativos. Otro aspecto importante es que llevamos la materia de Métodos de investigación I y II, lo que nos llevo a recocer la importancia de la sistematización del saber teórico.

Asimismo, en lo que respecta a las habilidades de enseñanza, podemos recapitularlas en tres rubros:

1) Participación de foros académicos, en los que se presentaron los resultados de las investigaciones ya descritas en el Capítulo 3, haciendo énfasis en la difusión de los postulados del enfoque sistémico. 2) elaboración de productos tecnológicos, en este punto, considero que fue de gran ayuda el elaborar videos y manuales que sintetizaran los fundamentos de los principales modelos de terapia familiar revisados durante la maestría, pues facilitan el análisis y la comprensión de la aplicabilidad de los modelos. 3) actividades de docencia, en este sentido, se empleó el material elaborado en el modelo estructural para impartir un pequeño seminario a los alumnos de la licenciatura de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, con la intención de mostrarles el modelo y su aplicación en el trabajo con familias, esta experiencia resulto muy satisfactoria, ya que pude transmitir interés por este enfoque.

Habilidades de prevención. A este respecto, se tuvo la posibilidad de impartir talleres en el CCH-A, como una manera de contribuir al a prevención de diversas problemáticas que presentaban los adolescentes, como violencia, reglas y límites, comunicación, adicciones, etc. Dicha actividad involucra el acercamiento con la población, así también como el compromiso social de contribuir socialmente con nuestra labor.

Habilidades de ética y compromiso social. En este sentido, considero que todas las habilidades desarrolladas a lo largo de la maestría, implican la ética y el compromiso social. En primer lugar porque la labor del terapeuta siempre se encuentra vinculada al servicio y al compromiso con la sociedad, siempre respetando los principios éticos. Después porque nos formamos en la Máxima

Casa de Estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México, siendo parte de un Programa de excelencia académica, además recibiendo un apoyo económico por parte del CONACYT, lo que nos obliga a responder a nuestra sociedad que nos da esta oportunidad, a través de nuestro trabajo siempre enmarcado en estos principios éticos y de compromiso social. Porque nuestro país necesita profesionales que sean capaces de incidir en el campo psicosocial con ideas renovadas, que favorezcan la atención de las personas, familias, comunidades, no parcializando, sino integrando estos sistemas complejos y así poder generar intervenciones que redunden en el bienestar social.

4.2 Incidencia en el Campo Psicosocial.

Como ya se discutió en el Capítulo 1, nuestro país atraviesa por problemáticas que nos obligan a pensar en nuevas posibilidades de intervenir para responder a ellas. En este sentido, la terapia familiar y el enfoque sistémico ofrecen una alternativa eficaz.

Durante la Maestría, tuvimos varias oportunidades para incidir en nuestro campo Psicosocial, la principal a través de los Servicios prestados en las diferentes sedes clínicas. Dichas sedes ofrecen servicios gratuitos o costos simbólicos como parte del programa. De este modo las familias tienen la oportunidad de acudir a terapia familiar, situación que se complica económicamente en instituciones privadas. Aunado a ello, esta experiencia enriqueció nuestro aprendizaje pudiendo contar con un gran número de familias que acudían a solicitar el servicio, lo que permitió atender múltiples problemáticas. Otro aspecto importante fue el poder percatarnos directamente de las problemáticas que hacía que las familias acudieran a terapia y de esta forma poder incidir de otra forma para llegar a más personas, tal es el caso de los Talleres que se brindaron en el CCH-A.

De igual forma, el trabajo de investigación fue otra manera de incidir, pues se entregaron resultados a las instituciones o personas que participaron en las investigaciones que les permitieron, tomar medidas pertinentes para trabajar con la problemática.

Todas estas experiencias en mí generaron en mí también múltiples preguntas respecto a nuestra labor como terapeutas, puesto que en ocasiones solo tenemos la oportunidad de llevar a la familia a terapia, sin embargo, en ocasiones otros sistemas vinculados con las problemáticas pueden quedar fuera de la intervención, por ejemplo, la escuela, el contexto laboral y el comunitario. El enfoque sistémico abre un abanico de posibilidades que tenemos que seguir explotando en nuestras intervenciones y tratar de incidir más allá de la familia.

4.3. Análisis del Sistema Terapéutico Total

La oportunidad de trabajar formando parte de un equipo terapéutico, considero que es invaluable, pues siguiendo el enfoque sistémico, la posibilidad de que varias miradas acompañen el proceso, lo enriquece y lo hace más profundo. Es difícil continuar trabajando con equipos terapéuticos, pues habitualmente solo se da en Instituciones formativas, sin embargo, siento un precedente y aprendemos a abrirnos más para escuchar otras voces, ser más flexibles y pensar ¿qué diría alguien más si estuviera aquí?, ¿de qué otra manera puedo mirar a esta familia? ¿qué no he mirado en mí?, entre otras preguntas que ahora me acompañan y que forman parte de ese legado que deja la formación.

Los conceptos de la cibernética de segundo orden, se palpan a la hora de una sesión con el equipo, no hubieran generado en mí tantos significados, sino lo hubiese vivido así, con mi equipo. Las reflexiones desde puntos de vista distintos, que se lograban integrar haciendo más vasto el cúmulo de herramientas y habilidades desarrolladas, eran recibidas por las familias que nos regalan cambios a lo largo de las sesiones. Estos cambios no sólo eran dentro de las familias, ocurrían dentro de nosotros, en nuestras relaciones, porque aprendimos a ser más tolerantes, más humildes, más abiertos a otras posibilidades.

Las voces de las supervisoras, cálidas o firmes contribuyeron a hacer pausas y reflexionar, aprender y continuar, pero siempre acompañando, en un principio, más de cerca y después desde un lugar que permitía desarrollar una autonomía segura, para ir encontrando poco a poco nuestro estilo, en el que estuviéramos más cómodos, más seguros, pero también el que permitiera que la familia avanzara.

En suma cada parte del sistema terapéutico, me regalo aprendizajes a lo largo de este proceso.

4. 4. Reflexión y análisis de la experiencia.

El camino de la maestría ha sido una de las experiencias que más me ha cambiado, no solo a nivel profesional, sino también a nivel personal.

Mi intención de formarme como terapeuta familiar responde al hecho de estar consciente de que al estar frente a las familias es una responsabilidad muy grande, por lo que es importante contar con herramientas que nos permitan incidir profesionalmente de la forma más adecuada para ellos.

Además de reconocer que cuando una persona va a terapia, es parte de un sistema familiar que es conveniente tener en cuenta.

La evolución en mi pensamiento, se fue dando primero con los seminarios, las lecturas, las reflexiones en clase, después con la observación comparte de un equipo de observación. Finalmente al trabajar directamente como terapeuta, y así sigue en camino, porque creo que la evolución no para aquí cada día descubrimos cosas nuevas, el cambio es imparable.

La forma en que miro las relaciones o interacciones hoy es sistémica, y me permite ponerme desde muchos lugares y tener una visión más amplia, pero también sé que siempre hay más.

El lenguaje para mí hoy tiene otro significado, pues con los las contribuciones de Erickson y los enfoques posmodernos sé que hay un mundo de posibilidades, que es muy importante escuchar y generar una relación con el consultante que permita fluir la terapia. Hoy más que nunca pongo especial atención a sus palabras, sus gestos, sus contenidos, pues son señales que mandan para marcar el camino que hay que seguir, hoy más que nunca confío en que todas las personas sabemos mucho más de lo que creemos y que tenemos recursos para enfrentar los retos, solo hay que estar atentos, buscar y acompañar al consultante en el camino para encontrarlos, seguramente también encontraremos los nuestros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aguascalientes G. y Calixto G. (2006). Un título Universitario no garantiza el actuar de Forma ética. Boletín de investigación. *Reportes de Psicología*. Tema: ética. Año 0, no. 1. Enero 2006, Rectoría de la Región Ciudad de México, Universidad del Valle de México.
- Álvarez, N., Negreros, C., Nuño, G., Álvarez, B. y Alcocer, M. (2006). Eficacia de la Hipnosis Ericksoniana en el Síndrome de fibromialgia en mujeres. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2007. 45 (4), 395-401.
- Andersen, T. (2005). Procesos de reflexión, actos informativos y formativos. En Friedman, S. (Comp.) *Terapia Familiar con Equipo de Reflexión, una práctica de colaboración*. Buenos Aires: Amorrortu Editores..
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Andersen, T. (1991). *El equipo Reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H y Goolishian, H. (1988). Human systems and linguistic systems. *Family Process*, 27 (1), 3-12.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996) *El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico*. En: McName, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- (1998). Narrativa y self. Algunos dilemas posmodernos de la psicoterapia. 293-306, en Fried, (ed) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos aires ed. Paidós .
- Andolfi, A. (1987). *Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Aragón L, y Silva A. (2002). *Evaluación Psicológica en el área clínica*. México Editorial Pax..

- Arnold, M. y Osorio, F. (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de los Sistemas. *Revista Cinta de Moebio*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Nº 3, Abril.
- Atri y Zetune, R. Cuestionario de evaluación del Funcionamiento Familiar. En Velasco M. y Luna M. (2006). Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México Editorial Pax..
- Áviles, M.(2002). Bullying. Intimidación y maltrato en el alumnado. Barcelona.Stee-eilas.
- Bateson, G. (1985). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- (1990). Espíritu y Naturaleza. Buenos Aires. Amorrortu.
- Bengoia G. (2010). Un estudio de caso sobre la mejora de la convivencia escolar a partir de la intervención estratégica en una Escuela Secundaria del D.F. Tesis de doctorado no publicada. Universidad popular Autónoma del Estado de Puebla.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, Fleiz B. y Zambrano Ruiz. (2004). La depresión, con inicio temprano prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública En México*. Septiembre-Octubre vol. 46 (5): 417-424. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca: México.
- Bertalanfy, L. (1976). Teoría General de Sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando P. y Toffanetti, D. (2004). Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L. Bertrando, P. (2006). Terapia sistémica individual. Buenos Aires: Amorrortu.
- (2006 b). "La Terapia Sistémica de Milán". En Roizblatt, A. (Comp.) *Terapia Familiar y de Pareja*. Editorial Mediterráneo
- Cade. y O'Hanlon, B. (1995). Guía breve de terapia breve. Barcelona: Paidós
- Camino, V. y Gibernau, B. (2009).Aportaciones de la hipnosis Ericksonianas a la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*. Vol. 27. (2-3), 219-234. Barcelona.
- Camino, V. y Gibernau, B. (2009).Aportaciones de la hipnosis Ericksoniana a la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*. Vol. 27. Numero 2-3: 219-234. Barcelona.

- Campillo, M. (1996). La narrativa como alternativa psicoterapéutica. *Revista del Consejo Nacional para la enseñanza e investigación en Psicología*. 1996(1), 193-208
- Cancino, T y Cornejo R. (2001). La Percepción del clima escolar en jóvenes estudiantes de liceos municipales. Un estudio descriptivo y de factores asociados. Tesis de doctorado no publicada. Universidad de Chile.
- Capaldi, D. (1994). "Affective expresión in family problem-solving. Discussions with adolescent boys. *Journal of adolescent Research*, Vol.9 (1), 28-49.
- Carrasco,J., Castillo, S., y González, P. (2003). Aplicación del enfoque sistémico al trabajo de los años académicos en los 9centros de educación superior. *Revista cubana de educación superior*, 23(2), 110-117.
- Ceberio, M. (2009). Hablemos el mismo idioma. Hablar el lenguaje del paciente. disponible [ehttp://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/10.pdf](http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/10.pdf). Recuperado. Marzo, 2009.
- Cecchin, G. (1989).Nuestra visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad. *Sistemas familiares*. Abril 1989, 15. Buenos Aires.
- Cole, M (2000). The zone of proximal Development: where culture and cognition create each order". En Wertch, J. (ed). *Communication and Cognition: Vygotskian Perspectives*. Cambridge University Press, pp. 124-136.
- CONAPO (2001) La población de México en el nuevo siglo. Coord. Rodolfo Tuirán. México. Consejo Nacional de Población.
- Cornejo, R, y Redondo, J. (2001). El clima escolar percibido por los alumnos de enseñanza media. *Ultima década*. No. 15 Viña del mar, octubre 2001, 11-52.
- De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*. 23, 11-17.
- (1988). Claves de terapia familiar Breve: una teoría de la solución. Barcelona: Gedisa.
- (1986). Claves para la Solución en Terapia Breve. Barcelona: Paidós.
- (1989). Pautas de Terapia Familiar Breve. Barcelona: Paidós.

- Del Carpio, O. y Estramiana, A. (2008). Reseña de Medina (2007). "La terapia familiar desde iberoamérica". *Athenea Digital*, 14, 339-342. Disponible <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/516>.
- Derrida, J. (1995). *Dar (el) tiempo: moneda falsa*. Barcelona: Paidós.
- Desatnick, M. (2009). *Las relaciones Escolares. Una visión sistémica*. Castellanos Editores.. México.
- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*, México. UNAM-Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Elkaim, M. (1996).Constructivismo, construccionismo social y narraciones ¿En los límites de la sistémica?. *Revista Perspectivas Sistémicas* vol. 42. Extraído de: <http://www.redsistemica.com.ar/articulo42-1.htm>
- Erickson, M.H. (2005). *Seminarios de introducción a la Hipnosis*. California 1958. Alom. Editores.
- Espinosa, R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones. En Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar su uso hoy en día*, México. Pax. 116-137.
- Feixas, V. (2008). *Hipnosis y terapias Cognitivas*. Apuntes de psicología vol. 26. (2) pp. 193-197. Universidad de Sevilla.
- Fisch, R., Weakland , J. H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- François Lyotard (1987). *La condición Posmoderna*. Madrid.: Ediciones Cátedra.
- Friedman, S. (2005). (Comp.)*Terapia Familiar con Equipo de Reflexión, una práctica de colaboración*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Galicia, X. (2004). *Terapia estratégica*. 81-112.En Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar su uso hoy en día*. México: Pax.
- Gálvez F. (2004). Prólogo. *Historia de la Terapia Familiar. Los personajes y las ideas*. En Bertrando y Toffaneti. Barcelona. Paidós.
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.

- Gergen, K. (1996). La construcción social: emergencia y potencial: En Pakman (Comp).
 Construcciones de la experiencia humana. Vol.1. Barcelona Gedisa.
- (1996b). Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social. Barcelona:
 Paidós.
- Giraldo L. y Mera R. (2000). Clima social escolar: Percepción del estudiante. Colombia médica. 31(1),
 23-27.. Universidad del Valle, Cali, Colombia.
- Glaserfeld, Von E. (1988). Introducción al constructivismo radical, en Watzlawick,P (ed.) La realidad
 Inventada: 20-37.Barcelona: Gedisa.
- (1996). El Constructivismo Radical. Madrid: Paidós.
- Goffman, E. (1961). Asylums: Essays in the social situation of mental patients and other innates. New
 York: Doubleday.
- Gómez, J. (2003). El adolescente en la familia y la escuela. En Eguiluz, L. (2003) Dinámica de la
 familia: Un enfoque psicológico sistémico. México: Editorial. Pax.
- Góngora, N. y Beyebach, M. (1995). Avances en la Terapia familiar sistémica. Barcelona: Paidós.
- González, M. (2004). El modelo de Hipnosis de Milton H. Erickson. En Eguiluz, L. (comp.) Terapia
 Familiar su uso hoy en día. México: Editorial Pax.
- Grün E. (2007). La aplicación de la sistémica y la cibernética al derecho. Panóptica. Año. 1. N. 7. Mar-
 Abril- 2007.
- Haley, J. (1967). Técnicas de terapia Familiar. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1976). Terapia para Resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar
 eficaz. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1980). Terapia para resolver problemas. Argentina: Amorrortu.
- (1985) Conversations with Milton Erickson: *Changing children and Families*,. Vol. 3. 141-
 168New York: triangle press.
- (1985b). Trastornos de emancipación juvenil y terapia familiar. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1997). Aprender y enseñar terapia. Argentina: Amorrortu.

- Haley, J. (2003). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. y Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia Estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, A. (2009). *Terapia Breve Estratégica, nuevas realidades, nuevas soluciones*. *Revista médico-legal*. Año XV (2). Colombia. Centro de Terapia Estratégica.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- (1995). *Una postura reflexiva para la terapia familiar*. En Mc Namee, S. , y Gergen , K. *La terapia como construcción social*: México: Paidós.
- Huesca, S. (2009) *Adolescentes migrantes repatriados de Estados Unidos. Análisis de factores psicosociales de la migración y consumo de drogas con perspectiva de género*. Ed. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF y Centros de Integración Juvenil. México, INEGI (2004). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de la familia. Datos Nacionales*. Instituto Nacional de estadística y Geografía e Informática Recuperado el 15 de abril de 2005. <http://www.dif.gob.mx/inegi/familia2004.pdf>
- INEGI (2005). *Conteo de población y vivienda*. México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática
- INEGI (2006). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los hogares (ENDIREH)*. México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática.
- INEGI (2008). *Estadísticas de matrimonios y divorcios, 2007*. México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática.
- INEGI. (2009). *México hoy 2009*. México. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática
- Infante L., Hierrezuelo B., García A., (2003). *Evaluación de actitudes violentas y clima escolar en situaciones de agresividad en el alumnado en secundaria*. *Psicología, Salud y Docencia*. 2003. 4(2). 277-286.
- INSP (2009). *Encuesta Nacional contra las Adicciones*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

- Instituto de Salud Pública. (2008). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: INSP.
- Johansen, B. (1999). Introducción a la Teoría General de Sistemas. México: Limusa:
- Keeney, B. (1994). Estética del cambio. Barcelona: Paidós.
- (1986) The therapeutic Voice of Olga Silverstein. New York: The Guilford Press.
- Lankton, S., & Lankton, C. (2007). Enchantment and intervention in family therapy: Using metaphor in family therapy. . Crown House Publishers.
- (2008). The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy. Crown House Publishers.
- Mahoney, M.J. (1991). Guilford. Human change process: The scientific foundations of
- Márquez, A. (2009). México. El disparo de la pobreza. Reporte Económico. (Versión electrónica)
Recuperado el 10 de agosto del 2009.en www.vectoreconomico.com.mx,
- Matthews, K. A. y Angulo, J. (1980) "Measurement of the type "A" behavior pattern in children's competitiveness, impatience, anger and aggression", en *Child Development*, num 51, 466-475.
- Maturana (1997). El sentido de lo humano. Santiago de Chile: Dolmen. TM. Editores.
- Mc.Namme S. y Gergen, K. (1992). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican Nacional Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26(4),1-16.
- Metcalf, L. (2001). Solución de conflictos en la escuela. Programa práctico enfocado a soluciones. Tomos 1 y 2. México: Prentice Hall.
- Midori H. y Brown J. (1998). La práctica de la terapia de familia: elementos clave en diferentes modelos. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Minuchin S. y Fishman, H. (1981). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós.
- Minuchin, S. (2005). Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa.

- Minuchin, S. y Nichols, M. (1994). *La recuperación de la familia: relatos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós.
- Moctezuma M. y Desatnik, O. (coords). (2001). *Programa de residencia en terapia familiar*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- O'Hanlon W. y Weiner- D. M . (1990). *En busca de Soluciones. Un nuevo enfoque en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, B. (1993). *Raíces Profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Paidós.
- O'Hanlon, B. y Wilk, J. (1987). *Shifting contexts: The generation of effective psychotherapy*. The Guilford Press.
- Ojeda, R. (2006). Teoría, epistemología y multicentrismo. Mariátegui ante la Posmodernidad. *Revista internacional Wayra*, Año II, N° 4, Uppsala, 2006: 25-32.
- Olson D. (1991). Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En: Falicov CJ (comp.) *Transiciones de la Familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu editores: 99-129.
- Organización de las Naciones Unidas (1995). *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing: ONU.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Situación de la familia en el mundo*. Ed.OMS.
- Ortega S, Ramírez, M. y Cautelan, A. (2005). Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las escuelas públicas de la cuidada de México. *Revista Iberoamericana de Educación*. No. 38.,147-169.
- Pacheco, M. (1997). La realidad de las realidades hipnóticas. *Revista Terapia Psicológica*. Año. XV, Vol VI(4). No. 28. Pp. 47-65.
- Pacheco, M. (2000). El legado de Milton H. Erickson a la terapia actual. *Revista del Instituto Milton H. Erickson de Santiago*.
- Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. México. Presidencia.

- Procter, H. (Comp.) (2002). Escritos esenciales de Milton H. Erickson (2º Vol.). *Terapia psicológica*. Barcelona: Paidós.
- Programa Nacional de Salud. 2007-2012- Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. 2007. México: Secretaría de Salud.
- Quintanar Osnaya (2006). Ética y Docencia: un elemento de análisis para la psicología y la práctica docente. Boletín de investigación. Reportes de Psicología. Tema: ética. Año 0, no. 1. Enero 2006, Rectoría de la Región Ciudad de México, Universidad del Valle de México.
- Rodrigo, M. y Palacios, J. (1999). Familia y desarrollo humano. Alianza Editorial. México.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. 161-195. En Eguiluz. L. (Comp.). *Terapia Familiar, su uso hoy en día*. México.: Editorial Pax.
- Rosenau, P. (1992). *Post-Modernism and The Social Sciences*. Princeton: University Press.
- Rosenberg, Marshall (1999). *Nonviolent Communication: A Language of Compassion*. Puddledancer Press
- Rossi, E. (1983). Milton H. Erickson: a biographical sketch”, En E. Rossi, Ryan y Sharph, (Comps). *Haling in Hypnosos. The seminars , Workshps, and Lectures of Milton Erickson*, vol. 1, 1-5. New York: Irvington, 1983.
- Rozo, J. (2002). La terapia desde el punto de vista del construccionismo social ¿tiene algún sentido la terapia? Artículo publicado el 16 de noviembre del 2002. En *Psicología científica.com*. Disponible en www.psicología científica.com7publicaciones/biblioteca/articulos/ar-jairo_rozo02.Htm
- (2007). El problema de la conciencia. El aporte de una visión estratégica en el siglo XXI. *Avances en psicología Latinoamericana*. Julio a Diciembre. 25(002),. 163-178. Colombia: Universidad del Rosario.
- S.S. (2006). *Salud México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas*. México: Secretaría de Salud.

- Samano, J. A. y Abia, J. (1996) El recurso de la Hipnosis Ericksoniana en anestesiología. Revista Mexicana de Anestesiología- Vol 1: 37-44.
- Sánchez, D. (2000). Terapia Familiar. Modelos y Técnicas. México: Manual Moderno.
- Schmelkes, S. Linares, E. y Delgado, M. A. (1993). "Educación a la familia para el desarrollo de sus hijos. La investigación educativa en los ochenta, perspectiva para los noventa". Estados del conocimiento (cuaderno 27). Segundo Congreso Nacional de Investigación Educativa, COMIE.
- Secretaría de Salud (2007). Programa nacional de Salud. 2007-2012- Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud.; México
- Seikkula, J., Aaltonen, J. ; Alakare, B; Keranen, J. (2005). Tratamiento de la psicosis mediante el diálogo abierto. En Friedman, S. (Comp.)Terapia Familiar con Equipo de Reflexión, una práctica de colaboración. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Selekman, M. (1996). Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas. Barcelona: Gedisa.
- Selvini, M. (1990). Crónica de una investigación. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). Los juegos psicóticos en la familia. Barcelona:Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G (1980).Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- Selvini, P., Cirillo, Selvini, M y Sorrentino, A. y Selvini, M. (1990). Los juegos psicóticos de la familia. Barcelona: Paidós.
- Simon, F. Stierlin, H. y Whyne, L. (2002). Vocabulario de Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa.
- Slusky, C. (1985). Terapia Familiar como construcción de realidades alternativas. Revista Sistemas Familiares. 1 (1) Agosto.
- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan Systemic approach. Part. 1. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital Therapy*, 10(2):113-125.

- Tomm, K. (1984b). One perspective on the Milan Systemic approach. Part2. Description session format, interviewing style and interventions. *Journal of Marital Therapy*. 10(3): 253-271
- Torrice, L., Santín, V. y Villas, A. (2003). La depresión como reacción adaptativa ante el diagnóstico de cáncer. *Psiquiatría.com*, 7(1).
- Uvil, G. (2000). Terapia breve Centrada en la Solución como modelo de terapia familiar de toxicómanos..*Revista adicciones*. Vol. 12 (3): 425-430.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia Familiar Sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En Eguiluz, (comp). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp.1-27). México: Pax.
- Venegas, C. (2009). Programa de Prevención de Riesgo de Reincidencia sexual para niños/as y adolescentes. *El observador*. No. 4. Agosto. 2009. Publicación cuatrimestral Servicio Nacional de Menores. Chile.
- Vicencio, J. (2008). Las adicciones: ¿enfermedades de la familia o de los individuos?. *LiberAddictus* (101), marzo-abril, 2008.
- Watzlawick, P y Nardone, G, (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (2000). La construcción de realidades clínicas. En P. Watzlawick y G. Nardone. *Terapia Breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la Comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland J. H. y Fisch, R. (2003). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*.
- Watzlawick, P y Ceberio, (2008) *Ficciones de realidad. Realidades de la ficción, Estrategias de la Comunicación humana*. Barcelona: Paidós ediciones.
- White, M. (1988). The Process of questionig: a therapy of literary merit?. *Dulwich Centre Newsletter*.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona. Paidós.

Wiener, M. (1967). *The Human use of human Beings*. Nueva York: Avon Books.

Wittezaele, J. y García T. (1994). *La Escuela de Palo Alto*. Barcelona: Paidós.

Zeig, J. (1985). *Experincing Erickson. An introduccion to the man and his work*. New York: Bruner y Mezel.

Zeig, J. (1992). *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrourtu.

Zeig, J. (1994). *Psicoterapia Ericksoniana*. En Pacheco, (comp). (1996)*Hipnoterapia Ericksoniana nivel básico*. Chile: Instituto Milton H. Erickson de Santiago. Pp. 24-29.

Zeig, J. y Geary (2000). (Eds.) *The Letters of Milton H. Erickson*. Phoenix: Zeig, Tucker &

Zeig, J. y Munion, W. (1999). *Milton H. Erickson*. Sage publications: London.

Anexos

Anexo 1 CUADRO CRONOLGICO

AÑO	ENCUENTROS	PUBLICACIONES
1930	Nathan Ackerman, estudia los efectos de la crisis económica sobre las familias (New York)	Bertalanffy funda la Teoría General de Sistemas.
1932	Encuentro de Gregory Bateson y Mead	
1935	Bateson, se casa con Margaret Mead deciden irse juntos a Bali para emprender un trabajo de campo.	
1936		-Aparece la primera obra importante de Gregory Bateson. <i>Naven</i> .
1937	Bateson inicia sus estudios en la isla de Bali, de los cuales surge un esbozo de lo que después sería la teoría del doble vínculo.	Ackerman, <i>The Family as a Social and Emotional Unit</i>
1938	-Norbert Wiener y Cannon se reúnen para discutir sobre sus trabajos. -Se funda el National Council of family relations, antecedentes de la terapia familiar, al centrar su interés por la formación matrimonial y familiar como asociación profesional.	
1939		-Canon, <i>Self-regulation body</i> .
1942.	-Carl Whitaker y John Warkenton realizan co-terapia con otros miembros de la familia además del paciente identificado (P.I.) -Bateson y Mead regresan de Bali y son invitados a las conferencias MACY. -La Fundación Macy organiza su primera conferencia sobre el tema de "inhibición cerebral". Participan en el encuentro los matemáticos, Norbert Wiener y Cannon, John Von Neumann (teoría de juegos) y Walter Pitts, el neurofisiólogo y matemático Warren McCulloch, el psicólogo Lawrence Franck, el psicoanalista Laurence Kubie y los antropólogos Margaret Mead y Gregory Bateson.	Bateson y Mead. <i>Balinese character</i> .
1943		Rosenblueth, Wiener y Bigelow, <i>Behavior purpose and teleology</i> .
1944	Jonh von Newmann y Oskar Morgensten, elaboran la Teoría de juegos.	
1945		Bertalanffy presenta la teoría general de sistemas
1946	-Bateson imparte clases en la New School for Social Research. -A raíz de las conferencias MACY se organizan encuentros que desembocan en la ciencia del control, la cibernética. -Conferencia Macy 1. <i>Circular causality (marzo)</i> -Conferencia Macy 2. <i>Circular causality (octubre)</i> -Conferencia ACSC NY. <i>Teleological mechanims</i> -Francisco Varela llega al Laboratorio del Biólogo y Neurofisiólogo chileno Maturana, quien propuso la Teoría General de la Cognición.	Ilya Prigogine elaboró el teorema de la producción mínima de la entropía, que explica la relación entre el equilibrio y la estabilidad de los sistemas biológicos.
1947	-Jonh Weakland empieza a seguir los cursos de antropología de Bateson, en la New School for Social Research. -Conferencia Macy 3. <i>Circular causality (marzo)</i> -Conferencia Macy 4. <i>Circular causality (octubre)</i> -Bateson es profesor invitado en Harvard.	

1948	<p>Murray Bowen (psiquiatra) trabaja en la Clínica Menninger de Washington hospitaliza a toda la familia.</p> <p>Whitaker, Malone y Warkenton usan cuartos con espejo unidireccional para observar a los pacientes y sus familias.</p> <p>Conferencia Macy 5. <i>Circular causality</i> (marzo)</p> <p>Bateson se instala en San Francisco.</p>	<p>Wiener publica <i>Cybernetics</i>, expone los resultados de las discusiones de las primeras conferencias.</p>
1949	<p>-Heinz von Foester entra al grupo de la Cibernética</p> <p>-Conferencia Macy 6. <i>Cibernetics</i> (marzo).</p> <p>-Bateson y Ruesch inician el Proyecto sobre comunicación y la psiquiatría.</p>	<p>Shannon y Weaver, <i>Mathematical theory of communication</i>.</p>
1950	<p>-Conferencia Macy 7. <i>Cibernetics</i> (marzo)</p> <p>-Se divorcia Gregory Bateson y Margaret Mead</p> <p>-Bowen se enfoca en la simbiosis madre e hijo.</p>	<p>Von Bertalanfy, the theory of open systems in physics and biology.</p>
1951	<p>-Conferencia Macy 8. <i>Cibernetics</i> (marzo)</p> <p>-Jonh Bell es uno de los principales en experimentar la terapia familiar.</p> <p>-Bateson es profesor en Stanford.</p>	<p>Ruesch y Bateson publican el libro "Communication: the social matrix of psychiatry"</p>
1952	<p>-Conferencia Macy 9. <i>Cibernetics</i> (marzo)</p> <p>-Jackson comienza su trabajo con familias.</p> <p>-Haley se une al proyecto Bateson</p> <p>- El equipo de Bateson recibe apoyo económico de la Fundación Rockefeller para investigar acerca de las paradojas de la abstracción en la comunicación.</p> <p>-Proyecto Bateson, proporciona el armazón para la Escuela de Palo Alto, que une los trabajos de la cibernética, teoría de los sistemas, las investigaciones de la nueva comunicación, la teoría del aprendizaje y los comienzos de la terapia familiar. Este proyecto terminaría en 1962.</p>	
1953	<p>-Weakland y Fry se unen al proyecto Bateson</p> <p>-Whitaker prepara la primera reunión de Terapeutas Familiares en Atlanta (asisten a ella: Bateson, Jackson, Scheflen, entre otros).</p> <p>-Última Conferencia Macy 10: <i>Cibernetica</i> (abril)</p> <p>-Milton Erickson, establece vínculos con quienes después serían los principales representantes de la terapia familiar.</p>	<p>Boulding, <i>The organizational revolution</i>. Primer libro sobre la teoría general de sistemas.</p>
1954	<p>-Jackson es invitado a una de las conferencias organizadas por Frieda Fromm-Reichman en el Veterans Administration Hospital de palo Alto, allí presenta su artículo , "La cuestión de la homeostasis familiar". defiende la idea de que la familia es la unidad y que las interacciones entre sus diferentes miembros tienden a mantener una cierta constancia relacional de tipo homeostático.</p> <p>-Bateson le pide a Jackson que se una su proyecto.</p> <p>-Von Bertalanffy, Rapoport, Boulding, Gerard., fundan la sociedad para la investigación general de sistemas</p> <p>-Bateson ubica a la enfermedad en el contexto de la relación de todos los miembros, escribe una carta a Wiener: primer lanzamiento de la teoría de la doble coacción.</p> <p>-Se construye la Society for General Systems Research con directrices de investigación para la TGS.</p> <p>-Surgen diversas tendencias: La cibernética de N. Wiener</p>	<p>-Jackson presenta el artículo "la cuestión de la homeostasis familiar" en el Veterans Administration Hospital de Palo Alto. G.</p> <p>La teoría General de sistemas. Von Bertalanfy</p>

	<p>La Teoría de la Información de C. Shannon y W. Weaver La dinámica de sistemas de J. Forester</p>	
1955	Ackerman preside la primera reunión dedicada al diagnóstico familiar.	
1956	Bateson adopta conceptos de otras disciplinas y considera la explicación cibernética como el avance intelectual de la época	<p>Bateson , Haley, Jackson y Weakland. “<i>Hacia una teoría de la esquizofrenia</i>” <i>An introduction of cybernetics</i> (Ashby) <i>Towards a theory of schizophrenia</i> (Bateson, Haley, Jackson y Weakland) <i>Dynamics of family Therapy</i> (Ackerman) <i>The question of family homesostasis</i> (Jackson)</p>
1957	Milton H. Erickson funda la <i>Sociedad Americana de Hipnosis Clínica</i> Boszormenyi-Nagy abre el Departamento de la Terapia Familiar en el Instituto Psiquiátrico en el Este de Pennsylvania (EPPI). Su trabajo contribuyó a que los terapeutas familiares incorporaran ideas psicoanalíticas con Terapia Familiar.	<p>Jackson, <i>The question of family homeostasis</i>.</p>
1958	<ul style="list-style-type: none"> -Jackson, quiere desarrollar al máximo la parte terapéutica del nuevo enfoque. -Jules Riskin y Satir llegan a Palo Alto. Riskin condujo las primeras investigaciones sobre los procesos normales de la familia -Fundación del Laboratorio de Computación Biológica (LCB): Heinz Von Foerster (Centro de reunión de los Cibernéticos). Realizó aportaciones al estudio de la cibernética de segundo orden. -Reuniones para la creación del MRI. 	<p><i>The psychodynamies of Family Life</i> (Ackerman). Inicio de la revista <i>American Journal of Clinical Hypnosis</i>. Newell, M. Shaw. y H. Simon hacen la primera exposición desde una aproximación psicológica del procesamiento de la información.</p>
1959	<p>Se funda el <i>Mental Research Institute</i> (MRI) en Palo Alto, California. Este equipo estaba constituido inicialmente por Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. Fundación del Instituto Ackerman en Nueva York. Don Jackson se interesa en aplicar las investigaciones sobre comunicación en la terapia y estudiar a la familia como un sistema gobernado por un conjunto de reglas. Nueva investigación sobre la Esquizofrenia del Proyecto Bateson.</p>	<p>Erickson, Haley y Weakland publican un artículo en común que presenta la transcripción de de una sesión de hipnosis.</p>
1960	<p>Jackson encuentra a Watzlawick en el Institute for Direct Analysis de Rosen. Watzlawick llega en noviembre al MRI. Traslado del MRI a 77 Bryant Street. Se funda la revista <i>Family Process</i>, Haley es redactor en jefe. Minuchin y Haley y Montalvo trabajan con familias de grupos minoritarios, ghetos y familias multiproblemáticas. Virginia Satir comienza los cursos de la formación en Terapia Familiar en el MRI.</p>	
1961	<p>Paul watzlawick se incorpora al proyecto de Bateson. Jay Haley se une al MRI. Humberto Maturana y Von Foerster cuestionan la neutralidad del observador y la objetividad como requisitos fundamentales para una epistemología de los sistemas vivos.</p>	

1962	Llegada oficial de Fish al MRI. Termina el Proyecto Bateson.	Inicio de la revista <i>Family Process</i> Nathan Ackerman y Don Jackson son fundadores
1963	Bateson parte a las Islas Vírgenes e inicia sus estudios sobre la comunicación de las Marsopas.	<i>The second cybernetics</i> Maturana. <i>Strategies of psychotherapy</i> (Haley). <i>An antropology of human communications</i> (Watzlawick).
1964	Se funda el Instituto de la Familia en Filadelfia. Bateson parte al Centro de Investigaciones sobre los cetáceos (Hawaii). Se abre el primer programa de atención con enfoque sistémico en el Centro de Terapia Breve en el MRI. El propósito del centro era investigar las maneras de hacer terapia más eficaz y eficiente. Watzlawick y Richard Fish fueron miembros fundadores, continuando Fish como director del centro Langley y Kaplan realizan una investigación aplicando terapia familiar breve en el Hospital psiquiátrico de Colorado.	<i>Conjoint Family Therapy</i> (Satir). <i>The Confusion Technique in Hypnoterapy</i> (Erickson) Watzlawick, <i>An anthology of human communication.</i>
1965	Ackerman funda el Instituto de la Familia en Nueva York. Salvador Minuchin es nombrado director de Filadelfia Child Guidance Clinic.	
1966	Francisco Varela llega al Laboratorio de Humberto Maturana.	
1967	Minuchin es nombrado director de la Philadelphia Child Guidance Clinic. Haley llega a Filadelfia con Minuchin y junto con Montalvo trabajan con familias de grupos minoritarios. Mara Selvini invita a Luigi Boscolo a trabajar con pacientes esquizofrénicos. Introducen el trabajo con familias y parejas y fundan el Instituto de estudio de la familia de Milán. Creación del Centro de Terapia Breve en el MRI. Fisch como director, Weakland es director asociado, Watzlawick y Bodin también participan.	<i>Pragmatics of human communication</i> (Watzlawick, Beavin y Jackson). Se publica el libro de Jay Haley <i>Toward a Theory of Pathological Systems</i> , donde se habla sobre los triángulos perversos. Watzlawick publica "Teoría de la Comunicación Humana", ante la desaprobación de Bateson.
1968	Muere Jackson. Satir abandona el MRI para dirigir el Instituto Esalen. La revista Family Process se instala en el Instituto Ackerman.	<i>The mirages of marriage</i> (Jackson), donde se utiliza el término parejas simétricas. Von Bertalanfy <i>Teoría General de sistemas.</i>
1969	Steve de Shazer comienza a desarrollar su modelo de Terapia Breve.	
1970		Kunh, <i>The structure of scientific revolutions.</i>
1971	Queda constituido el equipo de Milán por Mara Selvini, Julianna Prata, Luigi Boscolo y Gian Franco Cecchin. Retoman aspectos teóricos del MRI. Bateson parte a Asia.	
1972	Bateson es profesor temporal en la Universidad de Santa Cruz.	<i>Steps to an ecology of mind</i> (Bateson) Margaret Mead realiza una conferencia llamada "Cibernética de la cibernética". Heinz von Foerster sugiere llamarle <i>Cibernética de 2º orden</i> <i>Autopoiesis: La organización de lo vivo</i> (Maturana y Varela).
1973	Bill O'Hanlon conoce y recibe asesoría de Milton Erickson Conferencia de la Asociación de Psicoterapia de Grupo de EUA, Whitaker presenta: El poder político	ψ <i>Uncommon Theraphy: The psychiatric Techniques de Milton Erickson, aquí es introducido el término de Terapia Estratégica</i> (Haley)

	de la psicoterapia familiar.	
1974	Salvador Minuchin, trabaja con familias de niños delincuentes con un enfoque estructural. Bateson se instala en California.	Se publica <i>Change: Principles of Problems Formation and Problems Resolution</i> (Watzlawick, Weakland y Fish) <i>Families y Family Therapy</i> (Minuchin). Se publica el artículo <i>The Treatment of Children Through Brief Therapy of Their Parents</i> (equipo de Milán).
1975		<i>Paradosso e contrapadosso</i> (Selvini, Prata, Boscolo y Ceccin). Se publica el artículo <i>Brief Therapy: two's company</i> (de Shazer). Family Process (14) <i>Psicoterapia del absurdo</i> (Whitaker).
1976	Jay Haley y Cloé Madanés fundan el Instituto de Terapia Familiar en Washington. Bateson es nombrado para el Consejo de los Directores de la Universidad de California.	<i>How real is real?</i> (Watzlawick). <i>Terapia para resolver problemas.</i> (Haley). <i>Doble vínculo</i> (Sluzki y Ramsom).
1977	Coloquio <i>A través del doble vínculo</i> , en torno a los trabajos de Bateson, (NY).	<i>The interaccional View</i> (Watzlawick y Weakland)
1978	Steve de Shazer y colaboradores fundan el Brief Family Therapy Center (BFTC) en Milwaukee. Paul Watzlawick invita a Von Foerster al MRI. Bateson se instala en Esalen.	<i>The Language of Change</i> (Watzlawick)
1979	Conferencias de Asilomar en homenaje a Bateson.	Conferencia Bienal de Terapia Familiar del MRI (Junio, San Francisco) Conferencias de Asilomar en Homenaje a Bateson (febrero) <i>Mind and nature</i> (Bateson) <i>Leaving Home</i> (Haley). Biografía de Bateson, Lipset.
1980	Muerte de Bateson. Muerte de Erickson. Minuchin abandona Filadelfia para ir a Nueva York. Comienza la separación del equipo de Milán, Selvini y Prata se dedican a la práctica terapéutica, <i>mientras</i> que Boscolo y Ceccin se enfocan al entrenamiento de terapeutas y la investigación.	
1981		La realidad inventada de Paul Watzlawick. Retoma planteamiento sobre el constructivismo. <i>Ordeal Therapy</i> (Haley). <i>Family Therapy Techniques</i> (Minuchin y Fishman). <i>Fundamentos de terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas.</i> <i>The Foundations of Family Therapy</i> (Hoffman). <i>Terapia familiar estratégica. Cloe Madanes.</i> <i>Patterns of brief family therapy</i> (de Shazer). <i>Sistemas observados</i> (Von Foerster). <i>Tácticas del cambio</i> . (Fish, Weakland y Segal).
1982	Foerster plantea la construcción de la realidad en coincidencia con los trabajos de Piaget (1937) sobre la construcción de la realidad en el niño.	
1983	Bradford Keeney relaciona las ideas de la cibernética de segundo orden con las estrategias terapéuticas. Es creador del proyecto cibernético en terapia familiar sistémica. Contribuyó en diversas teorías acerca de la comprensión de las dinámicas humanas.	<i>Estética del Cambio.</i> Keeney.
1984		Se publica el artículo <i>The death of resistance</i> que retoma las ideas acerca de la resistencia, que se elaboran en 1979 (Steve de Shazer).
1985	Congreso organizado en Saint- Etienne por Reynaldo	<i>Keys to solution in brief family therapy</i> (de

	Perrone, sobre temas constructivistas, participaron Edgar Morin y Carlos Sluzky, Humberto Maturana y Heinz von Foester.	Shazer).
1986		<i>Los juegos psicóticos de la familia.</i> Selvini,P.; Cirrilo., Selvinni, y Sorrentino.
1987	El MRI organiza en San Francisco el coloquio “Maps of the world maps of the mind”.	The article The reflecting team: dialogue and is published goal-dialogue in clinical work (Andersen, T.) <i>The fear of the angels</i> (G. Bateson y C. Bateson).
1988	Muere Virginia Satir (1916).	La red invisible. Walters, Carter, Pap y Silverstein.
1989		<i>En busca de solución.</i> (O’Hanlon y Weiner-Davis) ψ White publica el artículo <i>Selected Papers</i> ψ <i>interviews that it intervenes:</i> Karl Tomm (Canada) Se funda en México la revista <i>Psicoterapia y familia.</i> <i>Medios Narrativos para fines terapéuticos</i> (White y Epston)
1990	Muere Murray Bowen (n.1913).	Sexo, amor y violencia. Cloe Madanes. El yo saturado. Kenneth Gergen
1991	Muere Harold Goolishian. Se funda The Taos Institute (Terapia conversacional): Harlene Anderson, Kenneth Gergen, Sheila McNamee, M. Gergen y D. Cooperrider	
1992	Mónica McGoldrick funda the Family Institute of New Jersey	<i>La Terapia como una construcción social</i> (McNamee y Gergen).
1993		<i>To brief guide to brief therapy</i> (Cade y O’Hanlon) <i>Las voces del cambio.</i> Lynn Hoffman
1994		<i>En un origen las palabras eran magia.</i> Steve de Shazer). <i>The reflecting team: dialogue and dialogues about the dialogues</i> (Andersen, T.)
1995	Muerte de John Weakland. Muerte de Carl Whitaker. Jay Haley se retira.	
1996	The Family Studies Inc cambia su nombre por The Minuchin Center. Luigi Boscoso completó sus estudios en Psiquiatría y Psicoanálisis.	
1997	Bill O’Hanlon denomina Terapia de Posibilidades a su modelo terapéutico, con el fin de diferenciarlo del modelo centrado en las soluciones de Shazer.	<i>Conversation, language and possibilities</i> (Anderson).
1998		
1999	Muere Mara Selvinni	<i>Brief Therapy with Intimidating Cases</i> (Fisch y Schlanger).
2000	<i>Meditate on the Practical Narrative</i> (White) <i>The Letters of Milton H. Erickson</i> (Zeig and Geary).	
2001		<i>The Family Therapy, an intimate history</i> (Lynn Hoffman)
2002	Muere Heinz Von Foerster	
2004	Muere Gianfranco Ceccin en Italia.	
2005	Muere Steve De Shazer .	
2008	Muere Michel White	

Anexo 2

California School Climate and Safety Survey (CSCSS)
Jennifer A. Rosenblatt and Michael J. Furlong

Nombre y Apellidos: _____

Curso: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Colegio: _____

Instrucciones para estudiantes.

Nosotros queremos hacer un trabajo sobre seguridad escolar y otros temas referentes a tu escuela. Debes responder en la hoja de respuestas marcando con un círculo la columna correcta. Por favor señala un círculo para cada pregunta. Las respuestas tienen los siguientes grados:

1: En absoluto 2: Un poco 3: Algo 4: Bastante 5: Mucho

¿Con qué frecuencia pasan estas cosas en tu colegio?

1. Los estudiantes usan drogas (alcohol, porros).	1	2	3	4	5
2. Los estudiantes destrozán cosas.	1	2	3	4	5
3. Los estudiantes se meten en peleas.	1	2	3	4	5
4. Los estudiantes roban cosas.	1	2	3	4	5
5. Los estudiantes amenazan o acosan a otros estudiantes.	1	2	3	4	5
6. Los estudiantes llevan algún tipo de arma.	1	2	3	4	5

En la próxima parte se pregunta sobre cómo es tu escuela normalmente.

7. Yo me siento muy seguro en esta escuela.	1	2	3	4	5
8. Yo realmente quiero que mi escuela sea mejor.	1	2	3	4	5
9. Hay pandillas en mi escuela.	1	2	3	4	5
10. Cuando hay una emergencia, alguien está allí para ayudarte.	1	2	3	4	5
11. Los profesores aquí son agradables con los estudiantes.	1	2	3	4	5
12. Yo realmente me siento que pertenezco a esta escuela.	1	2	3	4	5
13. Yo trabajo muy duro en los deberes de mi escuela.	1	2	3	4	5
14. Cuando los estudiantes rompen las reglas ellos son tratados justamente.	1	2	3	4	5
15. El colegio está muy ordenado y limpio.	1	2	3	4	5
16. En la mayoría de la gente de esta escuela se puede confiar.	1	2	3	4	5
17. Toda la gente de este colegio espera que lo haga lo mejor que pueda.	1	2	3	4	5
18. Los estudiantes realmente quieren aprender.	1	2	3	4	5
19. Los profesores me hacen saber que hago un buen trabajo.	1	2	3	4	5
20. Mis padres me hacen saber que hago un buen trabajo.	1	2	3	4	5
21. Los estudiantes de todas las razas y los grupos étnicos son respetados.	1	2	3	4	5
22. Yo tengo éxito en mi colegio.	1	2	3	4	5
23. Mis clases tienen un aspecto muy agradable.	1	2	3	4	5
24. La gente de esta escuela se ayudan uno al otro.	1	2	3	4	5
25. Las reglas en mi colegio son muy justas.	1	2	3	4	5
26. Mi colegio es un lugar muy seguro.	1	2	3	4	5
27. Los profesores hacen un buen trabajo buscando a los alborotadores.	1	2	3	4	5
28. Yo aprendo mucho sobre mí mismo en la escuela.	1	2	3	4	5
29. Yo tengo muchos amigos en la escuela.	1	2	3	4	5
30. Yo estoy cómodo hablando con mis profesores de mis problemas.	1	2	3	4	5

Anexo 3



Reconocimiento
a: Juana Inés Soto Miranda
por su participación con la ponencia
*Modelo estructural de la terapia familiar: técnicas y
estrategias de aprendizaje*
dentro del programa académico del

VIII Congreso al encuentro de la psicología mexicana
**IV CONGRESO LATINOAMERICANO
DE ALTERNATIVAS EN PSICOLOGÍA**

realizado del 7 al 10 de marzo de 2007
Morelia, Michoacán, México


Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña
Presidente del Congreso



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
PLANTEL ORIENTE
SECRETARÍA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES

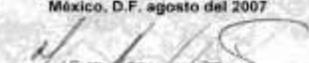
Otorga la presente:

Constancia

A: PSICÓLOGA JUANA INÉS SOTO MIRANDA

Por su participación como Ponente en el Taller "Modelo Estructural de Terapia Familiar", con duración de 6 horas, en las instalaciones del Plantel Oriente los días 18 y 25 de junio del presente año.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPIRITU"
México, D.F. agosto del 2007


ING. MIGUEL ÁNGEL RODRÍGUEZ
CHÁVEZ



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Extiende la presente

CONSTANCIA

A

JUANA INÉS SOTO MIRANDA,
JUANA BENGUA GONZÁLEZ

Por la presentación del trabajo oral "Interacción familiar,
habilidades sociales y clima escolar en adolescentes."
En el III Congreso de Investigación en la FES Zaragoza,
los días 29, 30 y 31 de octubre.

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., octubre de 2007.

Alfredo S. S. F.

C.D. ALFREDO SALVADOR SÁNCHEZ FIGUEROA
Director



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel (I)
Azcapotzalco

La Dirección del Plantel Azcapotzalco, extiende la presente
constancia a:



INÉS SOTO MIRANDA

Por su participación en la sesión: **Entendiendo la violencia**, del
Curso-Taller Escuela para Padres del CCH Azcapotzalco
2007-2008, en las instalaciones del plantel y en coordinación con
la FES Iztacala.

Andrés Hernández López

Mtro. Andrés Hernández López

México, DF a 8 de marzo de 2008



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
 PLANTEL ORIENTE
 SECRETARÍA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES

Otorga la presente:

Constancia

A : JUANA INÉS SOTO MIRANDA

Por su participación con la ponencia "Interacción Familiar Habilidades Sociales y Clima Escolar en Adolescentes". Llevada a cabo dentro del segundo reporte de actividades del programa Orientación Psicoeducativa para la Atención del Adolescente, la Familia y la Escuela, celebrada el día 13 de Diciembre del 2007 en las instalaciones del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Oriente

ATENTAMENTE
 "POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
 México, D.F. diciembre del 2007

LIC. DAVID RUIZ ESPINOZA
 SECRETARIO DE ASUNTOS ESTUDIANTILES

MTRA. JUANA BENGEO GONZALEZ



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



A través de la Dirección de la Unidad de Medicina Familiar N° 140
 "DON ALFONSO SÁNCHEZ MADARIAGA"
 OTORGA el presente

DIPLOMA

A LA MAESTRA EN PSICOLOGÍA. JUANA INÉS SOTO MIRANDA

Por su valiosa y destacada participación como ponente en las OCTAVAS JORNADAS DE ENFERMERÍA, con el tema Violencia Intrafamiliar

México Distrito Federal a 16 de mayo del 2008

Dr. José-Luis Rosales García
 Director UMF 140

Enf. Juana García López
 Jefe de Enfermeras



EL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



Otorga el presente

Diploma

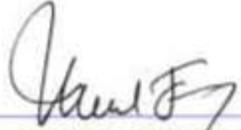
a

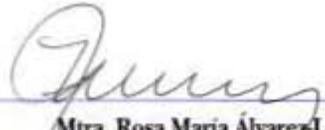
Juana Inés Soto Miranda

Por haber participado en el VI Diplomado sobre

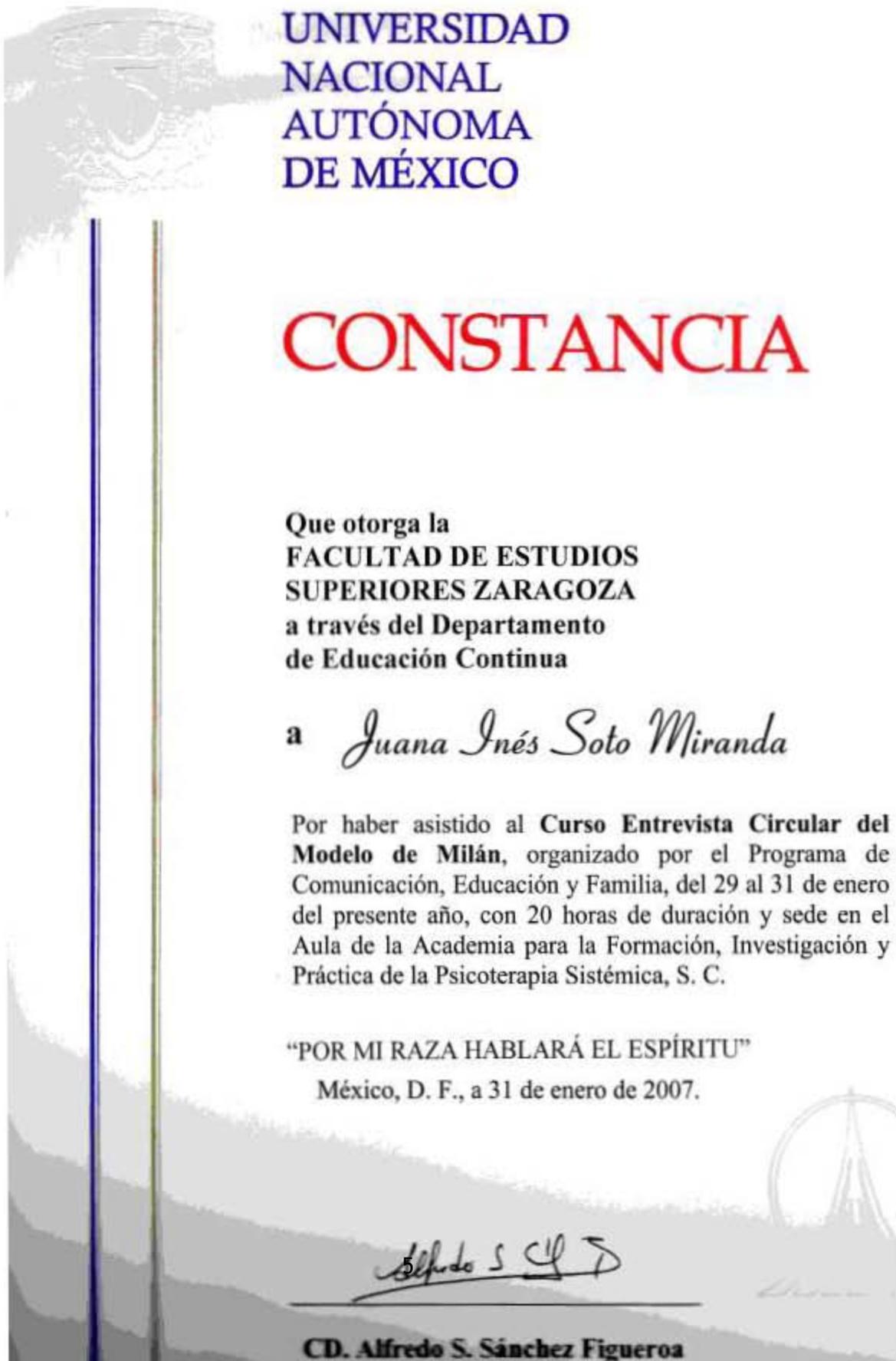
VIOLENCIA FAMILIAR Y DERECHOS HUMANOS

Que se llevó acabo del 23 de abril al 3 de diciembre de 2007,
cubriendo un total de 120 horas.


Dr. Héctor Fix-Fierro
Director del Instituto de Investigaciones Jurídicas


Mtra. Rosa María Álvarez-Lara
Coordinadora del diplomado


Dra. Ma. de Montserrat Pérez Contreras
Coordinadora del diplomado



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA
DE MÉXICO

CONSTANCIA

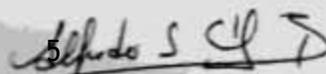
Que otorga la
**FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA**
a través del Departamento
de Educación Continua

a *Juana Inés Soto Miranda*

Por haber asistido al **Curso Entrevista Circular del Modelo de Milán**, organizado por el Programa de Comunicación, Educación y Familia, del 29 al 31 de enero del presente año, con 20 horas de duración y sede en el Aula de la Academia para la Formación, Investigación y Práctica de la Psicoterapia Sistémica, S. C.

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

México, D. F., a 31 de enero de 2007.



CD. Alfredo S. Sánchez Figueroa