



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

## EMPODERAMIENTO FEMENINO Y COMUNICACIÓN DE PAREJA DESDE UNA PERSPECTIVA SISTÉMICA

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

**BRENDA ELENA ARAUJO MOCTEZUMA**

**DIRECTOR:**

DRA. MA. ELENA RIVERA HEREDIA

**COMITÉ TUTORIAL:**

DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN

DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA

DRA. DOLORES MERCADO CORONA

M.C. FLAVIO SIFUENTES MARTÍNEZ

México D.F., Mayo 2011.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



## AGRADECIMIENTOS

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** mi *alma mater*, mi segundo hogar, mi maestra y forjadora académica; de la cual me siento profundamente orgullosa de pertenecer y a la cual represento con mucho amor y respeto. Gracias UNAM por haberme dado la oportunidad de alcanzar una más de mis metas en la vida, me siento muy afortunada de pertenecer a esta máxima casa de estudios y de ser egresada de ella. POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU.

A la **Dra. María Elena Rivera Heredia**, gracias a la cual pude realizar esta travesía de dos años. Nunca olvidaré que tú fuiste mi primer contacto con la maestría y que tuviste mucho que ver que lograré ingresar. Siempre amable y disponible, María Elena gracias por tu interés y por compartir tus conocimientos y experiencias. Gracias por tu apoyo y por la oportunidad.

A la **Dra. Noemí Díaz Marroquín**, una gran maestra que me dio la confianza para abrirme con ella. Muchas gracias Noemí por haberme escuchado en momentos difíciles y por el apoyo brindado, tú fuiste una persona fundamental para que yo lograra concluir este proyecto.

A la **Dra. Xóchitl Galicia Moyeda** por ser parte de mí jurado en este proyecto tan importante.

**Dra. Dolores Mercado**, siempre la recuerdo con mucho cariño ya que usted me apoyo y me oriento en los proyectos que se me complicaban, recuerdo que con frecuencia recurría a usted solicitando su ayuda y siempre estuvo ahí brindándome su apoyo, conocimientos y experiencia. Muchas gracias Dra. por todo.

Al **Dr. Flavio Sifuentes**, gracias a usted aprendí mucho, no solo de la terapia sino de mi misma. Gracias por su objetividad y por compartir sus conocimientos con el grupo, manteniendo siempre una crítica constructiva que me ayudo a conocerme más de cerca como terapeuta y como persona.

Gracias a todos y cada uno de los profesores de la residencia de todos me llevo aprendizajes invaluable que me han hecho crecer tanto profesional como personalmente.



## DEDICATORIAS

A *MIS PADRES* las personas más importantes de mi vida, gracias a las cuales soy lo que soy; sin su apoyo incondicional yo no hubiera podido realizar nada de esto. Muchas gracias por creer en mí y brindarme su confianza, su amor, comprensión, apoyo, experiencia, conocimientos, sabiduría, palabras de aliento...mil gracias por todo, los admiro, respeto, amo, quiero... ustedes son mi inspiración y mi motor.

A *JUAN MANUEL*, hermano sabes que tú eres muy importante para mí y que te quiero mucho, gracias por tú apoyo tanto material como moral, gracias por compartir conmigo esta travesía llamada vida y por ser una parte fundamental de esta familia, tú has sido mi compañero de vida durante estos 30 años, nos hemos acompañado en los momentos buenos y malos y has sido un gran soporte para mí. Muchas gracias hermano...hasta por lo regañón (bueno algunos). Te quiero mucho.

A *FRANCISCO* sabes que la maestría marco una nueva etapa en mi vida, tanto a nivel académico como personal, ya que se gestaron cambios e hicimos reestructuras en nuestras vidas y mira como salimos avante de esto y aquí seguimos. Muchacho muchas gracias por tú apoyo y comprensión durante esta etapa. Eres una parte fundamental e imprescindible en mi vida, eres mi pareja, mi compañero, mi amigo, mi escucha, mi consejero...muchas gracias por escucharme siempre que lo he necesitado y por los consejos recibidos. Te amo mucho.

A *MI QUERIDA AMIGA JOANA*, mi mejor amiga y fiel compañera desde hace ya 19 años o más no Jois? Sabes que te quiero muchísimo y en verdad agradezco a la vida por haberte puesto en mi camino, personas como tú son muy difíciles de encontrar y afortunadamente yo te encontré y cuento con tú amistad. Para mí tú ya eres parte de mi familia y eres de mis personas favoritas.

A *LINDA* gracias por ser parte de mi vida y por tus sabios consejos, eres de las personas que más admiro y respeto y no tengo palabras para agradecerte tú apoyo, confianza...tus palabras de aliento. Gracias por haber estado ahí y por escucharme. Te quiero mucho Lin en verdad.

A *MIS COMPAÑEROS DE LA MAESTRIA*, Consuelo (mi gran compañera y cómplice de la maestría), Yuliana, Paulina, Homero, Misael, Vanesa, Iliana y Anahí, gracias chicos por toda la experiencia vivida, buena y mala, de todos me llevo mucho aprendizaje en todos los aspectos. Gracias por haber sido mis compañeros de vida durante dos años, gracias por permitir conocerlos y haber hecho esta experiencia mucho más enriquecedora.



# ÍNDICE

Resumen	I
Abstract	II
Introducción	III

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

<b>1. Antecedentes históricos de la terapia familiar</b>	<b>1</b>
1.1. Precursores	2
1.2. Establecimiento formal de la profesión	4
1.3. Consolidación y madurez de la profesión	4
1.4. Historia de la Terapia Familiar en México	5
1.5. La Terapia en el interior de la República	7
<b>2. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar</b>	<b>10</b>
2.1. Características del campo psicosocial	12
2.2. Principales problemáticas que presentan las familias	14
2.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	16
<b>3. Caracterización de los escenarios en donde se realiza el trabajo clínico</b>	<b>17</b>
3.1. Descripción y análisis de los escenarios	18
3.1.1. Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”	18
3.1.2. Centro Comunitario San Lorenzo perteneciente a la fundación Bringas Hagenbeck	21
3.1.3. Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”	23
3.1.4. Centro Comunitario “Los Volcanes”	25
3.1.5. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”	27
3.2. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico	32

## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

<b>1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo</b>	<b>35</b>
1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	35
1.2. Teoría General de los Sistemas	36
1.2.1. Bateson y sus aportaciones	38
1.3. La Teoría de la Comunicación Humana	40
1.4. La Cibernética	42
1.4.1. La cibernética de primer orden	44
1.4.2. La cibernética de segundo orden	44

1.5.	Constructivismo	45
1.6.	Construccionismo Social	47
<b>2.</b>	<b>Análisis de los principios metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna</b>	<b>50</b>
2.1.	Modelos Estructural	50
2.1.1.	Antecedentes	50
2.1.2.	Principales Exponentes	51
2.1.3.	Principios Básicos	51
2.1.4.	Técnicas	54
2.1.5.	Reflexiones Generales	57
2.2.	Modelo Estratégico	58
2.2.1.	Antecedentes	58
2.2.2.	Principales Exponentes	60
2.2.3.	Principios Básicos	60
2.2.4.	Técnicas	63
2.2.5.	Reflexiones Generales	66
2.3.	Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema MRI	66
2.3.1.	Antecedentes	66
2.3.2.	Principales Exponentes	67
2.3.3.	Principios Básicos	67
2.3.4.	Técnicas	70
2.3.5.	Reflexiones Generales	71
2.4.	Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones	72
2.4.1.	Antecedentes	72
2.4.2.	Principales Exponentes	74
2.4.3.	Principios Básicos	74
2.4.4.	Técnicas	76
2.4.5.	Reflexiones Generales	78
2.5.	Modelo de Milán	78
2.5.1.	Antecedentes	78
2.5.2.	Principales Exponentes	80
2.5.3.	Principios Básicos	80
2.5.4.	Técnicas	83
2.5.5.	Reflexiones Generales	86
2.6.	Terapias Posmodernas	86
2.6.1.	Terapia Narrativa	88
2.6.1.1.	Antecedentes	88
2.6.1.2.	Principales Exponentes	89
2.6.1.3.	Principios Básicos	90
2.6.1.4.	Técnicas	90
2.6.2.	Terapia Colaborativa	94
2.6.2.1.	Antecedentes	94
2.6.2.2.	Principales Exponentes	95
2.6.2.3.	Principios Básicos	95
2.6.2.4.	Técnicas	96

2.6.3.	Equipo Reflexivo	98
2.6.3.1.	Antecedentes	98
2.6.3.2.	Principios Básicos	99
2.6.3.3.	Técnicas	101
2.6.4.	Reflexiones Generales	103

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

<b>1.</b>	<b>Habilidades Clínicas y Terapéuticas</b>	<b>105</b>
1.1.	Expedientes de trabajo clínico	105
1.1.1.	Caso Clínico 1	105
1.1.1.1.	Ficha de identificación	105
1.1.1.2.	Análisis Teórico-Metodológico de la intervención	110
1.1.1.3.	Comparación del estado de la familia al inicio y al final del Tratamiento	119
1.1.1.4.	Análisis del tema “Empoderamiento en terapia, a través de un mayor conocimiento de mi historia de vida”	121
1.1.2.	Caso Clínico 2	125
1.1.2.1	Ficha de identificación	125
1.1.2.2.	Análisis Teórico-Metodológico de la intervención	128
1.1.2.3.	Comparación del estado de la familia al inicio y al final del tratamiento	132
1.1.2.4.	Análisis del tema “Aprendiendo a comunicarme con mi pareja”	133
1.1.3.	Análisis del sistema terapéutico total	135
<b>2.</b>	<b>Habilidades de Investigación</b>	<b>137</b>
2.1.	Reporte de la Investigación realizada usando metodología cuantitativa	137
2.2.	Reporte de la Investigación realizada usando metodología cualitativa	156
<b>3.</b>	<b>Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento, Atención y Prevención Comunitaria</b>	<b>172</b>
3.1.	Productos tecnológicos	172
3.1.1	Taller para padres “Cuestiones masculinas y encuentros familiares: aprendiendo a no ser un extraño en mi familia”	172
3.1.2	Programa del seminario de Integración I. Primer semestre	175
3.2	Programa de intervención comunitaria	177
3.3.	Asistencia a foros académicos y presentación del trabajo realizado	182
<b>4.</b>	<b>Habilidades de compromiso y ética profesional</b>	<b>184</b>
4.1.	Ética en la práctica profesional	184
4.2.	Aspectos éticos que se presentaron durante la formación	186

## **CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES**

<b>1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas</b>	<b>189</b>
<b>2. Incidencia en el campo psicosocial</b>	<b>191</b>
<b>3. Reflexión y análisis de la experiencia</b>	<b>191</b>
<b>4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo</b>	<b>192</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>195</b>
<b>ANEXO</b>	

## RESUMEN

La Teoría General de los Sistemas junto con la Epistemología Cibernética han sido la base para el abordaje de la terapia familiar y han permitido la comprensión de los problemas psicológicos al tomar en cuenta las interrelaciones que se dan en los grupos sociales. La observación de la conducta en interacción ha ayudado a comprender los procesos de cambio y retroalimentación que se dan en dichas relaciones. La Cibernética de segundo orden consideró la inclusión del observador en el sistema y su participación en el sistema observado, lo que permitió explicar cómo influyen los sistemas de observación en la construcción de la experiencia humana y en particular del trabajo terapéutico. Estos dos enfoques, aunados a las aportaciones de la Teoría de la Comunicación Humana, han sido la base de distintos modelos de intervención terapéutica, que han tenido un fuerte impacto en la comprensión e intervención de problemas de salud mental y en específico de las familias. Entre éstos se puede citar al modelo estratégico, estructural, de terapias breves, el modelo de Milán, el enfoque de soluciones, entre otros.

Recientemente, el Postmodernismo ha dado lugar a explicaciones sobre cómo se construye la realidad, sobre el papel que juega la construcción de significados y el lenguaje en la experiencia de las personas. Dentro de este marco epistemológico han surgido algunas alternativas terapéuticas que toman como base los principios del Construccinismo Social y el Constructivismo, que han dado lugar a modelos como la narrativa y los enfoques colaborativos, entre otros, lo que también ha dado importantes aportaciones al trabajo terapéutico.

La Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista tiene una visión integrativa que permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el Construccinismo Social y los modelos que se derivan de esta perspectiva, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (social, institucional, cultural, político y económico, etc.), el lenguaje y la construcción de significados.

El programa tiene una duración de cuatro semestres a lo largo de los cuales se integran los cursos teórico metodológicos del tronco común, y las actividades específicas de la residencia, la práctica clínica supervisada y las actividades académicas complementarias, tales como, talleres, seminarios cursos, a fin de dar el sustento teórico al trabajo clínico que se llevara a cabo en las prácticas.

El reporte expuesto a continuación integra el trabajo realizado a lo largo de los 2 años de formación como terapeuta familiar, el cual abarca el proceso terapéutico de dos casos con las temáticas de empoderamiento femenino y comunicación de pareja, así como el desarrollo de 2 proyectos de investigación con base cuantitativa y cualitativa. Dentro del trabajo realizado también se encuentra la creación de dos productos tecnológicos y el desarrollo de un taller comunitario. De tal manera que lo que queda aquí plasmado forma parte de todo lo aprehendido y vivido en mi paso por la Residencia de Terapia Familiar de la Facultad de Psicología de la UNAM.

**PALABRAS CLAVE:** teoría general de los sistemas, epistemología cibernética, teoría de la comunicación, terapia familia, enfoque sistémico.



## ABSTRACT

The General Theory of Systems with Cyber-Epistemology have been the basis for family therapy approach and have allowed the understanding of psychological problems by taking into account the interrelationships in social groups. The observation of behavior in interaction has helped to understand the change and feedback processes that occur in these relationships. The second-order cybernetics the observer considered for inclusion in the system and its participation in the observed system, which allowed to explain how they influence observation systems in the construction of human experience and in particular the therapeutic work. These two approaches, combined with the contributions of the Theory of Human Communication, have been the basis of different models of therapeutic intervention, which had a strong impact on the understanding and intervention of mental health problems and specific families. Among these we can cite the strategic model, structural, brief therapy, the Milan model, the approach of solutions, among others.

More recently, postmodernism has led to explanations of how reality is constructed, the role played by the construction of meaning and language in the experience of individuals. Within this epistemological framework have been some alternative therapies that are based upon the principles of Social Constructionism and Constructivism, which has led to models such as narrative and collaborative approaches, among others, has also made important contributions to the therapeutic work.

Residency in Family Therapy with systemic and constructivist approach is an integrative vision for addressing the clinical problems from an interactional angle between the individual and other social systems (family, family, society) as well as from Social Constructionism and models arising from this perspective, taking into account the different contexts in which they operate (social, institutional, cultural, political and economic, etc.), language and meaning construction.

The program lasts four semesters over which integrate theoretical and methodological courses of common stock, and the specific activities of the residence, supervised clinical practice and additional academic activities such as workshops, seminars, courses, to give theoretical support to the clinical work was carried out in practice.

The report set out below integrates the work done over 2 years of training as a family therapist, which includes the therapeutic process of two cases with the themes of empowerment and couple communication and the development of 2 projects quantitative research and qualitative basis. In the work is also the creation of two technology products and the development of a community workshop. So that what is reflected here is part of all apprehended and lived in my time at the Residence of Family Therapy, Faculty of Psychology, UNAM.

**KEY WORDS:** general systems theory, epistemology, cybernetics, communication theory, family therapy, systemic approach.



# INTRODUCCIÓN

**E**n el presente reporte realicé un análisis de la experiencia que tuve como miembro de la séptima generación del Programa de Maestría en Psicología “*Residencia en Terapia Familiar*”, además de proporcionar el marco teórico y epistemológico de los fundamentos de la Terapia Familiar, así como del contexto de esta disciplina a nivel mundial y en México.

Este trabajo comprende los diferentes proyectos que elaboré durante los dos años de estancia en la Residencia, así como las habilidades y herramientas en las que nos va fortaleciendo el programa, las cuales incluyen habilidades técnicas, de investigación, de enseñanza y difusión del conocimiento.

En los trabajos expuestos a continuación se realiza un análisis detallado de cómo se fue dando cada proceso en la figura del terapeuta en construcción. Al igual que la integración de los conocimientos adquiridos y experiencias vividas que hacen en su conjunto del terapeuta en formación un profesional del trabajo que realiza, sin importar el área en la que se desarrolle ya que al egresar de la Maestría contamos con diversas habilidades y recursos que nos permiten abarcar diferentes modalidades dentro de la disciplina.

Antes de entrar de lleno en los temas que son tratados en este reporte mencionaré la reflexión que hace Vargas (2009) respecto a la figura del terapeuta familiar:

*“Considero que el nombre de terapeuta familiar poco a poco empieza a ganar un nuevo significado, ya que la definición de familia se desvanece y cada vez es más complicado decir qué es una familia y qué no, se abre una auténtica área de oportunidad. Ya que el terapeuta familiar puede tomar nuevas acepciones, cada quien signará la suya. Familiar en español también se refiere a lo conocido, lo cotidiano, lo cercano. Puede decir que siguiendo estas otras acepciones, el terapeuta sistémico familiar es aquel profesional que se adentra, que se vuelve cercano, que forma parte de la misma realidad de la familia, que conoce a las personas a través de la interacción, que toma un lugar de invitado cercano, guía y ayuda en una etapa problemática” (pp. 145).*



# CAPÍTULO I

## ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

---

*“Cuando se alcanza el verdadero conocimiento, entonces la voluntad se hace sincera; cuando la voluntad es sincera, entonces se corrige el corazón [...]; cuando se corrige el corazón, entonces se cultiva la vida personal; cuando se cultiva la vida personal, entonces se regula la vida familiar; cuando se regula la vida familiar, entonces la vida nacional tiene orden; y cuando la vida nacional tiene orden, entonces hay paz en este mundo. Desde el emperador hasta los hombres comunes, todos deben considerar el cultivo de la vida personal como la raíz o fundamento”.*

**Confucio**

### 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR

El desarrollo formal de la terapia familiar data de finales de los años 40's y principios de los 50's, más específicamente en 1942 con la fundación de la *American Association of Marriage Counselors* (precursor de la AAMFT), a través del trabajo de varios clínicos que trabajaban de manera independiente y/o en grupo, como por ejemplo: en Inglaterra (John Bowlby en la Clínica Tavistock), en E.U.A (John Bell, Nathan Ackerman, Christian Midelfort, Theodore Lidz, Lyman Wynne, Murray Bowen, Carl Whitaker, Virginia Satir) y Hungría (DLP Liebermann, quién comenzó a ver a miembros de una familia juntos) (Broderick y Schrader, 1991; Silverman y Silverman, 1962).

Hacia finales de 1930 la terapia familiar se independiza de especialidades como Psiquiatría, Psicología, Pedagogía. El movimiento se inicia en Alemania con Hirschfeld cuando realiza estudios sobre la familia entre 1929 y 1932. En 1930 Popeone abre la clínica del Instituto Estadounidense de Relaciones Familiares; en ese mismo año Hannah Stone iniciaba su práctica clínica en esta área en el hospital en el cuál residía, él es considerado uno de los pioneros en Terapia Familiar. Mientras que en Londres David y Vera Mace forman el primer concilio de consejeros matrimoniales el cual en 1943 se convierte en el Concilio Nacional de Reino Unido (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Durante 1932 otra de las pioneras de la Terapia familiar la Dra. Emily Mudd estableció la práctica de Terapia Familiar en Filadelfia y es uno de los tres miembros fundadores del AAMCC (*American Association of Marriage Counselors*). El AAMC es fundado en Abril de 1945 y esta es la Organización Familiar en dónde se concentran los especialistas en orientación familiar con reglamentos y estatutos para establecer las pautas de los profesionistas.

Inicialmente la Terapia Familiar tuvo una fuerte influencia del psicoanálisis (la mayoría de los primeros fundadores del campo tenían antecedentes psicoanalíticos) y psiquiatría social, más tarde la teoría del aprendizaje y la terapia de conducta contribuyen a ésta, posteriormente se comienzan a articular diversas teorías acerca de la naturaleza y el funcionamiento de la familia como una entidad que fue más que una mera agregación de individuos (Sholevar y Schwoeri, 2003).

### 1.1. *Precursores*

El movimiento recibió un importante impulso a mediados de la década de los 50's gracias a la labor del antropólogo Gregory Bateson y sus colegas - Jay Haley, Donald D. Jackson, John Weakland, William Fry, y más tarde, Virginia Satir, Paul Watzlawick y otros - en Palo Alto en E.U.A., Bateson introdujo las ideas de la cibernética y la teoría general de sistemas en la psicología social y la psicoterapia, centrándose en particular en el papel de la comunicación. Este planteamiento evitó el enfoque tradicional en la psicología individual y los factores históricos -que implican la causalidad lineal y el contenido- haciendo énfasis en la retroalimentación, en los mecanismos homeostáticos y en las interacciones que se dan en el aquí y el ahora -el proceso de causalidad circular- (Becvar y Becvar, 2006). El grupo de Palo Alto también fue influenciado significativamente por el trabajo de Milton H. Erickson, especialmente en su uso innovador de las estrategias para el cambio, como las directivas paradójicas. Los miembros del proyecto Bateson (al igual que los fundadores de otras escuelas de terapia familiar, incluidos Carl Whitaker, Murray Bowen e Ivan Böszörményi-Nagy) tenían un interés particular en el tratamiento de la esquizofrenia, especialmente en términos de los supuestos "significados" y "funciones" de los signos y síntomas en el sistema familiar (Sholevar, et al., 2003; Barker, 2007). Ellos también hablan del "paciente identificado" o "problema" el cual se presenta como una manifestación de problemáticas que están ocurriendo en la familia.

Varios grupos de terapeutas fueron fuertemente influenciados por la cibernética y la teoría de sistemas, surgiendo así diversos modelos como la Terapia Estratégica, y un poco más tarde, Salvador Minuchin desarrolla la Terapia Estructural, posteriormente surge el Modelo de Milán.

Como reacción a la creación de los modelos sistémicos, se originan diversos enfoques como el de Virginia Satir y Carl Whitaker, en el que restaban importancia a los conceptos teóricos y hacían hincapié en la experiencia subjetiva y los sentimientos no expresados (incluido el subconsciente), así como a la comunicación auténtica, la espontaneidad, la creatividad, el compromiso total del terapeuta, y a menudo incluían a la familia extensa en su trabajo. Al mismo tiempo y con cierta independencia, surgieron diversas terapias intergeneracionales, como por ejemplo la de Murray Bowen, Iván Böszörményi-Nagy, James Framo, y Norman Paul, que presenta diferentes teorías sobre la Transmisión Intergeneracional de la salud y la disfunción, de tal manera que tratan generalmente con al menos tres generaciones de una familia (en persona o conceptual), o bien

directamente en las sesiones de terapia, o a través de "deberes en casa", etc. Por otro lado la Terapia Psicodinámica de la familia - que, más que cualquier otra escuela de terapia familiar, trata directamente con la psicología individual y el inconsciente, en el contexto de las relaciones actuales - continuó desarrollando a través de un número de grupos que fueron influenciados por las ideas y los métodos de Nathan Ackerman, y también por la Escuela Británica de Relaciones Objetales y John Bowlby quién trabajo de manera adjunta con Ackerman.

A continuación mencionaré algunos otros precursores de la Terapia Familiar junto con sus aportaciones más destacadas dentro del área (Madanes, 2001):

**John Bell.** “Padre de la Terapia Moderna”. En 1953 reporta a unos colegas el uso de nuevas técnicas de terapia con toda la familia.

**Nathan Ackerman.** Rompió con la rigidez de la consulta y permitió que los psiquiatras vieran a toda la familia como una unidad de tratamiento y diagnóstico.

**Christian F. Midelfort.** En 1952 da a conocer los estudios que había realizado con familias; así como su propuesta de modelo técnico para la terapia familiar.

**Theodore Lidz.** Es uno de los fundadores de la terapia familiar con formación psicoanalítica. Fue el primero en describir las relaciones destructivas entre padres e hijos.

**Lyman C. Wynne.** Sus ideas se identificaron con las de Parsons para comprender un subsistema de un sistema más amplío. Jefe editor de *Family Process* en 1971.

**Murray Bowen.** Pensaba que los padres y especialmente la madre, deberían estar hospitalizados con el paciente psiquiátrico.

**Carl Whitaker.** Desarrolló sus técnicas de lo absurdo. Durante la Terapia presentaba una actitud de mayor enojo que la familia que acudía con él.

**Mental Research Institute (MRI).** Participó el grupo de Palo Alto y trabajó con los modelos ericksonianos de la teoría estratégica y con los de la paradoja.

**Ivan Boszormenyi-Nagy y colaboradores.** Fundó el Grupo de Filadelfia el cual es uno de los más significativos de la Terapia Familiar.

**Israel Zwerling y cols.** Entre 1960 y 1969 fundó el *Family Studies Section* en el Depto. de Psiquiatría del *Bronx State Hospital*.

**Salvador Minuchin y cols.** Sus técnicas en la Terapia Familiar fueron muy sustantivas y llegaron a conocerse como terapia estructural.

**Mara Selvini-Palazzoli y cols.** Fundaron el Instituto de Milán en 1967. Ellos utilizaban técnicas cortas de intervención (intervención por 10 días).

**Robert McGregor y Agnes Ritchie.** Utilizan la “Técnica de Impacto Múltiple” (hacen explotar virtualmente a las familias con un grupo de especialistas).

**Frederick Duhi.** Funda el Boston Family Institute en 1969.

## 1.2. Establecimiento Formal de la Profesión

Los centros de orientación familiar se fueron incrementando con el paso del tiempo ya que en 1932 sólo funcionaban tres a diferencia de 1947, época en la que ya había quince centros en E.U.A. En 1930 James A. Peterson funda del primer doctorado (PhD) en el centro de orientadores familiares de la Universidad de California.

Para 1945 se publicó el primer libro de Orientación Familiar titulado *Marriage and Family Counseling* y fue escrito por el rabino Sydney Goldstein.

En 1948 Abraham Stone junto con otros colegas establece los requisitos para ser aceptados como especialistas en orientación familiar y esto se refiere a: Preparación académica (profesionista graduado de: educación, economía familiar, derecho, medicina, enfermería, psicología, sacerdocio, antropología social, trabajo social y sociología); Experiencia profesional (tres años de experiencia, diagnósticos y reconocer cuando la familia debe ser mandada a otro especialista, actividad científica); Cualidades Personales (integridad personal y profesional, integridad y madurez emocional, experiencia en el área matrimonial y parental). En medio de este auge la profesión llegó a adquirir una identidad propia en la década del los 60's, de hecho en 1963 en el Estado de California se obliga a tener licencia para ejercer la especialidad.

La AAMC pasó momentos muy difíciles a finales del decenio 1950-1959 y se vio obligada a cerrar sus puertas de la clínica de Nueva York.

## 1.3. Consolidación y Madurez de la profesión

Al inicio del decenio de los 70's, la profesión logró madurar y consolidarse; en esa misma década se realizaban 10 publicaciones con tópicos de familia entre ellas el *Journal Marital and Counseling* en 1975, editado por William Nichols y el *Journal of Marriage and Family Therapy* en 1979. Ya para la década de los 90's existen por lo menos una docena de revistas especializadas (inglés) y quince en otros idiomas.

El momento más significativo se da a finales del decenio de los 60's y principios de los 70's cuando Nathan Ackerman, John Warkentin, Virginia Satir, Andorf N. Sherman y John Bell son invitados a la reunión anual de la AAMC, lugar en donde presentan sus estudios realizados con familias, con lo que aportan nuevas ideas. El grupo de Ackerman en Nueva York, fue considerado como pilar de la terapia familiar y, por tanto, se le nombró editor responsable del *Family Process*. En el año de 1975 la AAMC cambia su nombre nuevamente por el de AAMFT (Asociación Estadounidense de Terapia Matrimonial y Familiar) la cual funciona hasta la fecha (Madanes, 2001).

A finales de los años 70's el peso de la experiencia clínica - especialmente en relación con el tratamiento de trastornos mentales graves - había conducido a una revisión de algunos de los modelos originales y una moderación de algunos de los principios del purismo teórico. De tal manera que se generaron intensos debates en el campo de la terapia familiar y las críticas de varias fuentes, incluyendo el feminismo y el posmodernismo, que refleja en parte el contenido cultural y político de sus tiempos, y que anuncian la aparición de enfoques constructivistas y construccionistas sociales. Debido a esta situación hubo una creciente tendencia por parte de los terapeutas de familia a trabajar en equipos multi-modales en asociaciones clínicas (Sholevar, et al., 2003; Nichols y Schwartz, 2006; Barker, 2007).

Desde mediados de la década de 1980 a la actualidad han vislumbrado una diversidad de enfoques que reflejan en parte las ideas de las escuelas originales, pero que también se basan en teorías y métodos de la psicoterapia individual entre otras; estos enfoques y fuentes incluyen: la terapia breve, la terapia estructural, la terapia de los enfoques constructivistas (por ejemplo, Milán, post-Milán/colaborativo/conversacional, reflexivo), la terapia enfocada en soluciones, la terapia narrativa, una serie de enfoques cognitivos y conductuales, así como psicodinámicos (Van Buren, 2009; Crago, 2006; Gurman y Fraenkel, 2002; Denborough, 2001; Dattilio, 1998; Sprenkle y Bischof, 1994). Actualmente se están desarrollando enfoques multiculturales, interculturales e integrativos (Nichols y Schwartz, 2006; Ng., 2003; Krause, 2002; Dean, 2001; McGoldrick, 1998). Muchos profesionales afirman ser "eclecticos", utilizando técnicas de diversas áreas, dependiendo de sus propias inclinaciones y de las necesidades del cliente, por lo que no hay un movimiento creciente hacia un solo tipo de terapia familiar; en la actualidad se trata de incorporar lo mejor de los conocimientos acumulados en el campo y que se puede adaptar a diferentes contextos (Lebow, 2005). Sin embargo, todavía hay un gran número de terapeutas que se adhieran más o menos o estrictamente a un particular, o a un número limitado de enfoques (Booth y Cottone, 2000).

#### 1.4. *Historia de la Terapia Familiar en México*

El movimiento de la terapia en México se inicia en la segunda mitad de los años sesenta. Durante esos años ocurren en todo el mundo movimientos estudiantiles que revolucionaron las formas autoritarias tanto de los gobiernos como de las familias. Estos movimientos coinciden en el tiempo con el movimiento anti psiquiátrico. Este movimiento tuvo por objeto crear una atención alternativa para los enfermos mentales que puedan anular las funciones del manicomio tradicional considerando una fuerza represiva y autoritaria que no favorece a los reclusos. El movimiento anti psiquiátrico propone:

- La desinstalación de la salud mental
- Impugnación de la regla rígida de tratamientos impuestos

- La suspensión de trato jerárquico y autoritario
- La crítica y el abandono de la represión como castigo
- La abolición del electroshock

De acuerdo con Ackerman y Bowen los problemas emocionales se generaban en la interacción familiar, de tal manera que comienzan un trabajo clínico que rebasa la asistencia exclusiva al paciente identificado para ampliar su foco hacia el grupo familiar (<http://www.slideshare.net/pei.ac01/terapia-familiar-en-mexico> 29 de marzo 2010).

A continuación se explica la cronología evolutiva de la Terapia familiar en México en el siguiente cuadro (cuadro 1).

**Cuadro 1. Cronología evolutiva de la Terapia Familiar en México.**

<b>Cronología</b>	
<b>1969</b>	Dr. Raymundo Macías en colaboración con los Drs. Roberto Dervez y Lauro Estrada establecen en México el primer posgrado (M.D.) para la formación de Terapeutas Familiares en la Universidad Iberoamericana.
<b>1972</b>	Fundación del Instituto de la Familia A.C. (IFAC) por el Dr. Raymundo Macías incorporado a la Universidad Iberoamericana. Marco teórico psicoanalítico y sistémico, con enfoques: estructural, estratégico, de Milán, de Boston, de Palo alto, y de la narrativa y el construccionismo social; con una visión dinámica, sistémica e integrativa.
<b>1980</b>	Universidad de las Américas (Ciudad de México). El programa de psicología se transforma en orientación y terapia familiar. Colaboración con la Clínica OIRA. La UDLA ofrece la formación en Terapia Familiar con nivel de Maestría con un enfoque estructural sistémico; siendo sus iniciadoras Miren Izaurieta, Martha Pardo y María Luisa Velazco.  Se funda el Instituto Personas con la participación del Dr. Freidberg, el Dr. Lichtein y la Dra. Dolores Villa. Al inicio ofrecía formación en Terapia Gestalt y en 1984 dio un giro hacia la terapia familiar y de pareja, creando la Especialidad en Psicoterapia de Pareja y Familia.
<b>1981</b>	Se funda la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF). Cuyos objetivos son: difundir la Terapia Familiar, unificar y revisar los programas de los diferentes institutos de formación, así como tener un órgano de promoción y difusión.
<b>1984</b>	Instituto Latinoamericano y de Estudios de la Familia (ILEF). Fundado por el Dr. Maldonado, con un marco teórico analítico, sistémico y social.
<b>1986</b>	Instituto Mexicano de Terapias Breves, A.C. (IMTB) fundado por la Dra. Mari Blanca Moctezuma.
<b>1987</b>	Instituto de Terapia Familiar CENCALLI Fundado por la Dra. María Luisa Velazco Torres. El enfoque teórico es estratégico estructural, de Milán y de la comunicación.
<b>Principios 90's</b>	Inicia el Centro de Investigaciones Psicosociales, Crisol y posteriormente se fundó una segunda sede en Cuernavaca, Morelos. El fundador de ambas sedes es el chileno Javier Vicencio, médico de formación con entrenamiento en terapia familiar en la Clínica Tavistock de Londres. El Instituto ofrece dos diplomados uno en orientación familiar y otro en terapia de pareja. (Macías, 1988)
<b>1992</b>	Instituto Superior de Estudios para la Familia. Fundado por el Dr. en Filosofía Alberto Castellanos. Se apoya en el estudio de las disciplinas sociales y los valores fundamentales de la familia. Surge vinculado con la Universidad Anáhuac.
<b>1994</b>	La División de Educación Continua de la Facultad de Psicología de la UNAM organizó el Diplomado de Terapia de Pareja con enfoque sistémico, que en sus inicios se encontraba bajo la coordinación académica de Irma Von Wobeser. Actualmente este diplomado se sigue impartiendo bajo la tutela de Patricia Contreras.  En este mismo año Martha Campillo (docente de la Facultad de psicol. de la Universidad Veracruzana) funda el Centro de Atención Psicológica a la familia A.C. (CAPAF), en Jalapa Veracruz. Los estudios de este Centro se encuentran avalados por la SEP.

<b>1997</b>	Centro de Investigación para desarrollar la Investigación de la Psicoterapia Sistémica (CEDIPSI). Patricia Cadena está al frente del centro cuya organización contempla cuatro áreas: académica, de investigación, de atención comunitaria y de relaciones públicas.  En este mismo año es fundada la Maestría en Terapia Familiar en la Universidad Mayab en Yucatán. Sus creadores son José Luis Martínez en colaboración con Dora Ayora Talavera y Rocío Chavestre.
<b>1999</b>	Instituto de Psicoterapia ALINDE. Fundado por Helen Selicoff, Gloria Licea, Ivonne Paquetín. En este instituto se realizan actividades de docencia, supervisión y terapia con la modalidad de equipo reflexivo.
<b>Finales 90's</b>	Grupo Polanco conocido también como grupo Campos Eliseos. Su programa de formación tiene un enfoque construccionista y se apoya en las ideas posmodernas, conceptualizando la psicoterapia como un proceso colaborativo, en donde la relación terapéutica, los objetivos y los resultados de la terapia se construyen a través del intercambio lingüístico entre el cliente y el terapeuta.
<b>2001</b>	Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar en la UNAM que pertenece al posgrado de CONACYT y se cursa en cuatro semestres. Este posgrado tiene como objetivo: desarrollar en los alumnos competencias profesionales, para el ejercicio especializado de la psicología de alta calidad en diversas áreas, manteniendo una actitud de servicio acorde a las necesidades sociales.
<b>2003</b>	La AMTF reconoce la calidad de los programas de nueve institutos o escuelas otorgándoles el reconocimiento oficial que los acredita como entidades formadoras de terapeutas familiares. Estas escuelas son: Instituto de la Familia, A.C., Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, Instituto de Investigación y Entrenamiento en Psiquiatría Personas, Instituto de Terapia Familiar Cencalli, Instituto Crisol, A.C., Instituto Regional de Estudios de la Familia, Universidad del Mayab, Maestría en Terapia Familiar, Universidad Autónoma de Tlaxcala, Maestría en Terapia Familiar Sistémica UNAM, Centro para Desarrollar la investigación de la Psicoterapia Sistémica (CEDIPSI).
<b>2004</b>	La División de Educación Continua de la Facultad de Psicología de la UNAM organizó el Diplomado de Terapia Narrativa, siendo su coordinadora académica Irma von Wobeser. Actualmente la responsable de este seminario es Miriam Zavala.

(Elaborado con base en Sánchez y Gutiérrez, 2000; Macías, 1988).

### 1.5. *La Terapia Familiar en el interior de la República*

En diferentes partes de la República se han desarrollado también programas de formación en Terapia Familiar, en institutos y universidades públicas y privadas, como Crisol, A.C. en Morelos, el Instituto Regional de Estudios de la Familia, A. C., en Chihuahua, la Universidad del Mayab, S.C. en Yucatán y en Cancún, la Universidad del Valle de Atemajac y la Universidad de Guadalajara en Jalisco; la Universidad Iberoamericana Golfo Centro, en Puebla; la Universidad Autónoma de Tlaxcala, la Universidad de Monterrey y la Universidad Autónoma del Estado de México.

Otras universidades tienen programas de psicología clínica con derivación a Terapia Familiar; en otros casos el enfoque con el que trabajan no es sistémico (cognitivo conductual, psicoanalítico, humanista, etc.); algunas otras tienen programas donde se aborda algo relacionado con la Terapia Familiar Sistémica pero el nombre con el que está registrado el programa no lo identifica y otras más, aunque cuentan con enfoque sistémico, son programas de Diplomado con un año de duración. En estos casos están los programas de la Universidad Intercontinental, en el D. F., la Universidad Autónoma de Zacatecas; la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad

Cristóbal Colón del Puerto de Veracruz. En el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México ha habido programas de Diplomado. En 1987 en la Facultad de Psicología, en la FES Iztacala desde 1989 en la FES Zaragoza, y actualmente la Facultad de Psicología cuenta con un Diplomado en Terapia de Pareja con orientación sistémica.

Actualmente, el modelo sistémico se imparte en escuelas públicas y privadas, de tal forma que se encuentra al alcance de más profesionistas de la salud. La incorporación de las escuelas públicas a la formación de terapeutas familiares ha colaborado en hacer de la investigación un factor prioritario, pues se hace investigación sobre los distintos modelos de terapia y se miden los resultados de la supervisión y de la terapia a través de entrevistas. De tal forma que este es un indicador del interés de vincular práctica, investigación y enseñanza (Eguiluz, 2004).

En la actualidad existen muchos programas gubernamentales que inciden en los miembros de las familias mexicanas, a continuación mencionaré aquellos que tienen como objetivo principal trabajar directamente con ésta población (Presidencia de la República, 2008):

- **Procuraduría de la Defensa del Menor y la familia:** entre las acciones que realiza se encuentran el proporcionar asistencia social, jurídica y de gestión administrativa a favor de las familias.
- **Programa de Asistencia Alimentaria a Familias en Desamparo** (este programa se encuentra a cargo del DIF): proporciona apoyo alimentario directo y temporal a familias en situación de pobreza; en este programa también se realizan acciones formativas que buscan fomentar los hábitos alimentarios adecuados en el núcleo familiar, así como el desarrollo de habilidades y conocimientos para el mejoramiento de sus condiciones de desamparo.
- **El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia** (DIF, 2007) tiene un Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable, el cual comprende los siguientes servicios:
  - *Asistencia Jurídica Familiar:* brinda asistencia jurídica en materia familiar, con el fin de que toda persona tenga acceso a la justicia en condiciones de igualdad.
  - *Atención a la Violencia Intrafamiliar y maltrato al menor:* promueve actividades educativas y de capacitación a personal que atiende a niñas, niños y adolescentes, en escuelas, guarderías y hospitales, con la finalidad de que puedan detectar situaciones de violencia familiar, y por lo tanto, prevenirlas o atenderlas de manera temprana. Otro de los objetivos de este programa es lograr la modificación de patrones de conducta de los adultos que generan violencia contra los menores.
  - *Protección a la familia con vulnerabilidad:* busca prevenir situaciones de abandono, violencia o desintegración familiar por causas económicas. Para ello cuenta con

esquemas de intervención preventiva y de apoyo económico divididos en dos estrategias:

1. Subsidio familiar: proporciona apoyos económicos de \$300.00 pesos mensuales que se otorgan a familias en situación vulnerable y adultos mayores de 60 años o más, que vivan solos y no cuenten con ingresos fijos. Se otorgan por tres, seis y nueve meses como máximo, dependiendo de la prevalencia de alguna de las situaciones anteriores, esto se corrobora periódicamente por el DIF Nacional.
2. Hogares familiares: apoyos económicos de \$600.00 mensuales y se otorgan a familias y/o personas en situación de vulnerabilidad social. Se otorgan por tres y seis meses como máximo; sin embargo, en adultos mayores y personas con enfermedades degenerativas, discapacitantes o en fase terminal. Este apoyo se puede otorgar hasta por seis meses más, previa valoración del caso.

Adicionalmente a las Instituciones Gubernamentales que proporcionan diversos apoyos a las familias mexicanas, existen diversas instituciones que poseen programas de atención a este sector, ya sea proporcionando servicios de atención clínica, formación de profesionales y/o investigación, tales como:

**Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (AMTF, 2008).** Cuyos objetivos son:

- Propiciar y facilitar el intercambio profesional y científico entre sus asociados, así como entre las organizaciones nacionales e internacionales afines.
- Promover la elaboración de programas de excelencia para la formación y capacitación de terapeutas que realizan su entrenamiento en los institutos que pertenecen a la Asociación y a otras instituciones de prestigio en México y en el extranjero.
- Velar por la ética en el ejercicio profesional de los psicoterapeutas y de los grupos profesionales e instituciones a las que pertenecen.

**Instituto de la Familia (IFAC, 2008):** cuyo objetivo principal es la formación de profesionales para el estudio, la investigación, la enseñanza, el servicio y la atención de las familias mexicanas.

**Instituto Latinoamericano de Estudios para la Familia (ILEF, 2008):** siendo su principal objetivo lograr el bienestar de las familias a través de la atención clínica, investigación y docencia de posgrado.

**Instituto Crisol (2008):** brinda asistencia clínica a familias, parejas y a nivel individual, también realiza investigaciones psicosociales al respecto y forma terapeutas a nivel de posgrado.

**Individual and Family Systems Institute Assessment Care and Training (INFASI ACT, 2008):** institución centrada en el apoyo psicológico a individuos, parejas y familias bajo una orientación integral de terapia breve sistémica, energética cuántica y manejo corporal; fortalecida por la

vinculación social que hace con instituciones educativas y capacitadoras en el desarrollo profesional de formación de terapeutas.

**Universidad del Mayab en Yucatán (2008):** busca facilitar la formación de profesionales líderes expertos para solucionar problemas de diagnóstico y de intervención de terapia familiar, con actitud de acercamiento a los pacientes y con atención a los códigos profesionales del campo de las ciencias de la salud.

**Universidad Autónoma de Tlaxcala (2008):** su objetivo principal es la formación de terapeutas familiares.

**Universidad Nacional Autónoma de México (Desatnik y Moctezuma, 2001):** la Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista, a través de su Programa de Maestría y Doctorado en Psicología se propone capacitar al estudiante en una especialidad de alta calidad en el área de salud a través de las entidades académicas de Ciudad Universitaria y Facultad de Estudios Superiores Iztacala, FESI.

Es de suma importancia mencionar que en todo el país hay diversas asociaciones civiles, instituciones de asistencia privada que se dedican al trabajo con familias (Anexo 1).

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

La familia como entidad social es vista como una institución que ha sufrido enormes cambios como resultado de las políticas económicas y sociales actuales, y en parte han sido las presiones que sobre la misma se han ejercido las que han influido en el crecimiento de la terapia familiar como una disciplina asistencial requerida y necesaria para ayudarla a enfrentar sus deberes y obligaciones.

En la actualidad existen varias disciplinas que abordan el estudio de la familia, entre las que destacan la Sociología, la Antropología, la Psicología y la Historia; tales disciplinas promueve un abordaje ínter y multidisciplinario, en los que se busca ir entretejiendo y articulando conocimientos y metodologías distintas, como una manera de acercarnos a una realidad tan compleja como la familia.

La psiquiatría social inglesa, por ejemplo, ha demostrado un interés muy marcado por algunos temas clínico sociales desde la década de los sesenta, en gran parte debido a la influencia de Brown (1970) sociólogo médico, quien en colaboración con Leff (1980), realizaron un estudio en el que demostraban la enorme importancia que tenía el ambiente emocional de la familia para

provocar o evitar las recaídas en los esquizofrénicos y que diera origen al cuestionario de Emociones Expresadas, de amplia utilización en el trabajo psicoeducativo con psicóticos crónicos ambulatorios y en la investigación.

Por otro lado Pichon-Riviére (citado en Quiroga, 1987), psicólogo social y psicoanalista considerado como uno de los fundadores de la Escuela Psicoanalítica Argentina, menciona que la estructura familiar se encuentra incluida en un contexto social recorrido por contradicciones en el que las distintas clases y sectores luchan por el poder, de manera que la familia se convierte en el escenario y es reflejo de esas contradicciones. Esta situación determina que la familia pueda ser un instrumento de dominación o el detonante de un cambio de sí misma y de la realidad social.

De acuerdo con Pichon Riviére las ciencias sociales han abordado el estudio de la familia desde tres niveles de análisis, a saber: a) Un nivel histórico-antropológico que concibe a la familia como un sistema de relaciones interpersonales sometida a una multiplicidad de determinaciones: socioeconómicas, culturales, geográficas, ecológicas, políticas, etc. Tiene la doble tarea de participar en el sistema productivo, así como en su función reproductora; b) el segundo nivel ha sido desarrollado por la psicología social y está fundado en el anterior. Estudia a la familia como estructura socializadora, vehiculizadora de normas, valores y sistema social de representación. Desde esta perspectiva la familia aparece como mediadora entre el sujeto y la organización social y c) un nivel que estudia a la familia en tanto matriz de relaciones, red de vínculos y sistemas de interacción en el que los sujetos se encuentran recíprocamente.

De esta manera diferentes enfoques teóricos han realizado diversas aportaciones, con la intención de coadyuvar en el bienestar de la persona, que antes era atendida de manera individual sin tomar en cuenta la interacción que se da en su contexto. De esta forma la terapia familiar nace con la intención de estudiar y atender los procesos humanos en función del medio en el que se desenvuelven los individuos y de las relaciones que se van estableciendo en el mismo.

De acuerdo con Mon Elkaïm (1996) la terapia familiar debe estar al tanto de los avances socioculturales, ya que esto ayuda a los terapeutas a mantener las alianzas terapéuticas que tienen un gran peso significativo para hacer terapias exitosas.

Con la finalidad de entender a mayor profundidad las interacciones entre los individuos y como se relacionan con su medio se describirán las características del campo psicosocial de acción, así como las principales problemáticas que se presentan en el mismo. Por último se revisará la postura de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las diversas problemáticas existentes.

## *2.1. Características del campo psicosocial.*

La sociedad mexicana ha experimentado cambios a lo largo del tiempo que han sido necesarios para que cada familia se adapte a las nuevas demandas y necesidades que van surgiendo con estos cambios. Se sabe que la modernización de México, por ejemplo, incluye a la familia en un proyecto de desarrollo a nivel microeconómico y la descuida en otros aspectos, favoreciendo una tendencia hacia su desprotección y, en consecuencia, a un aumento de los problemas psicosociales.

La diversidad de la vida familiar es enorme y no cabe duda que las diferencias demográficas, económicas y las condiciones del hogar tienen, con frecuencia, efectos importantes sobre la composición de las familias. Es en la familia en donde se guardan las tradiciones y costumbres de una comunidad para poder transmitirse de generación en generación; de igual manera que es el seno familiar un lugar en donde se presentan toda una serie de configuraciones familiares en donde surgen conflictos, violencia, sufrimiento y malestar entre otras.

Actualmente muchas familias mexicanas, especialmente las más pobres, enfrentan necesidades económicas y sociales verdaderamente apremiantes. En este contexto, muchas mujeres se ven obligadas a buscar una ocupación remunerada sin dejar de realizar las tareas domésticas y de cuidado de sus hijos e hijas y de las personas adultas mayores.

En México, aproximadamente el 36% de las mujeres adultas trabajan (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2007) a pesar de que sus salarios son en promedio 30% menores a los de los hombres (ONU, 2007b). Este fenómeno ha sido un gran generador de cambios sociales y familiares, pues requiere que los grupos se organicen de maneras nuevas en cuanto a roles, funciones y horarios.

Debido a situaciones como las mencionadas anteriormente se puede concluir que el esquema tradicional (papá, mamá e hijos) ha ido disminuyendo en los últimos años, dando lugar al aumento de las nuevas estructuras, como los hogares monoparentales, o las familias extensas.

En relación a la edad en la que los jóvenes mexicanos están contrayendo matrimonio se observa que la edad promedio en el caso de las mujeres es de 19 años, mientras que para los varones es a los 21. El 76.9% de los hogares mexicanos tienen una jefatura masculina, mientras que el 23.1% es liderado por mujeres (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2005).

En lo referente a la cantidad de nacimientos, las familias del siglo XXI se caracterizan por una cantidad mucho menor de miembros. En México, en la década de los 70's, las mujeres tenían un promedio de 6 hijos, fenómeno que ha disminuido notablemente, siendo la media 2.1 hijos por mujer. Al nacer, la esperanza de vida de estos niños es de 75.4 años para las mujeres y de 73

años para los varones (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2005), contrastante con la cifra de 1990, de 69.7 años en promedio para ambos sexos.

En efecto, la mayor expectativa de vida, la disminución de la natalidad y de la mortalidad infantil, los mejores niveles de educación y la mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo son los índices que, aunados al ingreso familiar sirven de base para caracterizar a los países desarrollados para diferenciarlos de los subdesarrollados o simplemente pobres.

Las familias se enfrentan a esta diversidad de panoramas de diferentes formas, entre las que se encuentra la construcción de significados que van dirigiendo sus pautas de interacción tanto a nivel familiar como social.

De esta forma se han realizado diversas encuestas con la finalidad de entender de una mejor manera la perspectiva actual de la familia mexicana, siendo una de estas la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias 2005 (ENDIFANM, 2005), que clasifica a los hogares familiares en tres diferentes formas: **nucleares** que, a su vez, pueden ser divididos en estrictos (incluye solo a parejas), nuclear conyugal (formados por parejas con hijos) y mono parentales (está presente uno de los padres); **extensos** viven otros parientes además de los integrantes del grupo; y finalmente los hogares **compuestos** formados por personas que no tienen ningún tipo de parentela.

De acuerdo con el ENDIFAM (2005) en el año 2000 la población mexicana se agrupaba en 20.6 millones de familias siendo, casi, las tres cuartas partes familias nucleares y el resto familias extensas. La década de los 90's fue la época en las que las familias extensa crecieron de manera más rápida (5.3 % anual) más que las nucleares (2.4 % anual). Se observa un ascenso en cuanto a la jefatura de la familia en las mujeres, esto puede ser debido al aumento de los hogares monoparentales, los cuales son en su mayoría dirigidos por mujeres (87%), dicho tipo de familias representaba en el año 2005 un 5.9 % de las familias del país. Por otro lado en las familias nucleares la jefatura es predominantemente masculina (97%).

En relación a el número de divorcios se presenta un crecimiento a un ritmo de 1.22% por año, esto se da de igual forma en la década de los 90's; sin embargo esta situación se considera poco significativa en relación con los estándares internacionales. A pesar de esto los números indican una tendencia en ascenso. Sobre todo si se toman en cuenta el número de divorcios al año (1.22% anual) en relación con los matrimonios menos del 1%, por debajo del crecimiento poblacional). La tendencia apunta a que va en decremento el número de personas separadas y las que viven en unión libre.

Actualmente se observa que aunque la estructura familiar más popular es la nuclear con jefatura masculina se han presentado diversos cambios que han influido en el aumento de familias

monoparentales, familias con jefatura femenina, número de personas separadas, número de personas en unión libre. De esto se concluye que las familias van cambiando en función de la sociedad y que las tendencias mundiales van influyendo en las distintas configuraciones familiares.

## 2.2. Principales problemas que presentan las familias.

Las familias son producto de la evolución histórica y cultural de las distintas sociedades. Las transformaciones de la sociedad mexicana exigen el reconocimiento y atención a los fenómenos emergentes que han generado transformaciones en las personas y en las familias, como son los avances tecnológicos, las migraciones, la reducción de la fecundidad, la mayor esperanza de vida, el envejecimiento poblacional, los cambios en el mundo del trabajo, las crisis de crecimiento, empleo e ingresos, la incertidumbre social, entre otras.

Las políticas económicas de las últimas décadas, en particular el lento crecimiento y la baja generación de empleos, más la contención salarial y la vulneración sistemática de los derechos laborales, han provocado un deterioro en la calidad de vida de las familias y una creciente inseguridad económica y social que tensiona las relaciones familiares, propicia las migraciones y aumenta la violencia en sus diversas manifestaciones. Estas condiciones han incidido en la transformación de la organización, dinámica, ciclo y composición de las familias.

Entre algunos de los grandes problemas a los que se enfrentan los sistemas familiares en la actualidad son: violencia, maltrato infantil, adicciones, problemas de pareja y pobreza. A continuación describiré brevemente cada uno de estos problemas:

La *violencia* es definida por la Organización Mundial de Salud [OMS], (2002) como: *“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones y muerte”*.

Se considera que los actos violentos, pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos.

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2003) reporta que en México, 34.5% de las mujeres han sufrido violencia de pareja en algún momento de sus vidas y que el 21.5% la experimentan con su pareja actual. Los datos que la encuesta arroja permiten ver que entre las mujeres de 15 a 19 años, 56 de cada 100 sufren violencia por parte de su pareja. La violencia es clasificada en emocional (o psicológica), económica, física y sexual. La Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (INEGI, 2003), reporta los tipos de violencia que sufren las mujeres de más de 15 años casadas o unidas y viviendo con su pareja. La violencia emocional es experimentada por 38 de

cada 100 mujeres, 9 de cada 100 sufren violencia física, 8 de cada 100 son víctimas de violencia sexual, y la violencia económica se manifiesta en 29 de cada 100.

La violencia física, emocional, sexual y económica en las familias afecta a todos sus integrantes, en especial a las mujeres; casi la mitad de ellas han sufrido algún incidente de violencia a lo largo de su última relación conyugal. Al mismo tiempo, la violencia que se ejerce sobre las niñas y los niños, sigue siendo una práctica ampliamente difundida y tolerada en México, lo que es urgente revertir. Ya que se sabe que las mujeres violentadas son generadoras de violencia sobre sus hijos. Villatoro, Quiroz, Gutiérrez, Díaz y Amador (2006) reportan que el 70% de la violencia que sufren las niñas y adolescentes tiene lugar en el entorno familiar, mientras que la UNICEF calcula que 80 mil menores mueren cada año en el mundo víctimas de violencia intrafamiliar.

El *maltrato infantil* es definido como: “Todo acto u omisión encaminado a hacer daño, aun sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor” (Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], 2005). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2002), existen cuatro tipos de maltrato infantil: la negligencia u omisión de cuidados, las agresiones físicas o emocionales, el abandono y el abuso o explotación sexual.

*Consumo de alcohol y sustancias estupefacientes.* El Consejo Nacional para las Adicciones (2008) reporta que el consumo de alcohol se inicia entre los 12 y los 13 años en los jóvenes mexicanos y que el abuso de esta sustancia sigue siendo la principal causa de los accidentes automovilísticos en los que mueren miles de jóvenes por año en nuestro país. El *World Drug Report* (ONU, 2008) señala que cada año, 200 mil personas mueren debido al uso de drogas ilícitas.

Las *Problemáticas de pareja* tales como la falta de acuerdos, mala comunicación y ruptura de los vínculos conyugales requieren de un nuevo acomodamiento de los miembros y de las relaciones. En México el número de divorcios ha ido en aumento. En 1970, había 3.2 divorcios por cada 100 matrimonios, mientras que para el 2007, el número de divorcios había aumentado a 13. Sin embargo, esta cifra solo lista las uniones legales, no tomando en cuenta las uniones conyugales de otro tipo.

Aunado a estas situaciones, existen problemas psicosociales, que han afectado la estructura y dinámica de las familias mexicanas, entre los que destacan los siguientes:

- Las situaciones de pobreza y de bajos recursos emocionales y de red, han permitido que la cantidad de niños que viven en situación de calle vaya en aumento. De acuerdo a los datos ofrecidos por INEGI (2002), en el Distrito Federal existían en ese año, alrededor de 13,373 niños, divididos en 31.5% de mujeres y 68.5% varones. El 77% de estos menores tenían menos de 16 años.

- De acuerdo con los resultados del Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades, se estima que hay 114, 497 menores de 17 años que realizan actividades en las calles, centrales de abastos, terminales de transporte, plazas, panteones, tiraderos de basura y tiendas de autoservicio, el 86% de los menores manifestó aportar parte de sus ingresos para el sostenimiento de la familia (DIF-UNICEF, 1999), esto puede ser debido a la pobreza que prevalece en nuestro país, la cual es al mismo tiempo consecuencia y causa de la situación de pobreza que viven sus familias.

Todos estos cambios han repercutido de manera directa en las familias mexicanas y en las dificultades a las que estas se enfrentan día a día.

### *2.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.*

Existe la necesidad de agrupar a clínicos e investigadores con la finalidad de proporcionar las herramientas necesarias para que las familias puedan beneficiarse de una perspectiva que no sea simplemente económica sino que también solidaria y consciente de su destino, que se avecina difícil, por los quebrantos a los que hacemos referencia.

Gove y Tudor (1973), señalan que el desempeño de los roles laboral y familiar ha sido visto como una fuente de ventaja del hombre sobre la mujer con respecto a la salud mental y como la fuente de una sobrecarga y conflicto para la mujer y un detrimento de la misma. Para otros autores (Long y Porter, 1984) las consecuencias psicológicas de la acumulación de roles dependen tanto del número de roles ocupados, como de la naturaleza particular de cada rol porque los roles difieren en relación al tipo de privilegios y obligaciones asociados.

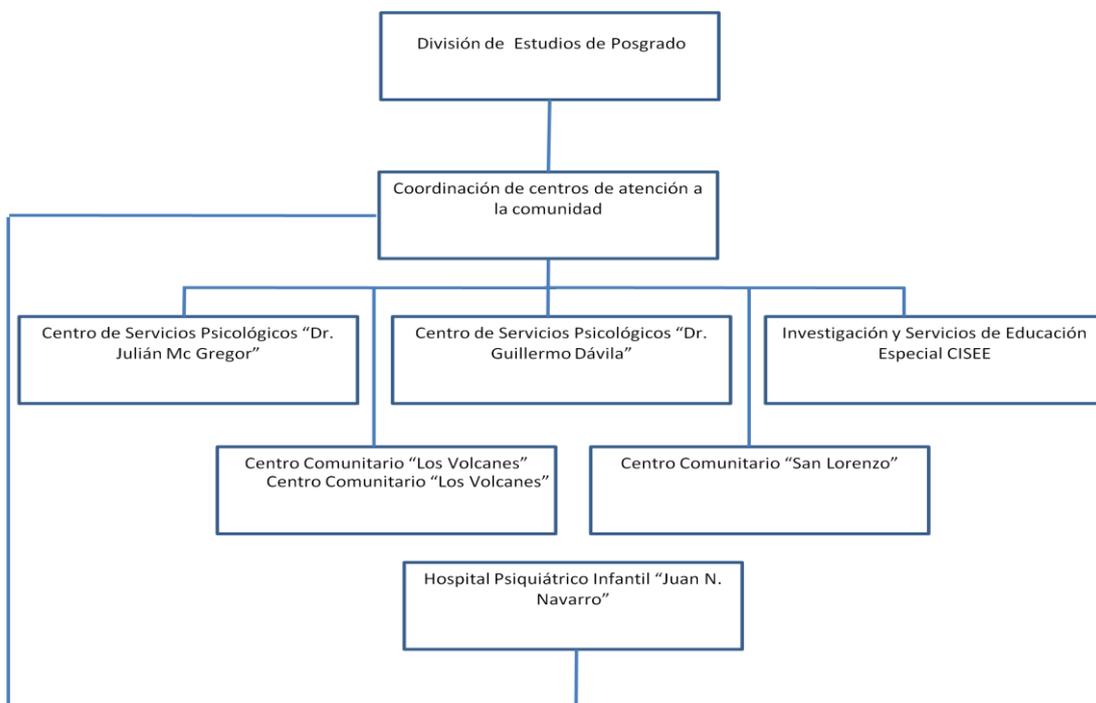
Por otra parte, la consulta clínica familiar es más concurrida por madres que por padres, lo cual es el resultado de la percepción de que ella es la encargada de la familia y por lo tanto, que sus problemas son el resultado de su incompetencia: no es casual que la depresión en las mujeres se asocie a la percepción de su fracaso como madres.

### 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS EN DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO

La Residencia en Terapia Familiar con sede en Ciudad Universitaria tiene una duración de cuatro semestres, siendo el segundo semestre en el que se comienzan a realizar prácticas clínicas con supervisión. Dichas prácticas se llevan a cabo en diferentes escenarios que serán descritos a continuación.

En la figura 1 se muestra de manera general el Organigrama de algunas sedes en dónde realizamos prácticas los integrantes de la Residencia en Terapia Familiar.

Figura 1. Organigrama General de los Centros de atención psicológica de la Facultad de Psicología



Las sedes en las que se proporciona atención psicológica por parte de la Facultad de Psicología se dividen en sedes externas (están fuera de la Facultad) e internas (se encuentran dentro de las instalaciones de la Facultad). Las sedes externas son:

- Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Julian Mc. Gregor"
- Centro de Investigación y Servicios de Educación Especial CISEE
- Centro Comunitario "Los Volcanes"
- Centro Comunitario "San Lorenzo"
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro"

Siendo la única sede ubicada dentro de la Facultad el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Figura 2. Facultad de Psicología, UNAM.



### 3.1. Descripción y análisis de los escenarios

#### 3.1.1. Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”

El Centro fue inaugurado en 1982 por la Dra. Graciela Rodríguez, quién en ese entonces era directora de la Facultad de Psicología. En sus inicios estuvo adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado adquiriendo su autonomía en 1983.

El Centro se encuentra ubicado en el sótano del Edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología (Edificio “D”), con dirección en Av. Universidad 3004, Colonia Copilco Universidad, Delegación Coyoacán , C.P. 04510, Ciudad de México; y cuenta con un horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 19:00 hrs.

Para brindar servicios psicológicos esta sede cuenta con 26 cubículos divididos en dos alas; en el ala izquierda se encuentran 12 cubículos, en dónde se realizan entrevistas individuales y de diagnóstico y en el ala derecha se encuentran 3 cámaras de Gesell (con espejo unidireccional, circuito de televisión cerrado, audio, sonido, sillones y sillas) un cubículo para terapeutas, un cubículo para estudiantes de la residencia de terapia conductual, una oficina de asuntos administrativos, recepción y sala de espera, cocina para el personal que presenta sus servicios en el centro y sanitarios. En el *mezzanine* de este mismo edificio (“D”) se encuentran ubicadas otras 2 cámaras de Gesell con las mismas características que las mencionadas anteriormente. Las dimensiones de las cámaras de Gesell varían y regularmente se encuentra el equipo de observadores y al supervisor de un lado del espejo y del otro el terapeuta a cargo con la o las personas que solicitan el servicio.

Entre los servicios que ofrece esta sede se encuentran: preconsultas y canalización, aplicación de pruebas psicométricas, terapia individual, terapia infantil, terapia para adolescentes, terapia

cognitivo conductual, terapia familiar y de pareja, impartición de diversos talleres a la comunidad (manejo de estrés, taller para padres, autoestima, etc.).

Los *objetivos* del Centro de Servicios psicológicos son:

- Entrenamiento y supervisión a los estudiantes de posgrado.
- Trabajos de investigación en coordinación con el programa de Maestría y Doctorado de Psicología Clínica.
- Proporcionar espacios en dónde se los alumnos puedan tomar cursos y/o talleres para incrementar sus habilidades como terapeutas.
- Elaboración de talleres para las personas que asiste a solicitar los servicios del centro con la finalidad de tener una atención más completa.

La población atendida en esta sede son público en general, personal que labora en la UNAM, estudiantes de la misma, así como derivadas por diversas instituciones como: Hospitales psiquiátricos, Escuelas públicas o privadas, DIF, CENDIS.

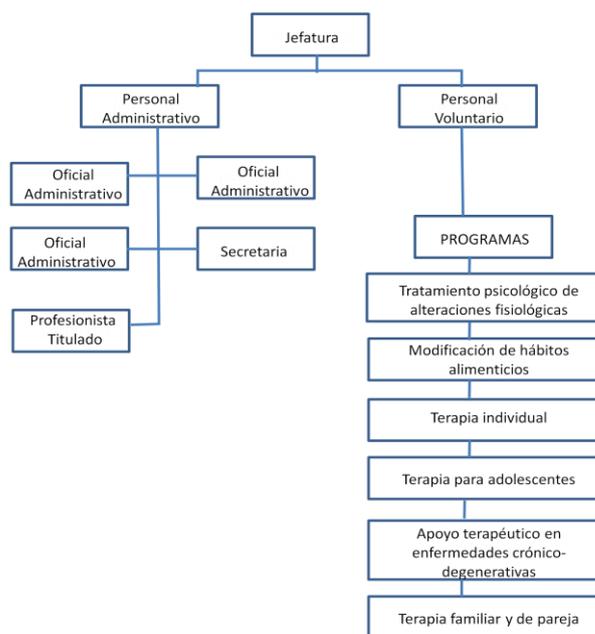
El equipo que conforma este Centro de Servicios está integrado por personal de base del STUNAM que tiene a su cargo diversas funciones administrativas y de mantenimiento. El área académica está integrada por docentes de las diferentes residencias de maestría existentes en la UNAM, así como terapeutas que dan clases a nivel licenciatura. También se cuenta con alumnos de licenciatura que están realizando su servicio social o prácticas profesionales y con terapeutas en formación que se encuentran inscritos en alguna maestría.

Actualmente el Centro se encuentra a cargo de la Mtra. Rebeca Sánchez Monroy quién tiene bajo su cargo a un gran número de docentes y estudiantes de licenciatura, maestría y doctorado encargados de cumplir y desarrollar las diversas actividades y los diferentes servicios con los que cuenta el centro. Ella es la encargada de canalizar las solicitudes que llegan al centro a las residencias que realizan sus prácticas en dicha entidad.

A su vez la Directora del Centro tiene a su mando al personal administrativo, entre las que se encuentran las recepcionistas, quienes son las encargadas de orientar y atender a las personas que acuden a pedir informes y a solicitar apoyo psicológico. Este servicio lo proporcionan tanto vía telefónica como de manera personal; también se encargan de distribuir y canalizar las solicitudes que llegan a preconsulta de igual forma que de elaborar documentos administrativos.

Finalmente los profesores y supervisores se encargan de observar los procesos terapéuticos y el desarrollo de los terapeutas en formación de los diversos programas de maestría existentes en la UNAM, campus CU. El organigrama del centro se puede observar en la figura 3.

Figura 3. Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”



El proceso por el que deben pasar las personas que acuden al Centro a solicitar algún tipo de ayuda psicológica tiene que pasar por el siguiente proceso antes de ser derivados a alguno de los servicios que ofrece el Centro, a continuación se describirá dicho proceso:

El procedimiento inicia con la entrega de solicitudes que se realiza de lunes a viernes de 8:30 a 11:00, en ésta, se le piden al paciente datos generales así como el motivo de consulta y la influencia del problema en diferentes áreas de su vida. A continuación se realiza la preconsulta por alguno de los residentes de las diversas maestrías o por los alumnos que están realizando su servicio social o prácticas profesionales. En la preconsulta se indaga más profundamente sobre la información que la persona vierte en la solicitud, poniendo énfasis en el motivo de consulta, organización familiar e historia del problema.

Posteriormente se realiza una evaluación psicométrica a los usuarios y por último se hace la historia clínica de los mismos, en dónde se obtiene información más detallada de los mismos; de esta forma se va integrando el expediente de los pacientes y una vez que cumplen con estos pasos se canalizan a algún programa de maestría o a alguna otra institución si el caso no puede ser atendido en el Centro. Es importante señalar que en caso de que el servicio sea requerido para un menor de edad se solicita que acuda con el su padre o tutor para poderle brindar dicho servicio en caso contrario no se le proporcionará. Finalmente el tiempo de espera en atender una solicitud puede variar de semanas a meses y en algunas ocasiones la persona ya no acude a terapia debido a la tardanza en atender su requerimiento.

Figura 4. Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”



*3.1.2. Centro Comunitario San Lorenzo perteneciente a la fundación Bringas-Haghenbeck.*

El origen de la Fundación surge de la labor decidida de dos mujeres con gran trayectoria en las causas sociales: Luz Bringas Robles, quién crea en 1935, la Fundación Luz Bringas y Ma. de los Ángeles Haghenbeck de la Lama, quién en 1951 establece la fundación que llevó su nombre. El enfoque visionario de los Patronos de ambas instituciones propició en 1992 la fusión y el surgimiento de la Fundación Bringas-Haghenbeck, I. A. P.

Figura 5. Centro Comunitario “San Lorenzo”



Figura 5-A. Área de Psicología



Dentro de su visión esta el ser una institución social libre, autosuficiente y en constante crecimiento, con estándares de crecimiento tanto a nivel nacional como internacional. Teniendo como objetivo sostener, promover y apoyar el establecimiento en beneficio de niños, jóvenes y adultos con el fin de mejorar su calidad de vida.

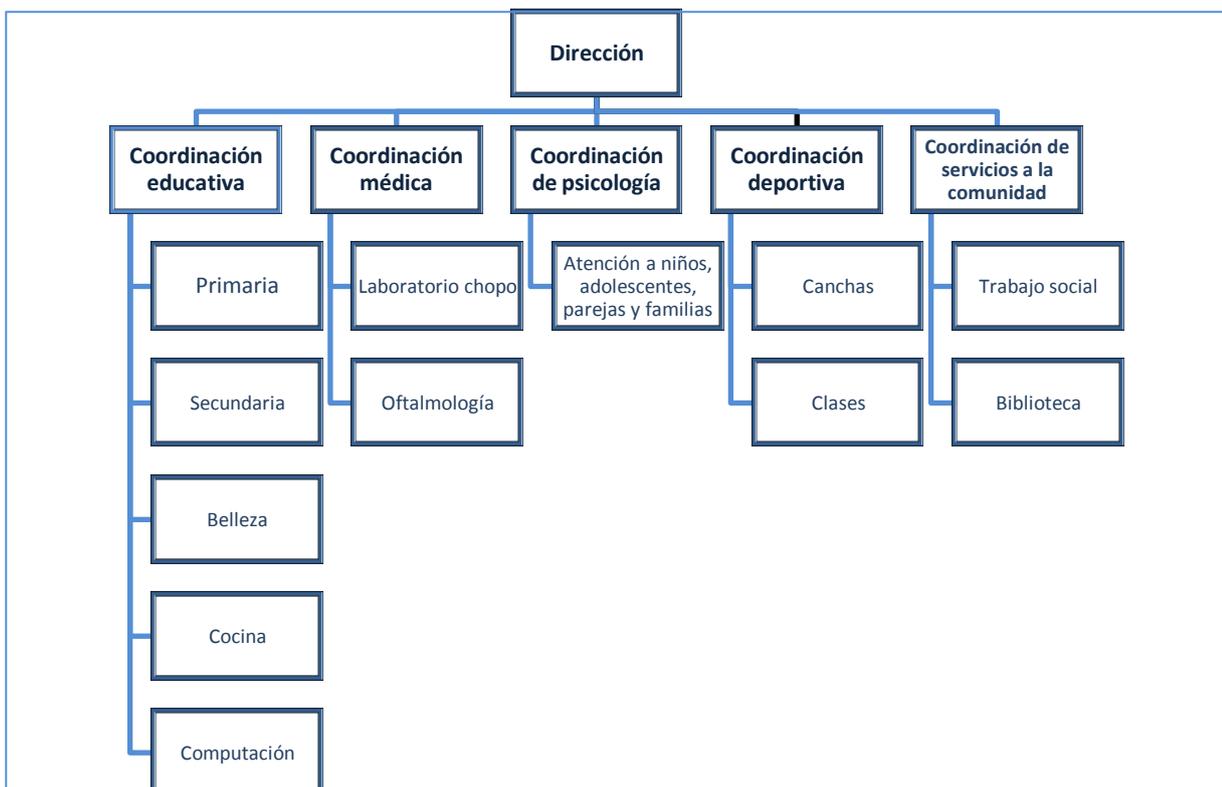
Esta Institución es de asistencia privada y desde hace más de siete décadas, brinda atención a diversos sectores de la sociedad, como son: el educativo, la tercera edad y el desarrollo comunitario.

Como institución benéfica operan gracias al apoyo y colaboración de benefactores del sector privado, público y particulares, quienes aportan donativos en efectivo, especie o su tiempo.

El Centro Comunitario San Lorenzo conforma una de las áreas estratégicas de asistencia de la Fundación Bringas-Haghenbeck. IAP y se encuentra ubicado en Av. San Lorenzo 2171, Col. San Juan Xalpa, Iztapala, C.P.09850, México D.F.

Este Centro se consolida gracias al esfuerzo conjunto de diversos donantes del sector privado, social y público, iniciando actividades en el año 2004. A continuación se presenta el organigrama de este centro (Fig. 6.)

Figura 6. Organigrama del Centro Comunitario “San Lorenzo”



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

Este Centro es fundado en mayo de 1981 con el nombre de “Dr. Oswaldo Robles”, pero debido a que el Dr. Julián Mc Gregor es el que promueve su fundación se le cambia el nombre por el de este último tras su fallecimiento.

Esta sede depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la Facultad de Psicología de la UNAM y se encuentra ubicado en la calle Tecacalco, Mz. 21, Lt. 24 en la Colonia Ruíz Cortinez en la Delegación Coyoacán; cuenta con un horario de atención de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 hrs. Las personas que acuden a este Centro son en su mayoría de las colonias aledañas como, por ejemplo, la colonia Díaz Ordaz, El Reloj, Ajusco, Candelaria, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo y entre las problemáticas más recurrentes en esta población encontramos diferencias familiares y de pareja, problemas de conducta de los hijos, problemas de aprendizaje, problemas escolares, adicciones, depresión, ansiedad, violencia, manejo de las emociones, etc.

Figura 7. Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”



El Centro Comunitario está distribuido de la siguiente forma, en el sótano se ubican 2 cámaras de Gesell, un salón de usos múltiples, sala de lectura y dos cubículos para uso de terapeutas. En la planta baja se encuentra la recepción, los sanitarios para los usuarios del Centro y uno de los accesos al patio. En el primer piso está la sala de cómputo, además de cinco cubículos, la sala de juntas (que cuenta con circuito cerrado dirigido hacia uno de los cubículos, audio y sonido) y la oficina de la persona encargada de Centro. En el tercer piso se encuentra la cocina y los sanitarios para el personal del Centro.

Dentro de los *objetivos* del Centro se encuentran:

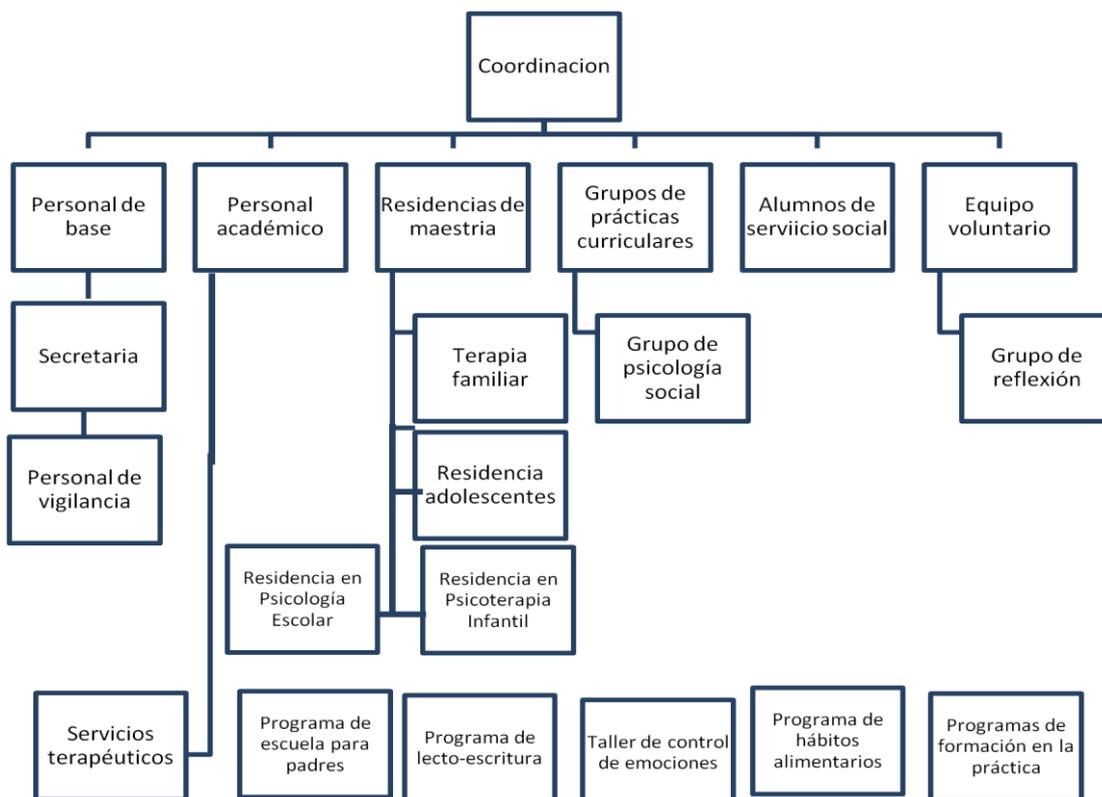
- Brindar diversos servicios psicológicos a la comunidad, de tal manera que se creen programas preventivos y de intervención, considerando las principales problemáticas de la población.

- Incorporar a los estudiantes de la Facultad de Psicología en la práctica profesional del área, de tal forma que puedan desarrollar nuevas habilidades terapéuticas así como fortalecer las ya establecidas; todo esto bajo la supervisión de docentes pertenecientes al área que le competen.

La Dra. Noemí Díaz Marroquín es la encargada de administrar, supervisar, coordinar y dirigir el Centro Comunitario; contando para ello con el apoyo de personal administrativo, de intendencia, de vigilancia, además de contar con personal y alumnado de cada uno de los programas de atención psicológica que se imparten en la UNAM.

Dentro del personal administrativo la secretaria es la encargada de dar información general a las personas que acuden a pedir informes sobre los servicios que ofrece el centro; así como de registrar en la lista de espera a las personas que acuden a solicitar terapia, al igual que a las personas que se inscriben en los cursos y/o talleres que el centro ofrece, esta lista de espera se encuentra a disposición de los terapeutas en formación que acuden al centro ya que ellos la revisan y seleccionan a los pacientes a los que les llamarán para que acudan a terapia con ellos dependiendo del programa en el que se encuentren registrados. La secretaria también es la encargada de elaborar los reportes mensuales de ingresos que derivan de las cuotas de recuperación que se manejan en esta sede por los servicios que se prestan. En la figura 8 se muestra el organigrama del Centro Comunitario Julián Mac Gregor.

Figura 8. Organigrama del Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”



Finalmente es importante señalar que el Centro Comunitario “Dr. Julián Mc Gregor” otorga atención psicológica a través de diversos programas dirigidos a la niñez, adolescencia, adultez y tercera edad, en áreas como adicciones, violencia, atención educativa, salud sexual y reproductiva, relaciones familiares y trastornos de la alimentación, entre otras; todo esto, a nivel preventivo (talleres, conferencias, ciclos de cine debate, platicas informativas, etc.) y de intervención psicoterapéutica (servicios terapéuticos a nivel individual, familiar o grupal con diferentes enfoques psicológicos como el sistémico, el humanista, gestáltico, cognitivo conductual y psicodinámico) .

#### 3.1.4. Centro Comunitario “Los Volcanes”.

El Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (CCAP), fue inaugurado el 26 de noviembre de 2004; como parte de un convenio establecido entre la Facultad de Psicología de la UNAM, y el movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A.C. El Centro se encuentra ubicado en Volcán de Perote, esquina Volcán Fujiyama s/n, Colonia Los Volcanes, Delegación Tlalpan.

Figura 9. Centro comunitario “Los Volcanes”



Al elaborar el plan de trabajo se tomaron en cuenta las funciones que se realizan en la UNAM, como son, la docencia, difusión de la cultura e investigación, así como la necesidad de cubrir los requerimientos de atención clínica psicológica en la población comunitaria que se ubica al Sur del D.F.

Entre el personal que trabaja en este centro se encuentran académicos de la Facultad de Psicología, estudiantes de servicio social, voluntarios e interesados en la práctica clínica comunitaria. Todos participan en la búsqueda de soluciones a diversos problemas de salud mental

que afectan a los habitantes de la comunidad aledaña al Centro “Los Volcanes”, a través de programas de formación de recursos para el trabajo comunitario.

Con la creación de este centro se busca proporcionar atención psicológica con personal preparado para realizar una labor profesional de alto nivel, con la intención de elevar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad que les permita contar con más recursos para prevenir, enfrentar y solucionar necesidades en el campo de la salud mental comunitaria, en los niveles individual, familiar y social.

Dentro de la misión del centro está el ofrecer servicios psicológicos de calidad al alcance de la comunidad en los aspectos de evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con la atención y solución, la educación para la salud y la investigación clínica comunitaria.

El objetivo de esta sede es contribuir a la formación profesional de estudiantes de la carrera de Psicología, mediante su participación en actividades preventivas, de intervención psicoterapéutica y de investigación, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia.

El Centro Comunitario los Volcanes ofrece atención clínica a niños, adolescentes, adultos y desde hace un poco más de seis meses el servicio también se presta a familias; entre los servicios que proporciona se encuentran:

- Evaluación y diagnóstico
- Orientación individual y familiar
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de pareja
- Terapia de niños: juegos, psicoterapia y terapia de integración sensorial
- Psicoterapia Familiar
- Psicoterapia de grupo
- Intervención en crisis

Otros de los servicios que se ofrecen tienen como finalidad la prevención por lo que en el centro se ofrecen diversas conferencias, talleres y asesoría a instituciones.

En la figura 10 se muestra la estructura organizacional del Centro Comunitario Los Volcanes.

Figura 10. Estructura organizacional del Centro Comunitario Los Volcanes



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

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" fue inaugurado el 24 de octubre de 1966. Brindando desde entonces atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral. Ubicado en Av. San Buenaventura No. 86, Col. Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan. El horario de atención es de lunes a viernes de 7:00 a 21:00 hrs.

Figura 11. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”



El Hospital surge de la necesidad de dar al niño con trastornos mentales una atención diferente a la del adulto; es entonces cuando un grupo de médicos encabezados por la Dra. Mathilde Rodríguez Cabo, da inicio a la lucha por la reforma integral del nosocomio, creando un pabellón exclusivamente para niños. Al cierre de "La Castañeda", se separan adultos y niños, construyéndose entonces el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Su primer director fue el Dr. Jorge Velasco Alzaga, distinguido paidopsiquiatra con grandes conocimientos en salud pública. En su inicio tenía una capacidad de 220 camas.

El área de hospitalización en un inicio contaba con cuatro pabellones:

- Pabellón A: que atendía a mujeres con padecimientos mentales crónicos.
- Pabellón B: que atendía a varones con padecimientos psiquiátricos crónicos.
- Pabellón C: que atendía a varones con trastornos mentales agudos.
- Pabellón D: que atendía a mujeres con trastornos mentales agudos.

El pabellón A cambió a Hospital de día y las pacientes con trastornos crónicos fueron trasladadas al pabellón D, junto con las pacientes con padecimientos agudos.

Los pacientes crónicos del pabellón B fueron trasladados en su mayoría a un hospital granja y a un orfanato.

En 1990 aproximadamente, separan a las adolescentes con trastornos mentales agudos, quedando en el pabellón D, conocido ahora como la unidad de adolescentes mujeres.

Mientras que las pacientes mujeres y varones con padecimientos crónicos se ubican en la unidad de cuidados prolongados.

El pabellón C continúa atendiendo a varones con trastornos mentales agudos y a partir de la creación de PAIDEIA, en el año de 1994, se amplió su planta física para operar un programa de atención médica integral para adolescentes con trastornos provocados por el uso de sustancias adictivas, el cual opera hasta la fecha; quedando la unidad de adolescentes varones y PAIDEIA separados físicamente en dos edificios distintos.

La unidad de adolescentes varones funciona como tal a partir de 1992, para la atención de pacientes de sexo masculino menores de 18 años.

El hospital fue diseñado con un área de consulta externa y un área de hospitalización.

En cuanto al área de consulta externa se inició con una consulta general, sin embargo al pasar el tiempo se vio la necesidad de integrar clínicas para trastornos específicos en base a la población que demandaba atención con un alto grado de subespecialización.

### **Consulta Externa:**

Para tener acceso a la consulta externa se requiere 1) la consulta de primera vez y 2) las consultas subsecuentes

*Los requisitos de la Consulta de Primera Vez son:* acudir con un adulto responsable del menor (preferentemente padres o representante legal) y presentar: documento de referencia de alguna institución, copia del acta de nacimiento, copia de la identificación oficial del familiar responsable o representante legal, comprobante de domicilio.

En el caso de que sea *consulta subsecuente:* se requiere contar con un expediente abierto previamente en el Hospital Psiquiátrico.

### **Clínicas de atención que se ofrecen en la consulta externa:**

La consulta externa está constituida por 7 clínicas:

**Clínica del Desarrollo:** se atiende a población menor de 18 años con alteraciones del desarrollo (retraso mental y niños con alto riesgo)

**Clínica de las emociones:** atiende a menores entre los 6 y 12 años, con trastornos del humor como: ansiedad, depresión, fobias o reacciones de adaptación.

**Clínica de los Trastornos de la Conducta:** atiende a menores entre los 6 y 12 años, que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hiperkinéticos, trastornos del comportamiento social y trastorno disocial.

**Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual):** atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemas secundarios al abuso sexual.

**Clínica de Adolescencia:** atiende a menores entre 12 y 17 años, que presentan padecimientos diagnosticados en la adolescencia o en etapas más tempranas como son: trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria.

**Psiquiatría legal:** atiende a menores de edad que son referidos de juzgados para realizar peritajes psicológicos o psiquiátricos.

**Hospital de Día:** atiende a niños con trastornos generalizados del desarrollo, como el autismo.

Por otra parte, los servicios de urgencias y hospitalización prestan sus servicios los 365 días del año durante las 24 hrs. y cuenta con dos unidades especializadas:

**Paidea:** atiende a personas de ambos sexos que presentan problemas de farmacodependencia, con actividades diversas como educación física, terapia ocupacional, además de las que cubre su tratamiento. Esta unidad atiende de las 8 a las 16 hrs. de lunes a viernes.

**Unidad de Adolescentes para varones y mujeres:** se atiende a adolescentes, hombres y mujeres por separado, con trastornos psiquiátricos graves (depresión, psicosis, intentos suicidas y trastornos severos de la conducta) que requieren hospitalización para su manejo.

La asistencia que ofrece el hospital está orientada a tratar los problemas de salud mental que presentan niños y adolescentes, esto desde un modelo multidisciplinario que toma en cuenta la edad, sexo y el padecimiento del paciente, para este fin cuenta con cinco áreas que mencionaré a continuación:

- Hospitalización continúa
- Hospitalización parcial
- Consulta externa
- Psiquiatría comunitaria (ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital).
- Enseñanza (realiza actividades de investigación y apoya la formación profesional del personal perteneciente al área de la salud).

El hospital ofrece una atención en dos modalidades:

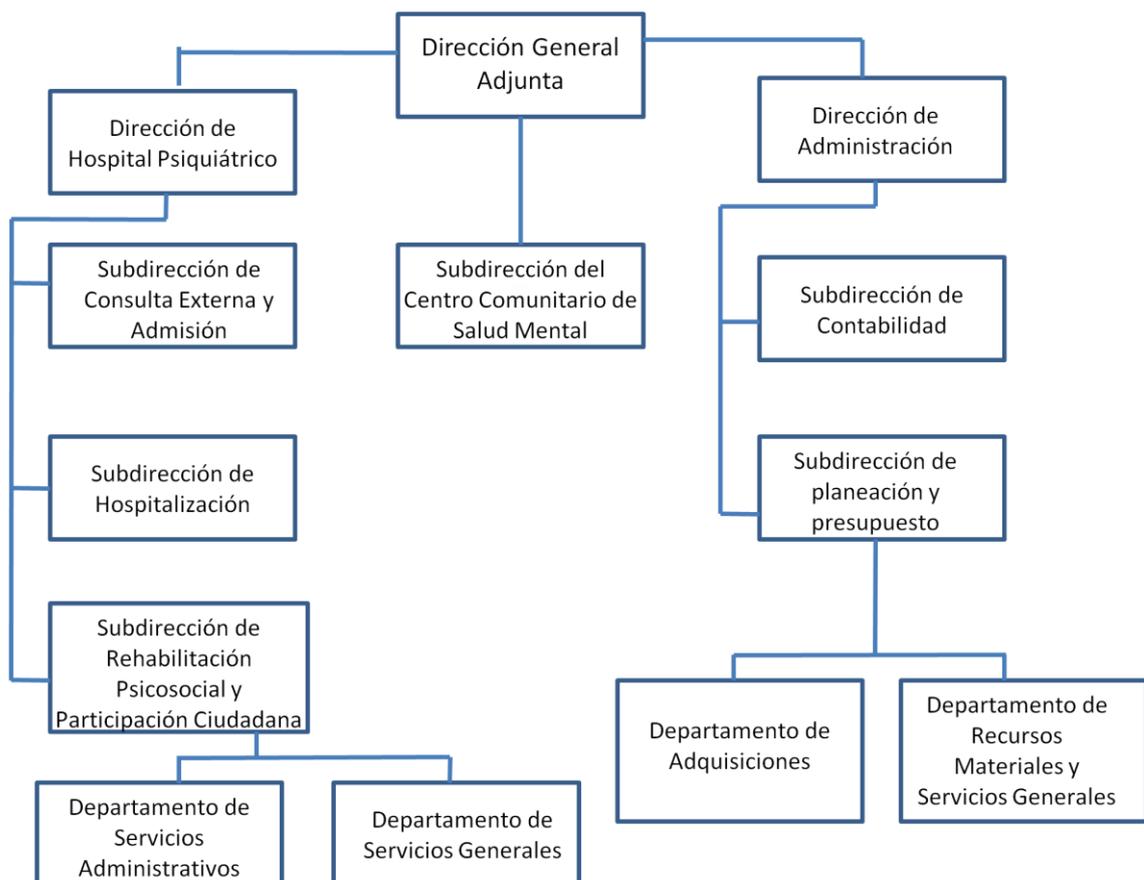
1. Consulta no urgente (abarca problemas de aprendizaje escolar, problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y otros, problemas del comportamiento o emocionales de larga duración).
2. Atención urgente (en este caso el servicio se da a personas que presenten conducta agresiva incontrolable, intento de suicidio reciente, crisis de angustia, intoxicación actual por drogas o medicamentos, inquietud y agresividad incontrolable, fallas graves de conducta que no puedan ser controladas por la familia).

El servicio que ofrece el Hospital es multidisciplinario ya que incluye diversos servicios como el de Paidopsiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Servicios Médicos, terapéuticos y de rehabilitación. Siendo el paidopsiquiatra el especialista que tiene el primer contacto con el paciente y/o sus familiares, el a su vez coordina el equipo y es el responsable de la atención integral del usuario. Estos equipos realizan las siguientes actividades:

- Psicología: se encarga de realizar psicodiagnósticos, psicoterapia individual o grupal, proporciona pláticas de información y orientación a familiares de los consultantes.
- Enfermería: cubrir las necesidades que se originan de la atención a los pacientes con problemas de salud mental que acuden al Hospital.
- Trabajo Social: esta área se orienta a la prevención, al fomento de la salud y a la rehabilitación de los usuarios del Hospital.
- Rehabilitación Psicosocial: su principal función consiste en lograr la reintegración a la vida cotidiana de los usuarios del servicio, así como obtener un ambiente de vida satisfactorio, esto se logra gracias al trabajo en equipo de especialistas en diferentes áreas como: educación especial, análisis conductual aplicado, psicomotricidad, terapia familiar, terapia de pareja, psicomotricidad, psicopedagogía, terapia ambiental.

En la figura 12 se puede apreciar el organigrama del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

Figura 12. Organigrama Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro



### 3.2. *Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.*

El trabajo realizado en los diferentes centros incluyó diversas modalidades. En el Centro Comunitario “Guillermo Dávila” y en el “Julián Mac Gregor” se contaba con un equipo de atención de 10 psicólogos inscritos en la Maestría de Terapia Familiar y un supervisor. El papel que desempeñaban los miembros del equipo variaba, en algunas ocasiones se trabajó en co-terapia, en otras con un solo terapeuta al frente y el resto del equipo y el supervisor del otro lado del espejo. De acuerdo al modelo que estuviésemos revisando y considerando las necesidades del sistema, los miembros del equipo entraban a dar mensajes a los consultantes durante la sesión y en las supervisiones con modelos posmodernos trabajábamos con equipo reflexivo.

La forma de trabajo durante las sesiones terapéuticas, en su mayoría, se dividían en diversas etapas que abarcaban la pre-sesión, sesión, intercesión y post sesión. En la pre-sesión se discutía y analizaba con el equipo terapéutico aspectos teóricos-metodológicos del caso, así como los objetivos del mismo y se planeaban intervenciones a realizar en esa sesión o en las siguientes. Respecto a las actividades que realizaban los supervisores se encontraban el estar enfocados en la atención de las familias en el centro y en la formación de terapeutas de los alumnos a su cargo; lo cual conseguían a través de la evaluación de las problemáticas, propiciando espacios de reflexión y aprendizaje para los alumnos, diseñando intervenciones en forma conjunta, entre otras.

Por otro lado en el Centro Comunitario “San Lorenzo” se trabajó de diferentes formas, una de ellas fue dividir al equipo de diez en dos equipos con cinco miembros cada uno y se trabajó en la modalidad de co-terapia y los otros tres miembros del equipo permanecía en la misma aula, posteriormente se hacía una pausa para comentar el caso entre todos y al concluir la terapia se hacía la post-sesión. Después esta modalidad cambio y algunos casos se trabajaron de manera individual y otros en equipo; haciendo las supervisiones narradas.

En el psiquiátrico se trabajó en dos áreas, consulta externa y Paidea algunos casos se trabajan en co-terapia y otros de manera individual, en estas sedes no hay supervisiones como tal, solo se comentan los casos con las supervisoras si se tienen dudas al respecto, pero la mayoría de los casos eran revisados por supervisores de la Facultad.

Es importante señalar que independientemente de la sede en la que se estuviera trabajando y de las intervenciones que se aplicaran en cada sesión (dependiendo del modelo que guiaba la supervisión), durante la primera sesión se realizaba un encuadre en el que se consideraba la frecuencia de las sesiones, la presencia y participación del sistema terapéutico, incluyendo equipo y supervisor, la grabación de las sesiones, costos de las mismas, así como las asistencia y las faltas.

Finalmente quiero añadir que desde mi punto de vista la práctica es fundamental en la formación del terapeuta ya que le va dando la experiencia necesaria, así como la pauta para la interacción del sistema terapéutico, de ahí la importancia de las sedes en la que los estudiantes en entrenamiento practican para convertirse en todos unos profesionales en el arte de dar terapia.



# CAPÍTULO II

## MARCO TEÓRICO

---

*"Todas las cosas por fuerza inmortal, ocultamente, están ligadas una a otra, tanto, que uno no puede tocar ni una flor sin perturbar a una estrella".*

**Proverbio Azteca**

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

#### 1.1. *Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.*

De acuerdo con Keeney (1994) la *epistemología* es un conjunto de reglas que gobiernan el funcionamiento de la cognición humana, de tal manera que ésta nos provee de un marco de interpretación de la realidad que nos dice qué elementos la componen y nos guía hacia los procesos necesarios para conocerla; de tal forma que es de suma importancia conocer la epistemología de la Terapia Familiar Sistémica, dadas las implicaciones éticas del trabajo con familias, ya que como menciona Limón (2005) los terapeutas familiares realizan una actividad que además de tener congruencia lógica con determinados tipos de pensamiento, conlleva normas sociales y valores.

Es por esto que en este capítulo abordaré el marco conceptual en el cual se origina y basa la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, ya que el entender de dónde viene y cómo se rige nos ayudará a comprender de una mejor manera su funcionamiento y aplicación en los procesos terapéuticos.

Todo inició hacia finales de los años 40's, debido a que el contexto intelectual de esa época favoreció el desarrollo, la interacción e integración de los conocimientos provenientes de las ciencias "duras" (ingeniería, física, matemáticas, cibernética) y "blandas" (ciencias del comportamiento y sociales), esta situación generó explicaciones más integrales que llevaron a una teoría de la totalidad y la organización, de tal forma que la Terapia Familiar adoptó la Teoría General de Sistemas y a la Cibernética como nuevas teorías que explican el funcionamiento familiar (Bertalanffy, 1991).

Posteriormente, entre 1946 y 1953 se llevaron a cabo las conferencias Macy auspiciadas por la Fundación Josiah Macy Jr. en estas conferencias se generaron algunos de los giros epistemológicos más importantes tanto en las ciencias clásicas como en las ciencias del comportamiento (Vargas, 2004, en Eguiluz).

A continuación revisare las teorías que son la base fundamental de la Terapia Familiar Sistémica, entre las que se encuentran la Teoría General de los Sistemas, Teoría del doble vínculo de Bateson, La teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética de primer y segundo orden.

## 1.2. Teoría General de los Sistemas

La teoría general de los sistemas (TGS) es el principal sustento teórico de la Terapia Familiar Sistémica y fue elaborada por el biólogo austriaco Ludwig von Bertalanffy (1991) a mediados del siglo XX como un nuevo esfuerzo en la búsqueda de conceptos y leyes válidos para la descripción e interpretación de toda clase de sistemas reales o físicos. Las disciplinas que proporcionaron marcos conceptuales favorables para la TGS son:

- *Cibernética*: se basaba en el principio de retroalimentación (líneas causales circulares), proporcionando elementos que explican la persecución de metas y el autocomportamiento controlado.
- *Teoría de la Información*: conceptúa a la información como una magnitud medible mediante una expresión isomorfa de la entropía negativa en física y desarrolla los principios de su transmisión.
- *Teoría de los juegos*: a través de conceptos matemáticos explica la competencia racional entre dos o más antagonistas en pos de la ganancia máxima y pérdida mínima.
- *Teoría de la Decisión*: analiza las elecciones relacionales dentro de las organizaciones humanas, basadas en una situación dada y sus posibles consecuencias.
- *Matemáticas Relacionales*: incluye campos no métricos tales como las teorías de las redes y de las gráficas.
- *Análisis Factorial*: análisis matemático de factores en fenómenos multivariantes.

Hay que considerar que a pesar de que la TGS surge de ciencias clásicas, su marco de aplicación incluye a las ciencias humanas como la biología, las ciencias del comportamiento y las ciencias sociales; lo cual implica nuevas categorías de pensamiento científico. Esta teoría integra y unifica los diferentes enfoques hacia una teoría de la totalidad y organización.

De acuerdo con Bertalanffy (1991) la TGS busca entre otras cosas: a) Describir rasgos esenciales de sistemas reales que son muy diferentes entre sí, tratando de utilizar términos y conceptos similares; así como encontrar leyes generales aplicables a la comprensión de su dinámica; b) Favorecer las descripciones de la realidad; posteriormente a partir de ésta tener una mejor comprensión de la

misma; c) Facilitar el desarrollo teórico en campos en los que es difícil la abstracción del objeto, por su carácter único.

Para entender la Teoría General de los Sistemas es necesario conocer diferentes conceptos, principalmente los que se utilizan al hablar de un sistema; Bertalanffy (1991) define a un *sistema* como un conjunto de elementos que interactúan constantemente y al generarse un cambio en alguno de estos elementos se producirá otro en todos los demás. Es importante tener en cuenta que en todos los sistemas existen procesos de retroalimentación, ya sea con el medio circundante (sistemas abiertos, como los sociales) o con él mismo (sistemas cerrados, como las máquinas).

Respecto a los sistemas Bertalanffy menciona que los sistemas *abiertos* y *cerrados* poseen diferentes características siendo la más importante la comunicación. En el caso de los *sistemas cerrados* no hay intercambio de información entre estos y su medio, y están sujetos a la segunda ley de la termodinámica, que dice que los sistemas acumulan *entropía* (proceso que lleva a la desorganización). Por el contrario en los *sistemas abiertos* si hay intercambio de información con su entorno, hacen transacciones, envían y reciben mensajes, por lo que el tipo de información que reciben es *negantropía* (lleva a niveles superiores de organización). Los sistemas sociales son abiertos, lo que les permite no deteriorarse, sino desarrollarse y se vuelven más complejos (Molina, 2001).

A continuación mencionaré las características de los *sistemas abiertos*: a) son *totalidades*, en donde el sistema es tanto la suma de las partes, como las interacciones que se establecen entre ellas; b) están *orientados hacia un objetivo* como podrían ser la supervivencia y el estatus; c) tienen *equifinalidad*, es decir, que dependiendo de las interacciones dinámicas, los sistemas abiertos pueden alcanzar el mismo estado final desde sus inicios y caminos diferentes; d) son *recursivos* o vinculados verticalmente con sistemas más sencillos o complejos; e) están *equilibrados* entre el cambio y no cambio con la finalidad de que el sistema sobreviva, por lo cual el proceso de retroalimentación debe mantener un equilibrio entre *homeostasis* (constancia) y *morfogénesis* (modificación) (Keeney, 1994).

De acuerdo con Bertalanffy todo organismo es un sistema en el cual existen interacciones recíprocas. De hecho para Andolfi (1997) la familia es un sistema abierto formado por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí, así como en constante intercambio en el exterior.

La Teoría General de los Sistemas sustenta los siguientes principios básicos de la terapia familiar sistémica (Sánchez y Gutiérrez, 2000):

1. Todo sistema familiar es una unidad organizada en reglas propias, dónde el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada, sino en su interacción con el sistema.
2. La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas delimitados por jerarquías que a su vez son delimitadas por los límites.
3. Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, la familia se ve como un sistema de retroalimentación.
4. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, pero los sistemas y las familias rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción o la entropía, sino que estos cambios pueden darse por el principio de crecimiento o morfogénesis.
5. La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos.

Para poder entender los problemas a las que se enfrentaban las familias desde este marco conceptual es necesario ver al problema como parte del sistema, convirtiéndolo en uno de sus elementos y con una función dentro del mismo, de tal manera que interactuaría con todos los miembros del sistema. Este enfoque contribuyó a ver desde otra óptica al “paciente identificado” ya que se llegó a la conclusión de que en realidad el problema era mantenido a través de las interacciones que se daban entre todos los integrantes del sistema familiar (Laing y Esterson, 1967).

El objetivo de la terapia familiar sistémica es transformar a la familia como ecosistema y no producir un cambio lineal dentro del sistema familiar (Fishman y Rosman, 1990).

### 1.2.1. Bateson y sus aportaciones

Uno de los principales precursores de la aplicación de la TGS al estudio de la familia fue Bateson. Él introdujo el concepto de *la pauta que conecta*, el cual hace referencia a un pensamiento de tipo circular caracterizado por la retroalimentación, la cual constituye su eje (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

Bateson fue uno de los primeros en reconocer que los principios cibernéticos y de la TGS podían ser aplicados al campo de la comunicación humana, e incluso al campo de la psicopatología, y fue el primero en reconocer que la familia era similar a un sistema cibernético (Hoffman, 1981).

De acuerdo con Bateson los sistemas familiares siempre van a tener una lista circular de soluciones alternativas, manteniendo así cierta estabilidad aún con la presencia de sintomatología (Hoffman, 1981). Él consideraba que los procesos y estructuras que se encuentran en los seres humanos, están

también en la naturaleza, y que la forma de organizar las relaciones entre los dos era a través de historias (Becvar y Becvar, 2006).

Para 1952, la Fundación Rockefeller patrocinó a Bateson para que dirigiera un proyecto en el rol de las paradojas en la comunicación; el proyecto se desarrolló en Palo Alto, California, en las instalaciones del Hospital de Veteranos y los miembros del equipo fueron Jay Haley, William Fry y John Weakland (Bateson, 1991), a los que pronto se unió Don D. Jackson (Becvar y Becvar, 2006).

Bateson y su grupo, en Palo Alto, estudiaban los diferentes estilos comunicacionales de los pacientes esquizofrénicos. Uno de sus mayores intereses de este grupo eran las pautas de la transacción esquizofrénica (Hoffman, 1981).

En el artículo publicado en 1956 por Bateson, Jackson, Haley y Weakland que se titulaba “Hacia una teoría de la esquizofrenia” introducen el concepto del doble vínculo que se entiende como *“una comunicación a muchos niveles en que una demanda manifiesta en un nivel, era solapadamente anulada o contradicha en otro nivel”* (Hoffman, 1981, p. 29). En este artículo presentan las seis condiciones para que aparezca una situación de doble vínculo, el contexto que puede facilitarla, los efectos y finalmente las implicaciones terapéuticas de la hipótesis; a continuación mencionaré estas condiciones:

1. Dos o más personas, de las cuáles, uno es designado la víctima y la otra coaccionante.
2. Una experiencia repetitiva, el doble vínculo se debe de presentar en forma continua y repetida en las interacciones cotidianas de la persona.
3. Una orden negativa primaria. Esta orden se genera dentro de un contexto que busca evitar el castigo en lugar de buscar alguna gratificación.
4. Una orden secundaria que entra en conflicto con el anterior, en un nivel abstracto. Esta segunda orden a menudo es transmitida por medios no verbales y es difícil distinguirla de forma precisa porque puede estar relacionada con cualquier elemento de la primera orden.
5. Una orden negativa terciaria que impide que la víctima escape de la situación. La situación por lo general se presenta en la infancia lo que hace imposible la escapatoria.
6. Finalmente, todos estos ingredientes dejan de ser necesarios cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo con patrones doble-vinculares.

Como respuesta a la situación de doble vínculo, el desplazamiento hacia un enunciado metafórico brinda seguridad. Sin embargo también impide que la persona (en este caso se habla de paciente esquizofrénico) haga la acusación que desea formular. En lugar de hacer entender la acusación

indicando que su relato no es otra cosa que una metáfora, el paciente esquizofrénico trata de hacer entender que su relato es una metáfora acentuando su carácter fantástico.

Si una persona ha pasado su vida dentro de una relación de doble vínculo, su forma de relacionarse con los demás después de un episodio psicótico se ajustará a un patrón sistemático (Bateson, 1991).

Después de haber escrito el artículo, Bateson se alejó de la investigación con el grupo de Palo Alto, para dedicarse a la investigación de la comunicación en los pulpos (Bateson, 1991). Sin embargo, su legado para el campo de la Terapia Familiar Sistémica, tiene un gran valor, y es considerado como la base epistemológica en la que los terapeutas familiares basamos mucho de nuestro trabajo.

Lo que seguiría a este primer momento de la investigación de los sistemas familiares, representaría el inicio y el fuerte establecimiento de la Terapia Familiar Sistémica como un nuevo paradigma en la atención psicológica.

### 1.3. *La Teoría de la Comunicación Humana*

En 1959 abre su puertas en Palo Alto, California el *Mental Research Institute* (MRI) con el fin de continuar la investigación en la Terapia Familiar (Sánchez y Gutiérrez, 2000). En el inicio, el MRI fue precedido por Don D. Jackson, quién invitó a Virginia Satir, Jules Riskin, Paul Watzlawick, y John Weakland, entre otros, a trabajar con él. A pesar de que continuaban su trabajo con esquizofrénicos y sus familias, el Instituto expandió sus horizontes a otro tipo de problemáticas como las escolares, la violencia juvenil, desordenes psicosomáticos, etc. (Becvar y Becvar, 2006).

Fue en el MRI en dónde Don D. Jackson, Janet Beavin y Paul Watzlawick comenzaron a trabajar en una Teoría de la Comunicación (inspirados en las investigaciones realizadas por Bateson). De tal manera que al trabajar con las familias analizaban el sistema, aplicaban conceptos de la cibernética e investigaban los procesos de comunicación (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Bateson abrió las puertas a un nuevo campo de investigación al proponer que dentro de la educación científica se abordaran las pautas que conectan a todo el conocimiento científico, en lugar de fragmentarlo, de esta forma es como se comienza a prestar atención a las pautas que conectan las interacciones de los miembros de las familias. Bateson (1993) señala que al final todo es como una telaraña que al mover un hilo hace que se muevan todos los demás.

Hoffman (1981) describe una de las técnicas que Jackson y el grupo de MRI realizaban para estudiar la comunicación humana: uno de los investigadores ponía una grabación de la entrevista a una

familia y los demás del grupo trataban de adivinar qué tipo de patología existía de acuerdo a la interacción familiar. Estos procesos se analizaban a través de tres conceptos de la gramática:

- Sintaxis: forma en la que se transmite la información; es decir, orden de la información.
- Semántica: relacionada con el significado de lo que se dice.
- Pragmática: efectos de la comunicación sobre la conducta. Considerando dentro de la comunicación no solo aspectos verbales, sino aspectos no verbales y el lenguaje corporal.

Finalmente la Teoría de la Comunicación Humana es publicada en 1967 por Don D. Jackson, Janet Beavin y Paul Watzlawick y en ésta plantean que el ser humano está envuelto en un proceso de aprendizaje desde su nacimiento, lo que le permite organizar la información que proviene de su medio, enseñándole lenguajes y reglas acerca de los mismos. Las reglas organizan las conductas mediante pautas de información compleja, precisa y totalmente fuera del nivel de percepción, salvo cuando las reglas son violadas (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) exponen cuatro axiomas para explicar cómo se da el proceso de organización de la información y las interacciones en la comunicación. En la tabla 1 se explican dichos axiomas.

Tabla 1. Axiomas de la comunicación

Axioma	Descripción
1. Es imposible no comunicar	Toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje (es comunicación). La actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre un valor de mensaje.
2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional	Al comunicarse, no solo se transmite información, sino que también se imponen conductas. Estas dos operaciones se conocen como aspectos "referenciales y conativos". El aspecto <i>referencial</i> transmite información y es sinónimo de contenido (transmite los "datos" de la comunicación). El aspecto <i>conativo</i> se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es y, por ende, a la relación entre los comunicantes (cómo debe entenderse dicha comunicación).
3. Puntuación de la secuencia de los hechos	Se refiere al intercambio de mensajes entre comunicantes. En una secuencia prolongada de intercambios, uno de los organismos participantes o el otro tiene iniciativa, predominio, dependencia. La puntuación organiza los hechos de la conducta y resulta vital para entender las operaciones que ocurren.
4. Comunicación digital y analógica	El lenguaje digital se refiere al lenguaje verbal y cuenta con una sintaxis lógica, pero carece de semántica. El

	lenguaje analógico se refiere al lenguaje no verbal y posee la sintaxis pero no una semántica adecuada.
5. Interacción simétrica y complementaria*	<p>Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o la diferencia.</p> <p>*Haley (1989) agrega un elemento que llama la metacomplementariedad, que es un modo de ponerse en una posición jerárquica inferior voluntariamente, con el fin de controlar los actos o decisiones de la otra persona.</p>

Estos axiomas buscan explicar la importancia pragmática de la comunicación en la conducta. Todos se encuentran interconectados y sirven para explicarse entre sí mismos (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991). Con esto se muestra el cambio de paradigma de lo lineal a lo interrelacional

Es importante destacar que para los miembros fundadores del MRI, lo más importante sobre la pragmática de la comunicación humana, era saber que “las familias debían trabajar en resolver sus problemas por medio de discusiones bien argumentadas en las que los miembros procurasen mantener un balance entre la autonomía y la dependencia hacia los demás” (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

#### 1.4. La Cibernética

La palabra cibernética tiene diferentes definiciones y una de ellas la describe como la ciencia de la comunicación y el control en el ser humano, en los animales o en las máquinas (Keeney 1994). En 1972 Bateson la define como la nueva ciencia de la forma y patrones de organización (Sluzki, 1985). Por otro lado Wiener (en Eguiluz 2004, p.120) la describe como “la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes”.

La teoría de la cibernética surge después de la Segunda Guerra Mundial (Bertalanffy, 1991), al comenzar a ver las similitudes entre el hombre y las máquinas. Entre tales similitudes se encontró, que los sistemas de comunicación para el control de los disipadores y la transmisión de mensajes en las máquinas era muy similar al de los procesos biológicos y sociales, ya que toman en cuenta mecanismos que permiten la autorregulación, el intercambio de información y la corrección de errores (Eguiluz, 2004).

El interés de la Terapia Familiar por la Cibernética se originó en el *Mental Research Institute* de Palo Alto, California, a través de los estudios de Bateson, Jackson, Haley y Weakland con pacientes

esquizofrénicos y sus familias. Estos autores optaron por ver a la familia como un sistema autónomo que contaba con mecanismos de retroalimentación, dedicados a la corrección de errores y activados a través de cambios en el sistema. Como se mencionó anteriormente esto implicó que el síntoma dejara de verse como un problema individual, y comenzará a verse como una señal de dificultades que experimentaba la familia y que le impedía evolucionar hacia una mayor complejidad, pero que a la vez le permitía mantenerse (Anderson, 1997).

La idea básica de la cibernética es la de “retroalimentación”, que Weiner (en Keeney, 1994) definió como “un método para controlar un sistema reintroduciéndoles los resultados de su desempeño en el pasado. Si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje” (en Keeney, 1994, p.83).

Desde el punto de vista de la cibernética un sistema es un conjunto de elementos cualitativamente diferentes a la suma de sus componentes y se comportan de un modo distinto a la forma que guardan los elementos; tienen la particularidad de ser auto-organizativos, debido a que todos sus elementos constitutivos se hayan vinculados entre sí. De acuerdo con Keeney (1994) existen dos reglas para comprender un sistema cibernético:

1. Debe percibirse la organización recursiva; es decir, las partes de una conducta sintomática han de insertarse en una secuencia recursiva de conductas.
2. Debe poseer una estructura de retroalimentación, es decir, su proceso recursivo debe incorporar la autocorrección.

Considerando lo anterior, la cibernética señala que debemos ver los sucesos organizados por un proceso de retroalimentación recursiva (cuando un proceso vuelve sobre sí mismo, cuando se envuelve, hablamos de recursión. Cada vuelta recursiva implica un diferente comienzo (Keeney, 1994). De esta forma se sugiere que todas las ideas, experiencias y los sucesos sociales hacen algo más que ocurrir en forma casual y que por lo tanto toda interpretación está construida en base a la experiencia, por lo que es distinto en todos; es por eso que no hay nadie que conozca la realidad totalmente. Esta es una visión totalizadora ya que toma en cuenta la organización circular o recursiva de los sucesos.

Se considera que el acto básico de la epistemología es la creación de una diferencia, pero para poder encontrar una diferencia primero es necesario encontrar las distinciones para poder ver que es lo que los conecta entre sí y poder hacer diferencias (Bateson, 1993). Cuando logremos diferenciar una pauta de otra, seremos capaces de conocer nuestro mundo; sin embargo no se debe perder de vista

que el que hace las distinciones a fin de cuentas es el observador, primero hace distinciones para sí mismo con la finalidad de describir lo que está percibiendo y en el momento en el que lo comunica va cambiando, a veces lo que se dice no es igual a lo que se percibe; por lo que cada uno va dando su interpretación de lo que percibe.

La cibernética contempla tanto la existencia del mundo material (por ejemplo cambio de casa, cambio de escuela o lugar de trabajo, cambio de pareja, nacimiento de un nuevo hijo, síntomas psiquiátricos, etc.), como el mundo de la pauta de lo material o su organización (por ejemplo, huida ante las dificultades, generación de un distractor que permita ignorar las dificultades. De esta forma se relacionan pauta y materia y son vistas como totalidades, no como entidades separadas, de tal manera que se puede entender el mundo de lo material conductual, sólo a partir de relacionar entre sí diferentes expresiones, y está conexión es la pauta del sistema (Keeney, 1994; Bateson, 1993).

La cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en dos fases: Cibernética de Primer Orden y Cibernética de Segundo Orden, a continuación describiré en qué consisten.

#### *1.4.1. La cibernética de primer orden*

La cibernética de primer orden aparece como un esfuerzo por establecer los principios generales de regulación de sistemas de todo tipo y se base en la física. Los trabajos más destacados de está fueron elaborados por Norbert Wiener (1948), quién se centró en los procesos de retroalimentación (*feedback negativo*) y quién postuló que los sistemas funcionan de tal manera que su finalidad es mantener la homeostasis y la negentropía en dónde nace el caos y la reestructuración el sistema.

En está Cibernética de primer orden (de los sistemas observados) el sistema observado está separado del observador. Los sistemas mantiene su organización por retroalimentación negativa o morfóstasis, donde el cambio sólo es para mantener el sistema de igual forma. En la segunda etapa de primer orden los sistemas cambian su organización por retroalimentación positiva (morfogénesis) en los procesos de desviación y ampliación (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

#### *1.4.2. La Cibernética de Segundo Orden*

La cibernética de segundo orden o cibernética de la cibernética nace unos treinta años después de la cibernética de primer orden, a principios de 1970. Está estudia ya no solo el sistema o concepto cibernético, sino también al observador, como parte del sistema mismo.

En la Cibernética de segundo orden (de los sistemas observantes) el observador es parte de la realidad observada de tal forma que el terapeuta trata de introducirse de forma sutil al mundo de la familia, considerando sus cambios como el resultado de sus propios logros y esfuerzo (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La cibernética social, señala Von Foerster (1991), debiera ser una cibernética de segundo orden, una cibernética de la cibernética, de modo tal que, el observador que entra en el sistema pueda estipular su propio propósito: él es autónomo. Finalmente, si no se reconoce la autonomía de cada uno de los miembros de este sistema, advierte el peligro que la sociedad se puede transformar en una sociedad que procura honrar las realizaciones y olvidarse de sus responsabilidades.

Keeney (1994) señala que la cibernética de segundo orden, sitúa al observador en el seno de lo observado y toda descripción es autorreferencial. Se considera al observador parte de la realidad observada. La cibernética involucra la ecología del transmisor y del receptor.

### *1.5. Constructivismo*

La epistemología constructivista se basa en la afirmación de que las personas operan de acuerdo con una representación, o un mapa que construyen de la realidad (Feixas y Villegas, 2000) y tiene sus raíces en la tradición filosófica y psicológica, que presta atención al papel activo de la mente humana a la hora de organizar y crear significado. Su principal exponente es Kenneth Gergen (Lyddon en Neimeyer, 1998).

Durante la segunda mitad de los años 70's y primera de los 80's, las ideas del constructivismo comienzan a ganar terreno dentro de la terapia familiar. Esta corriente rechaza la idea de que el conocimiento refleja el mundo real, pues debido a las limitaciones del sistema nervioso, hay ciertos estímulos que son imperceptibles para el ser humano; en su lugar propone la idea de una realidad cognoscible o accesible (Limón, 2005). La realidad cognoscible es aquella que surge de los "mapas mentales" (analogía tomada de Alfred Korzybski "el mapa no es el territorio") que el sujeto va desarrollando a través de sus manipulaciones (a nivel individual) del ambiente que obedece a principios evolutivos de selección.

De acuerdo con Feixas y Villegas (2000), la terapia constructivista agrupa a terapeutas sistémicos como: Hoffma, Dell Tom, otros se inspiran por epistemólogos constructivistas más radicales como: Maturana, Varela y Von Foerster. Por otro lado Minuchin y Sluzki derivan su postura constructivista de su práctica clínica y de una reconceptualización de la misma, siendo más influidos por estos epistemólogos.

Limón (2005) propone que el constructivismo se retomó como analogía para las estructuras sistémicas convirtiendo a estos mapas mentales en mapas compartidos por las familias que, junto con la estructura familiar, validan su organización, argumentando que todo cambio en la estructura familiar modificaría su visión del mundo y este a su vez generaría un cambio en su estructura.

El construccionismo social busca dilucidar los procesos mediante los cuales las personas consiguen describir, explicar o dar cuenta del mundo en que viven. La tendencia socioconstruccionista afirma que la mente no refleja el mundo o la realidad. Lo que conocemos como realidad no es más que un conjunto de convenciones culturales históricamente situadas y medidas a través del lenguaje; por lo tanto el significado de las palabras no deriva de los procesos que supuestamente representa (Limón, 2005).

Gergen (1996) define el construccionismo social como una indagación que busca explicar los procesos por los cuales la gente se relaciona con su entorno social y en esta relación se conforma el conocimiento del mundo en el que vive. No se ve al discurso sobre el mundo como un reflejo o un mapa del mundo, sino como un recurso para el intercambio social. El origen del conocimiento es la relación y el intercambio social; las ideas, las verdades y el propio ser, son productos de las relaciones humanas. Los significados que atribuimos a las cosas y a los acontecimientos son el resultado del lenguaje que usamos (Anderson, 1999).

La psicología posmoderna tiende a estimular ciertas estrategias de intervención por encima de otras, en tanto que éstas son coherentes con una visión constructivista más amplia de los seres humanos y su interacción. Neimeyer (2000) menciona estas preferencias estratégicas de las terapias constructivistas en:

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

En el constructivismo existen cuatro metáforas básicas para la terapia que aparecen de manera explícita o implícita en sus escritos (Neimeyer, 2000):

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

Desde una perspectiva constructivista la realidad no se nos revela directamente, sino que debe ser construida. No se tiene acceso directo a la realidad con independencia de nuestras construcciones o esquemas culturales, sociales, psicológicos y de género (Lyddon, 1998).

En definitiva, todo aprendizaje constructivo supone una construcción que se realiza a través de un proceso mental que conlleva a la adquisición de un conocimiento nuevo. Pero en este proceso no es sólo el nuevo conocimiento que se ha adquirido, sino, sobre todo la posibilidad de construirlo y adquirir una nueva competencia que le permitirá generalizar, es decir, aplicar lo ya conocido a una situación nueva.

### 1.6. *Construccionismo Social*

El construccionismo social (Hoffman, 1996, en McNamee y Gergen) cree que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento - sostienen los construccionistas- evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente; y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior.

La base del construccionismo es la crítica social, lingüística literaria nacida de la filosofía contemporánea del lenguaje, el post-estructuralismo y el post-marxismo, concentrándose en las prácticas discursivas y el rol del lenguaje (Pakman, 2002).

Desde Wittgenstein hasta los teóricos contemporáneos de la literatura, los estudiosos han establecido que el lenguaje de la vida mental cobra significado a partir de su uso social. El significado de "un buen razonamiento", de "malas intenciones" o "memoria precisa", está determinado según se empleen tales expresiones en las relaciones que entablamos. Los individuos por sí mismos no pueden significar nada: sus actos carecen de sentido hasta que se coordinan con los otros (Gergen, 1992).

Los principios del construccionismo social en la psicoterapia se expresan de diferentes formas, a continuación agruparé los más importantes o novedosos:

1. El primer principio propone una ruptura tajante de la tradicional y asimétrica relación entre terapeuta y paciente (se empieza a masificar la utilización del término cliente -que obviamente está muy cercana a la visión mercantilista del modernismo-) ya que su connotación médica está expresando una asimetría, entre el enfermo, el que no sabe, y el sabio, el sano, el terapeuta. Este supuesto supone la desaparición del poder-control unilateral del terapeuta y propone una dinámica de co-construcción sistémica.
2. Los trabajos posmodernistas suelen centrarse en ideas vinculadas al texto y la narración. En este contexto la narración es una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida. A través de las narraciones se interpreta la experiencia vivida (Epston, White y Murray, 1996).
3. El análisis del terapeuta a la situación del cliente nunca se puede considerar objetivo. No hay descripciones más correctas que otras para la realidad. La relación terapéutica co-construye una descripción de la realidad del cliente donde ambos son responsables y activos en el proceso de solucionar el problema.
4. Se propone una ruptura con la idea de un individuo que construye un yo diferenciado, autónomo e inmutable que maneja sus actuaciones. Gergen (1992) en su libro "el yo saturado", manifiesta que es una falacia que el yo sea una entidad autónoma e independiente. La identidad individual es una ilusión modernista ya que el yo no está dentro de la persona sino que tiene un compuesto temporal construido a partir de la interacción social, el yo no está separado del otro porque es sólo a través de la relación social donde se construye la idea de una personalidad.

5. Los terapeutas no pueden dejar de afrontar la cuestión de la construcción social de sistemas de creencias y que por lo tanto, no pueden renunciar al estudio de esos procesos en los que ellos también están profundamente involucrados.
6. Se define socialmente a la psicoterapia como un contexto para la resolución de problemas, la evolución y el cambio. Los problemas son acciones que expresan nuestras narraciones humanas, existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo del que derivan su significado (Anderson y Goolishian, 1996). El cambio en la terapia por lo tanto es la creación dialogal de la nueva narración.
7. La patología en el construccionismo desaparece como tal. Se centran en los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que mantiene esos síntomas. El terapeuta podrá desencadenar un proceso de cambio si logra interferir la repetición de la misma experiencia que llevó al cliente a la terapia.
8. Del diagnóstico y la cura a la responsabilidad cultural. Gergen (1996) considera que a medida que el acento se desplaza a la construcción lingüística de la realidad, las enfermedades y los problemas pierden su privilegio ontológico ya que no son independientes sino construcciones culturales. No hay problemas más allá del modo en que una cultura los constituye como tales.
9. Desaparecen los niveles y capas jerárquicas estructurales. No existen capas jerárquicas donde unas son más importantes que otras y por lo tanto detentan en última instancia la causa de la situación considerada "problema" (Hoffman, 1996).
10. El lenguaje cambia en el contexto de la terapia posmoderna, ya que manifiesta un cúmulo de ideales filosóficos que deben hallar su expresión en la relación terapeuta/cliente por medio de un nuevo lenguaje.

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

Finalmente se puede concluir que mientras el constructivismo afirma que la realidad la construye el individuo al interactuar con su medio ambiente, el construccionismo social la considera como producto de la interacción entre varios individuos en una sociedad común (Maldonado, 1997).

## 2. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

### 2.1. *Modelo Estructural*

#### 2.1.1. *Antecedentes*

El Modelo estructural fue desarrollado por Salvador Minuchin médico psiquiatra nacido en Argentina en 1921 en el marco de una familia judía (Eguiluz, 2004). En la década de los 70's Minuchin emigra a los Estados Unidos y comienza a trabajar como psiquiatra en la correccional para niños de Wiltwyck, Nueva York. Pertenecía a un grupo de terapeutas dedicados a la investigación, que pretendían hacer cambios a las técnicas existentes en esta Institución. Dentro de este grupo se encontraba Braulio Montalvo, y juntos elaboraron este nuevo concepto terapéutico que surgió debido a que los jóvenes atendidos en esta institución, una vez rehabilitados y dados de alta, reincidían debido a los problemas familiares. Este grupo de jóvenes provenía de las minorías urbanas que experimentaban pobreza, discriminación, miedos, temores, persecución, marginación (Minuchin, 1979).

Desde la perspectiva estructural sistémica hay un interés por encontrar cómo es que todos los miembros del sistema (ya sea familiar, institucional, psicosocial) participan en el mantenimiento del síntoma, y al mismo tiempo se busca entender cómo es que el síntoma actúa como el esfuerzo de algunos miembros para mantener la estabilidad familiar (Eguiluz, 2004). La estructura denota la configuración de la familia, ésta se produce cuando los miembros de la familia adoptan cierta aproximación o distancia entre unos y otros. Respecto de las actividades de la familia, su estructura cambia de acuerdo con su evolución, viendo que la patología no estaba en el paciente identificado (PI) sino en la estructura familiar (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La postura de Minuchin respecto a las posibilidades de cambio menciona que si se modifica la estructura de la familia se posibilita al cambio, ya que se favorecen las diferencias subjetivas de sus miembros y la relación entre ellos. A lo largo de sus escritos Minuchin señala la importancia de incluir los distintos niveles del ecosistema, dónde vemos también la relación de la diversidad cultural y las premisas con las que las personas enfrentan situaciones problemáticas, que nos llevan a comprender la complejidad de las interacciones de los sistemas involucrados. Minuchin da mucha importancia a las construcciones que tiene la familia acerca de la realidad y a la forma como estas construcciones han influido sobre las experiencias de la familia a través de varias generaciones, por lo que insiste también en que el terapeuta tenga entre sus objetivos la construcción de dichas premisas para tratar junto con la familia de co-construir narrativas

Para Minuchin, el fundamento de la Terapia de Familiar, es que el terapeuta se asocia con la familia con el objetivo de cambiar su organización, de modo que la experiencia de sus miembros, se modifique Minuchin y Fishman (1988).

El objetivo de la terapia estructural es reestructurar el sistema en la medida en que la familia lo permita o resista, para funcionar de manera más efectiva o funcional, competente y cooperativa. Sus metas se establecen en función de la acción, secuencia, comportamiento, tratamiento y actividades que se enfocan con el fin de obtener estos cambios.

### 2.1.2. Principales exponentes

Las personas con las que Salvador Minuchin inició su trabajo en la *Child Guidance Clinic* de Filadelfia en Estados Unidos fueron Jay Haley (quién posteriormente desarrollo el modelo estratégico), Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte, Bernice Rosman. En 1965 Minuchin inicia su labor como director de la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, que por mucho tiempo estuvo a la vanguardia como centro de terapia familiar y de entrenamiento de terapeutas. En esta clínica Minuchin diseñó, junto con otros colegas, programas de entrenamiento para terapeutas y para personas no profesionales que trabajaban con poblaciones de comunidades marginadas.

En 1969 junto con Haley, Montalvo y Rosman, desarrolló programas de entrenamiento para terapeutas que hacían énfasis en la supervisión en vivo, en el trabajo sobre la experiencia directa y en el uso de videgrabaciones para aprender y aplicar las técnicas de la terapia estructural. Colapinto colaboró con Minuchin durante muchos años, desarrollando proyectos de prevención y atención a familias marginadas y a familias “de acogida” (*Foster families*). También se ha dedicado a la enseñanza y a la difusión del modelo estructural para su aplicación a distintos escenarios que impactan el desarrollo de niños y familias. Pat Minuchin, su esposa, ha desarrollado investigación y proyectos de atención psicosocial para poblaciones marginadas y de muy bajos recursos, enfocándose a niños y a familias (Eguiluz, 2004).

### 2.1.3. Principios Básicos

La terapia estructural no solo ve al individuo, sino que también toma en cuenta su contexto social, esto con la finalidad de modificar la organización de la familia cambiando las posiciones de sus miembros y esta a su vez cambia la respuesta de cada individuo ya que ésta última será determinada por su interacción con el medio.

De acuerdo con Minuchin (1979) la terapia estructural se basa en tres axiomas.

1. La vida psíquica de un individuo se da mediante la influencia de éste sobre su contexto y la influencia del contexto sobre el individuo por secuencias repetidas de interacción.
2. Las modificaciones de la estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y en los procesos psíquicos internos de cada miembro.
3. Cuando un terapeuta trabaja con un individuo o con la familia, su conducta se incluye en ese contexto.

Para Minuchin (1979) la familia tiene como finalidad la protección psico-social de sus miembros (interno) y la acomodación a una cultura, así como la transmisión de esa cultura (externo). Además de estas funciones, la familia provee al individuo con identidad y un sentido de separación. La primera se logra a través del sentido de pertenencia que cada miembro posee con respecto al grupo, mientras que la segunda se logra a través de la participación en diversos subsistemas familiares y extra familiares. La familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de modo tal que pueda seguir funcionando.

Dentro de la Terapia Familiar Estructural se manejan tres conceptos básicos:

**Estructura Familiar.** De acuerdo con Minuchin, la estructura familiar se define como “*el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia*” (1979, p.86). Las transacciones repetidas son las que establecen las pautas de cómo se dirigirá la familia, y estas pautas regulan la conducta de los miembros de la familia. Para que un sistema familiar asegure su existencia, debe tener suficientes pautas, disponibilidad de pautas alternativas y la flexibilidad para moverlas si es necesario (Minuchin, 1979).

**Subsistemas.** Las familias están compuestas por subsistemas diferenciados, en donde cada individuo es un sistema, los subsistemas que se mencionan en este modelo son:

*El subsistema individual.* Incluye el concepto de sí mismo en contexto, más los determinantes personales e históricos del individuo y los aportes actuales del contexto social.

*El subsistema conyugal.* Es posible determinar el inicio de la familia cuando dos adultos se unen con el propósito de formarla (Minuchin, et al., 1988). Los nuevos compañeros traen valores y expectativas, implícitas y explícitas sobre la más amplia gama de acciones y decisiones, valores que deben conciliar tanto como sea posible, para permitir la vida en común. El subsistema conyugal es vital para el crecimiento de los hijos, de tal manera que una disfunción en el subsistema conyugal repercutirá en toda la familia.

*Subsistema parental.* Sus funciones incluyen la crianza de los hijos y su socialización. En referencia a sus padres, el niño aprende entre otras cosas a saber lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza, a juzgar como justa o como arbitraria a la autoridad, los modos de comunicar lo que desea para que sus necesidades sean atendidas, lo que es correcto y lo que no lo es, cuáles son las conductas alentadas y cuáles no, y a negociar y afrontar los conflictos.

*El subsistema fraterno.* Los hermanos constituyen el primer grupo de iguales para un niño, que permite experimentar apoyo mutuo, jugar y elaborar pautas de interacción para negociar, competir y colaborar. Le permite entrenarse en hacer amigos, en defenderse y en ser reconocido. Dentro del subsistema fraternal logra el sentimiento de pertenencia y la individualidad vivenciada en el acto de elegir y optar. Estas pautas se repetirán al integrarse a grupos de pares cada vez más extensos durante la vida escolar, laboral, de amigos, etc.

La regla entre los subsistemas para el funcionamiento familiar es la *jerarquía* (Becvar y Becvar, 2006) y esta se establece gracias a los límites, los cuales serán revisados a continuación:

**Límites.** Los subsistemas están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Existen tres tipos de límites, los cuales describiré a continuación:

- Límite claro: deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.
- Límite difuso: no son claros por lo que resulta difícil su comprensión. Cuando se presentan este tipo de límites las distinciones necesarias entre los subsistemas no se han establecido. La familia con límites difusos recibe el nombre de "familia aglutinada" (responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad).
- Límite rígido: son difíciles de modificar en un momento dado por lo que los miembros de la familia con este tipo de límites están aislados entre ellos y también de la comunidad. No existe lugar para la negociación y el acceso entre los subsistemas es limitado. La familia con predominio de límites rígidos, se llamará "familia desligada" (tiende a no responder cuando es necesario hacerlo) (Minuchin, 1979).

Dentro de los subsistemas también existen *jerarquías* que se definen como la posición que ocupan los diferentes miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema y marcan subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro. Dentro de estas jerarquías

existen: *alianzas* (designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema), coaliciones (Generalmente son ocultas e involucran a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero, *triángulos* (su función es la de equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas, es decir, una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia a un tercero).

Como primera instancia el terapeuta estructural identifica los límites y las pautas transaccionales en la familia, posteriormente elabora hipótesis de cuáles son las pautas operativas y cuáles no. Para esto, necesita organizar el material en un mapa familiar, el cual además de organizar la información, le permite fijar los objetivos terapéuticos. Minuchin y Fishman (1988) dicen que las metas conjuntas entre el terapeuta y la familia son: librar de síntomas a quién es portador en la familia, reducir el conflicto y la tensión para la familia y aprender nuevos modos de superar dificultades.

#### 2.1.4. Técnicas

Para lograr el cambio en la terapia, los autores proponen que se cuestione la organización de la familia con el propósito de reorganizarla y de iniciar la búsqueda de nuevas pautas de interacción. De acuerdo con Minuchin y Fishman (1984), la terapia familiar tiene tres cuestionamientos principales: el cuestionamiento del síntoma, el de la estructura de la familia y el de la realidad familiar y cada uno de ellos contiene técnicas particulares que a continuación explicaré:

#### **Cuestionamiento del síntoma**

El terapeuta cuestiona la definición del problema con la finalidad de reencuadrar el concepto y buscar un significado diferente. Dentro de las técnicas utilizadas dentro del cuestionamiento se encuentran las descritas en la tabla 2 (Minuchin, 1979).

Tabla 2. Técnicas utilizadas en el Cuestionamiento del Síntoma

Técnicas	Descripción
Escenificación	En esta técnica el terapeuta pide a la familia que se muestren tal y como interactúan en su contexto delante de él. Así construye una secuencia interpersonal en la sesión, en que se ponen en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. De esta forma el terapeuta tiene la posibilidad de observar los modos verbales y no verbales en que los miembros de la familia emiten señales unos a otros y controlan la gama de las interacciones tolerables. Entonces puede intervenir en el proceso. Existen tres movimientos: interacciones espontáneas, provocar interacciones e interacciones alternativas.

<p><b>Enfoque</b></p>	<p>En cuanto el terapeuta elabora un enfoque queda programado y empieza a ignorar información, en consecuencia debe mostrarse hipersensitivo a los indicadores de alerta. En ocasiones el terapeuta tiene que posponer o ignorar la investigación tanto de los procesos como de los contenidos, no importa cuán tentadores sean, con la finalidad de perseguir su meta estructural. Pero presta atención a lo que la familia le expone, organiza estos datos según modalidades que interesan a la terapia y decide acerca del valor jerárquico de esos conjuntos de datos.</p>
<p><b>Intensidad</b></p>	<p>Para provocar intensidad se aplican las siguientes tácticas: a) Repetición del mensaje (tanto del contenido como de la estructura), b) Repetición de interacciones isomórficas (mensajes con contenido diferente pero estructuralmente equivalentes), c) Modificación del tiempo (continuar explorando un tema aunque la familia no quiera seguir hablando de él), d) Cambio de la distancia (modificar la distancia entre los miembros de la familia) y e) Resistencia a la presión de la familia (evitar ser absorbidos por la familia mediante la resistencia).</p>
<p><b>Utilización de los síntomas</b></p>	<p>Los síntomas son considerados como una reacción ante un problema contextual dentro del sistema familiar por lo que para abordar la problemática utilizan diferentes maniobras como: a) Enfoque centrado en el síntoma (centrarse en la función del síntoma dentro del sistema familiar), b) Exageración del síntoma (reforzar los síntomas del paciente identificado), c) Desacentuación del síntoma (es una forma de alejarse del paciente identificado), d) Adopción de un nuevo síntoma (cambiar el foco de un síntoma a otro), e) Reetiquetamiento del síntoma (reconceptualización del síntoma), f) Modificación del efecto del síntoma (cambiar el afecto de las transacciones que tienen que ver con el síntoma).</p>
<p><b>Captar las pautas transaccionales</b></p>	<p>El terapeuta observa naturalmente las transacciones de la familia con la finalidad de poder ver la interacción que los miembros de la familia tienen y crearse un mejor mapa de la estructura más allá de lo que pueden decir los miembros de la familia, para lograr esto se utiliza: a) Dramatización de las pautas transaccionales (actuar una situación planteada por el terapeuta, con la finalidad de observar la interacción entre los miembros de la familia), b) Recreación de los canales de comunicación (promover el diálogo entre ciertos miembros que no se comunicaban directamente o claramente el uno con el otro), c) Manipulación del espacio (redistribuir geográficamente a los miembros a modo de mostrar metafóricamente el acercamiento o distancia entre ellos).</p>

### Questionamiento de la estructura familiar

El terapeuta crea un mapa funcional de los miembros de la familia con la finalidad de identificar quién funciona como desviador del conflicto o como central de operaciones. El questionamiento de la estructura de la familia se logra a través de la reestructuración. En ocasiones, el terapeuta tendrá que

interponerse en las interacciones familiares con el objetivo de que se generen o se acomoden las estructuras. Lo anterior se hace a través de las tres técnicas que se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Técnicas utilizadas en el Cuestionamiento del Síntoma

Técnicas	Descripción
<b>Fijación de Fronteras</b>	Esta técnica puede aumentar la distancia psicológica entre los miembros de la familia y la duración de la interacción dentro del subsistema significativo. Entre las técnicas empleadas utiliza: a) La distancia psicológica (se observa la distribución de los miembros, indicadores espaciales de comunicación, mapa de relaciones de proximidad, pautas estructurales y constructos cognitivos, a modo de trazar fronteras entre personas y subsistemas), b) Duración de la intervención (extender o alargar un proceso, a modo de incrementar su intensidad).
<b>Desequilibramiento</b>	<p>La meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema; en esta técnica el terapeuta se puede aliar con miembros de la familia, ignorarlos o entrar en coalición con algunos de ellos. Todo cambio en la posición jerárquica en el seno de la familia produce un cambio en la perspectiva de sus miembros en relación con lo que se considera permitido en las interacciones entre ellos.</p> <p>El beneficio de esta técnica es que le proporciona a la familia la posibilidad de elaborar modalidades diferentes de relación para sus miembros. Las formas de desequilibrar son: a) Alianza con los miembros de la familia (coparticipación por parte del terapeuta con alguno de los miembros de la familia con el fin de modificar la posición jerárquica dentro del sistema familiar), b) Alianza alternante (el terapeuta establece alianzas con distintos subsistemas en diferentes momentos), c) Coalición contra miembros de la familia (el terapeuta participa como miembro de una coalición contra uno o más miembros de la familia).</p>
<b>Complementariedad</b>	Trata de promover un modo diferente de conocimiento y para lograr esto, el terapeuta tiene que cuestionar la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos: 1º. Cuestionará el problema (certidumbre de la familia de que existe un paciente individualizado), 2º. Cuestionará la idea lineal de que un miembro de la familia controla el sistema) cuando en verdad cada uno de los miembros sirve de contexto para los demás), 3º. Cuestionará, el modo en que la familia corta los sucesos (introducirá un marco temporal más amplio que enseñe a los miembros de la familia a considerar su conducta como parte de un todo más vasto. Esta técnica busca modificar las relaciones jerárquicas, cuestionándolas de tres maneras: a) Cuestionamiento del problema (el terapeuta cuestiona la definición que la familia le da a la problema), b) Cuestionamiento del control línea (considera que cada persona es el contexto de los demás, por lo que el terapeuta muestra una conducta disfuncional y responsabiliza a otra), c) Cuestionamiento del modo de puntuar los sucesos (busca que los miembros de la familia se perciban como una parte funcional y más o menos diferenciada de un todo).

## Questionamiento de la realidad familiar

Esta intervención terapéutica busca ayudar a la familia a modificar su visión del mundo, ofreciéndoles una realidad diferente, lo que a su vez, modificará su estructura. En la tabla 4 se describirán las técnicas empleadas para este fin.

Tabla.4. Técnicas utilizadas en el Questionamiento de la Realidad Familiar

Técnica	Descripción
<b>Construcciones</b>	<p>El terapeuta empieza por aflojar la rigidez del esquema preferencial. También desestima muchos de los hechos que la familia presenta y selecciona la “realidad terapéutica” con arreglo a la meta terapéutica.</p> <p>El objetivo de las técnicas de la realidad de la familia es convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma, y a una visión de la realidad más flexible y pluralista, que admita una diversidad de un universo simbólico más complejo.</p> <p>Transmite el mensaje de que existen otras alternativas a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Símbolos universales. El terapeuta apoya sus intervenciones en instituciones o acuerdos que rebasan el ámbito de la familia.</li><li>✓ Verdades familiares. El terapeuta utiliza la concepción del mundo que tiene la familia, para generar nuevas alternativas.</li><li>✓ Consejo especializado. El terapeuta basa sus explicaciones en su propia experiencia, conocimiento y sabiduría.</li></ul>
<b>Paradojas</b>	<p>Se utilizan cuando las técnicas directas ya fracasaron y es recomendable aplicarlas cuando la familia es un sistema autorregulador o cuando el síntoma es un regulador, es decir, tiene una función homeostática. Los pasos para aplicar una paradoja son 1, Reedificación del problema; 2. Resenificación del problema (se prescribe el síntoma); 3. Restricción definir qué es lo que tiene que hacer.</p>
<b>Lados Fuertes</b>	<p>En terapia: cada familia posee en su propia cultura elementos que, si se los comprende y se los utiliza, se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros.</p>

### 2.1.5. Reflexiones Generales

El modelo estructural es muy útil dada la estructura que tiende, ya que desde un principio busca reconocer los patrones, procesos y transacciones de los sistemas familiares, teniendo siempre en mente una meta bien definida. El hecho de que este modelo planteé una comprensión clara de la estructura familiar ayuda al terapeuta a ir definiendo claramente a cada subsistema familiar. Otro de los puntos a favor de este modelo es que también toma en cuenta el contexto de la familia, lo cual ayuda a ampliar el panorama de lo ocurrido en el sistema, inclusive, haciendo participe al terapeuta, ya que permite que él entre al sistema con la intención de modificar los patrones que no funcionan.

El terapeuta estructural pone énfasis en las interacciones que se dan en el sistema familiar, no tanto en la estructura de la misma, de tal forma que busca generar cambios en las interacciones presentadas con la finalidad de romper con la homeostasis existente y lograr una dinámica diferente dentro de la familia.

Hoffman (1981) menciona que una de las fortalezas del modelo estructural de Minuchin, es que tiene un método claro y una teoría que es consistente con ese método y que es un modelo normativo y útil.

De acuerdo con Becvar y Becvar (2006) el enfoque estructural, define tipos ideales de estructuras y comportamientos en un contexto que enfatiza la relatividad. Sin embargo, los autores dicen que la anterior inconsistencia es balanceada por el enfoque en las dimensiones tales como jerarquía, límites, reglas y roles. Este modelo provee una mezcla única entre la cibernética de primer y segundo orden.

## 2.2. *Modelo Estratégico*

### 2.2.1. *Antecedentes*

La terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asuma la responsabilidad de influir directamente en la gente (Haley, 1983). El interés de esta terapia está más enfocado a las técnicas que a la construcción de una teoría.

De acuerdo con Haley existen algunas similitudes entre la Terapia Ericksoniana, la Terapia Estratégica y la Terapia Breve (Wittezaele y García, 1994), las cuales son: definición específica, rol activo del terapeuta (control de proceso), énfasis en la situación presente, estimulación de la motivación del paciente, utilización de un lenguaje imperativo, utilización de técnicas paradójicas.

Para Haley (1993), la terapia estratégica se caracteriza por la solución de problemas dentro de un marco familiar, donde se hace hincapié en el desarrollo de técnicas especialmente diseñadas para una situación específica. Por lo que la tarea del terapeuta es tener claro el problema o síntoma presentado de tal manera que se pueda planear una intervención en la situación social para modificarlo. Este tipo de terapia no se centra en el individuo, sino en la situación social, considerando diferentes unidades sociales, como son la pareja, la familia nuclear, la familia extensa e incluso la comunidad; dichas unidades son vistas como una organización que determina funciones y jerarquías, así como la secuencia de las conductas que las caractericen. Las tres influencias más representativas de Haley para el desarrollo de este modelo son las siguientes.

- **Grupo de Palo Alto**

Uno de los ejes más importantes del trabajo realizado por Haley se gestó durante el trabajo realizado en conjunto con Bateson en Palo Alto, el cual estaba encaminado a explorar la naturaleza de la comunicación (Haley, 1989).

El modelo estratégico se centra en la relación entre dos ó más personas en términos de conducta comunicativa. Haley (1993) propone centrarse en situaciones sociales y definir el problema en términos de unidades terapéuticas (por ej. Individuo, pareja, familia, comunidad o contexto social en el que se desenvuelven). Haley habla de “síntoma” como un factor que representa la incongruencia de los mensajes en términos de sus niveles, así como la representación del problema. De esta forma Haley retoma los tipos de relación propuestos en la investigación del equipo de Bateson, sobre las relaciones simétricas y complementarias, así como sus implicaciones en la formación del problema.

Otra de las ideas abordadas por Haley y que ha sido de suma importancia para la formulación de intervenciones es el uso de mensajes paradójicos para formular directivas indirectas o tareas paradójicas, especialmente cuando las familias rechazan todas aquellas alternativas de solución que se les ofrece, de esta forma los mensajes se transmiten en niveles diferentes “cambien, pero dentro del mensaje, no cambien” (Haley, 1993).

- **Modelo de Hipnosis de Erickson**

El estilo terapéutico de Haley se basa en las directivas y proviene de las técnicas propuestas por Erickson, sobre todo por la hipnosis (Eguiluz, 2004). Erickson es considerado un maestro en el enfoque estratégico de la terapia desarrollado a través de su extenso trabajo con las técnicas de hipnosis (Haley, 1986). Del trabajo de Erickson con la hipnosis, Haley retoma la importancia de que el hipnotista inicie lo que ha de pasar en la terapia, además de muchas de las técnicas de intervención paradójica, anecdóticas y la importancia del uso de metáforas.

- **Integración de las teorías sistémicas**

Haley (1988) ha mencionado que su mirada hacia la familia fue dirigida por las ideas de que Minuchin y Montalvo compartieron con él hacia finales de la década de los 60's cuando trabajó en el *Philadelphia Child Guidance Clinic*. Aunque al parecer fue mayor la influencia por parte de Montalvo. Puede observarse la influencia del enfoque estructural de Minuchin en el trabajo de Haley, quién retoma la importancia de la estructura familiar, las jerarquías, el poder, las alianzas y coaliciones. Uno de los objetivos de la terapia estratégica es que el terapeuta formule intervenciones que vayan encaminadas a cambiar las secuencias de hechos que acontecen entre las personas de un grupo organizado: cuando una secuencia cambia, también experimentan un cambio los miembros del grupo.

Haley (1993), considera que al menos dos eventos de la secuencia son necesarios modificar para que exista la posibilidad de un cambio perdurable.

### *2.2.2. Principales exponentes*

Dentro de este modelo los principales representantes son Haley y Madanes. Ambos desarrollaron conceptos sobre la formación de terapeutas y dirigieron el Instituto de la Familia de Washington (Eguiluz, 2004). Se considera que el término estratégico también se identifica con aquellos planteamientos de Weakland, Fish y Watzlawick quienes retomaron algunos aspectos del modelo estratégico para desarrollar intervenciones para el enfoque de la terapia breve centrada en el problema.

### *2.2.3. Principios Básicos*

En la terapia estratégica es importante identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones, verificar la respuesta en cada sesión a modo de ver la eficacia de la terapia y del enfoque tomado por el terapeuta (Haley, 1989).

*El Síntoma como Maniobra de Comunicación.* Se pone énfasis en lo analógico y el síntoma es considerado una forma que adopta el cliente con la finalidad de comunicarse con los demás miembros de la familia; con lo que se observa que el síntoma es una maniobra de comunicación que pretende controlar la conducta del otro y crear confusión ante el tipo de relación, sin reconocerlo o pretendiendo que se hace lo opuesto. El síntoma puede ser analógico o metafórico a otro tipo de relaciones que se dan en la familia, en este sentido, el síntoma es la expresión de un problema y una solución fallida a la vez (Haley, 1989).

Cuando las personas establecen acuerdo sobre quién controlará determinadas zonas de la relación es posible que estas logren estabilizarse. Por el contrario si existen desacuerdos, pueden generarse luchas abiertas, sabotaje o resistencias pasivas, Se puede recurrir al síntoma para limitar la conducta del otro y confundir el tipo de relación (Haley, 1989).

Haley (1988) sostiene que el terapeuta al momento de recibir información que ofrece el o los pacientes, codifica el lenguaje de diferente modo. Se sabe que los seres humanos podemos comunicarnos de dos formas diferentes, mediante un lenguaje lógico o mediante metáforas, de esta forma el lenguaje se clasifica en digital o analógico, respectivamente.

Considerando lo anterior el terapeuta estratégico observa los dos lenguajes simultáneamente y sus intervenciones van dirigidas a estos dos niveles de comunicación. Sin embargo, el terapeuta busca entender mejor el lenguaje analógico ya que bajo este modelo, la queja del paciente es una metáfora de su verdadero problema. Es decir el terapeuta se basa en el lenguaje analógico para entender mejor los actos del paciente o la familia. En la entrevista, el terapeuta ocupa la propia experiencia como analogía, o bien, también pide analogías verbales a la familia de su problema y mientras interactúan crean un retrato analógico de su vida en común. Los actos terapéuticos también se vuelven analogías o metáforas, convirtiéndose en una relación meta-analógica con respecto al contenido de la discusión, esto a su vez permite producir el cambio con el paciente basado en los cambios analógicos que suceden en la relación con el terapeuta (Villanueva, 2008).

Control de la Relación Terapéutica. La relación terapéutica que se establece es competitiva, esto con la finalidad de observar el grado de influencia que podrá ejercer el terapeuta sobre el paciente, para lo cual es muy importante el uso del síntoma por parte de este último. Es frecuente que el paciente se niegue a hacer lo que el terapeuta le pide aunque lo haga de manera benévola o autoritaria. Si se establece un doble vínculo terapéutico el terapeuta puede obtener el control de la relación, es decir, asumir una actitud permisiva hacia el síntoma o fomentándolo o mostrando una conducta resistente. El paciente se encuentra en una paradoja ya que si continua con el síntoma estará siguiendo las instrucciones del terapeuta y si lo abandona también lo estará obedeciendo (Haley, 1989).

Disfuncionalidad de la Organización Familiar. De acuerdo con Madanes (2001) si las reglas demarcadas en una organización familiar son confusas se pueden generar síntomas, sobre todo cuando surgen coaliciones a través de las líneas generacionales; de igual forma esto puede ocurrir cuando estas coaliciones son secretas y repetitivas. Cuando existen dos jerarquías opuestas dentro de la familia o una jerarquía inestable la conducta disfuncional puede ser observada.

En las relaciones de pareja pueden presentarse problemas debido a una lucha de poder para establecer quién tendrá mayor jerarquía o tomará las decisiones importantes. Una forma de establecer esta lucha es con la aparición del síntoma en alguno de los miembros de la pareja ante lo cual este cónyuge se mostrará desvalido (Madhanes, 2001).

La conducta sintomática de uno de los cónyuges puede determinar la conducta del otro cónyuge de diferentes maneras. Uno de los cónyuges puede desarrollar un síntoma en su intento de cambiar el ordenamiento jerárquico y la división de poder en la díada. La conducta sintomática de un cónyuge es una situación desafortunada, ya que en vez de equilibrar el poder en la relación produce incongruencia jerárquica en el matrimonio. La pareja queda confinada a una situación en la que una conducta define simultáneamente para cada esposo una posición superior y una inferior con respecto

al otro. Si el síntoma mejora, marido y mujer perderán poder en su relación recíproca, pues lo que mantiene la igualdad es la definición simultánea de la superioridad-inferioridad respectiva de ambos. En caso de desaparecer la conducta sintomática, los esposos recaerán en la lucha por la división del poder que dio origen a la conducta sintomática (Madanes, 2001).

Madanes (2001) señala que cuando existe una crisis familiar (violencia, intento suicida, comportamiento familiar que irrita a la comunidad) el enfoque de las cuestiones maritales demanda más acción que reflexión, de modo que el terapeuta debe asumir la responsabilidad y tomar decisiones en nombre de personas cuyo estado de ánimo no les permite hacerlo.

Para Madanes (2001) en el caso de los niños no siempre se presentará un síntoma ya que la misma función la puede cumplir un rasgo de personalidad. El terapeuta debe abordar estos casos pensando que el rasgo del niño es una metáfora de la situación en que se encuentra alguna otra persona de la familia. El problema del terapeuta consiste en conseguir que el niño renuncie a su conducta sintomática, provechosa para los padres, y en conseguir que estos renuncien a un sistema de interacción que cumple una función útil pero desafortunada en la familia.

Cuando los problemas que se presentan son expuestos por el hijo adolescente se puede decir que dos jerarquías incongruentes son definidas simultáneamente en la familia. En una de ellas, el joven es inepto, deficiente y dependiente de sustento y abrigo de sus padres, quienes se hallan en una posición superior, proveen a sus necesidades y cuidan de él; pero al mismo tiempo queda definida otra jerarquía en la cual los padres son dominados por el joven a causa de su desvalimiento, sus amenazas o su peligrosa conducta. Las dos jerarquías son incongruentes o están en un conflicto paradójico; en una, el joven es dominado y queda impotente; en la otra, él domina o gobierna a sus progenitores (Madanes, 2001). En el curso de la terapia, el terapeuta debe operar simultáneamente a fin de modificar la organización para que en vez de jerarquías incongruentes haya una sola y clara jerarquía, en la cual son los padres los que se hacen cargo. Debe cambiar la conducta incompetente y conflictiva de los padres de modo que se hagan cargo conjuntamente del hijo, rechazando sus empeños por adquirir poder.

Metas terapéuticas. Se considera suficiente y satisfactorio si la familia puede superar el problema sin enterarse cómo lo logra. Por su lado Haley (1988) considera que la terapia es más efectiva si se concentra en el síntoma y la persona problemática. Es importante señalar que al mismo tiempo que el terapeuta se centra en el problema señalado se puede ir modificando la organización familiar en torno al síntoma.

#### 2.2.4. Técnicas

Dentro de este enfoque las técnicas apuntan a una meta específica, con el fin de atenuar los aspectos disfuncionales de la familia, en donde el terapeuta se responsabiliza en desarrollar y producir una mejoría Minuchin y Fishman (1988). Una vez que se ha planteado el objetivo de la terapia, se diseñan estrategias específicas para cada problema (Madanes, 2001).

De acuerdo con Haley (1988) el acto terapéutico empieza con la manera en que se examina el problema, por ello la primera entrevista es de gran importancia, por lo que dentro de este enfoque se mencionan las etapas de la primera entrevista:

1. Etapa social. Consiste en la presentación entre los miembros de la familia y el terapeuta. Se promueve que cada miembro de la familia se sienta cómodo y la importancia de cada uno para ayudar al paciente identificado. Es aquí en dónde el terapeuta comienza a observar las alianzas, coaliciones, organización, etc. de la familia.
2. Planteamiento del problema. El terapeuta dirige la conversación para obtener la opinión de cada miembro de la familia respecto del problema.
3. Etapa de interacción. El terapeuta les pide a los miembros de la familia que conversen entre sí al mismo tiempo que el va elaborando hipótesis de lo que escucha y observa. Además de recoger información de la secuencia sintomática con la finalidad de establecer como están delineadas las jerarquías.
4. Etapa de fijación de meta. Se solicita a la familia especifiquen los cambios que desean lograr, estos deben ser claros e identificables. La meta debe implicar una definición congruente del poder dentro de la familia que remita a la conducta sintomática.

En la primera entrevista se debe establecer la estructura familiar, y en su transcurso el terapeuta y la familia deben llegar a algún acuerdo acerca de la naturaleza del problema y las metas u objetivos de la terapia; la tarea del terapeuta es comprender el problema y formularlo de manera tal que pueda hacerse algo al respecto (Haley, 1988). La terapia se concentra, justamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos (pauta que conecta).

La definición del problema (síntoma) es realizada por los pacientes bajo la dirección del terapeuta, del mismo modo, los objetivos de los pacientes respecto a la terapia son planteados por ellos mismos, de tal forma que se establezca un mínimo esperado.

Después de haber construido una o más hipótesis respecto a la definición del problema y los objetivos de la terapia se aplican las estrategias de intervención para la resolución del problema. Las intervenciones dentro de este enfoque suelen cobrar la forma de directivas sobre algo que los

miembros de la familia tienen que realizar, dentro y fuera de la entrevista. Estas directivas están destinadas a modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta. En este modelo las directivas son planificadas deliberadamente, constituyendo la principal técnica terapéutica (Haley, 1988 y Madanes, 1989).

Haley (1988) menciona que las directivas se imparten cuando toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo. Una vez que el terapeuta advierte que diga lo que diga o calle lo que calle le estará indicando a una persona que haga algo o deje de hacerlo, le será más fácil la idea de impartir directivas. A menudo, la responsabilidad que asume el terapeuta le es conferida por el cliente de manera más directa. Las directivas tienen diversas finalidades entre las que se encuentran: hacer que la gente se comporte de manera diferente, intensificar la relación entre clientes y terapeuta y obtener información (Haley, 1988).

Dentro de la Terapia Ericksoniana existen técnicas que son utilizadas por el Modelo Estratégico (Haley 1983) entre las cuales se encuentran las expuestas en la tabla 5.

Tabla 5. Técnicas de la Terapia Estratégica

Técnica	Descripción
<b>Utilización de recursos</b>	Se destaca lo positivo que hay en la conducta de cada persona. No se minimizan las dificultades; se trata de encontrar en ellas algún aspecto que pueda aprovecharse para mejorar el funcionamiento de una persona o de su familia.
<b>Alcanzar una pequeña respuesta y ampliarla hasta lograr una meta</b>	Primero se trata de alcanzar una pequeña respuesta y luego construir sobre ella, ampliándola hasta lograr la meta. Existen dos enfoques: 1. Introducir en la familia una crisis que rompa el equilibrio del sistema, de modo que esta deba reformarse, con pautas diferentes. 2. Elegir un aspecto del sistema y provocar en él una desviación, que después es alentada y ampliada hasta que el sistema se descontrola y tiene que reorganizarse según una nueva serie de pautas.
<b>Siembra de ideas</b>	Erickson “sembraba” o establecía ciertas ideas para después construir algo con ellas. Al comienzo de la terapia destacaban ciertas ideas y así, si más tarde quería lograr una determinada respuesta ya había establecido su infraestructura. Se introducía algo nuevo siempre dentro de un marco referencial que lo conecta con algo que ya se había hecho previamente.
<b>Metáforas y analogías</b>	La metáfora es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra, es la relación de analogía entre una cosa y otra. Una representación teatral es una metáfora de la vida real porque lo que ocurre sobre el escenario guarda semejanza con la realidad. Cuando un terapeuta quiere que los miembros de una familia se comporten de un modo determinado hace que se conduzcan de otro modo que, sin ser el mismo, se le asemeje; entonces se portarán “espontáneamente” como él quiere.

## Tareas paradójicas

Con las tareas paradójicas podemos adoptar dos enfoques generales: 1) encarar a la familia en un sentido global; 2) impartir directivas que involucren sólo a una parte de ella.

*Etapas de una intervención paradójica:* 1. Establecer una relación que se define con tendencias a provocar el cambio, 2. Definir claramente el problema, 3. Fijar los objetivos con claridad, 4. Ofrecer un plan, 5. Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por “autoridad en la materia”, 6. Impartir la directiva paradójicamente, 7. Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual, 8. El terapeuta deberá evitar que el cambio logrado se le acredite como un logro de él, dado que ello significaría aceptar que las recaídas están en relación con el terapeuta (Haley, 1988).

Entre algunas de las técnicas paradójicas que surgen dentro de la terapia Ericksoniana se encuentran las siguientes (Haley, 1983):

**Utilización del síntoma:** Se le plantea al paciente que ejecute el síntoma en contextos muy diferentes a los que está habituado a demostrarlo. La intención de hacer esto es fomentar el síntoma de tal forma que el paciente no pueda continuar utilizándolo, ya que deja de brindarle las convenientes ganancias interpersonales al hacer que su aparición le brinde ganancias positivas al paciente.

**Prescribir el síntoma:** Se le ordena al paciente que siga presentando el síntoma, de tal forma que lo involuntario se vuelva voluntario.

**Prescribir la recaída:** Se utiliza cuando los pacientes parecen mejorar demasiado rápido. Consiste en hacerles ver esta situación para que si recaen no se desilusionen, otra finalidad al prescribir la recaída es desafiar al paciente con la intención de que siga mejorando.

**Ofrecer una alternativa peor:** Dirigir al paciente en un sentido pero haciéndolo de tal manera que en realidad lo incita a ir en otro. Con esta clase de directiva se establecen las cosas que ha de hacer el paciente, se quiere que el encuentre espontáneamente otro ítem del tipo indicado.

El cambio se basa en una estrategia general tendiente a programar un cambio por etapas, tanto con respecto a la conducta sintomática en sí, como a la organización familiar y/o social que constituyen su contexto. Durante la terapia se pretende alterar la secuencia sintomática y la organización familiar o social que constituyen el contexto; se pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema. En todo momento se trata de evitar confrontaciones con la familia, por lo que la terapia descansa en creativas e ingeniosas estrategias generadas para caso concreto (Ochoa, 1995).

### 2.2.5. Reflexiones Generales

En la terapia estratégica el terapeuta mantiene la iniciativa durante todo el tratamiento, cobrando mucha importancia las directivas durante el proceso terapéutico. En cada caso el terapeuta diseña una estrategia, y si después de algunas sesiones no se logra avanzar se formula una estrategia diferente, por lo tanto se considera que en este enfoque el terapeuta no continúa ofreciendo más de lo mismo si no tiene éxito.

Es un método en el que se espera que los terapeutas lleven un registro de los progresos terapéuticos y realicen seguimientos con regularidad una vez finalizada la terapia. Es importante considerar que dependiendo de la problemática que presenta el paciente será determinado el uso del enfoque.

El modelo estratégico es versátil y sus principios básicos le proporcionan al terapeuta pautas de trabajo, más que un conjunto de técnicas rígidas adosadas a una teoría de la personalidad, la salud, le enfermedad y el cambio psicológico. Además de ser un enfoque que busca resolver problemas fijando objetivos claros y operacionales de manera conjunta entre el terapeuta y el paciente.

El terapeuta estratégico, no se deja influir por un modelo rígido de interpretación de la “naturaleza humana”, ni por concepciones metodológicas rígidas y ortodoxas de la psicología, esto es gracias a que el pensamiento estratégico se interesa por la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas de la existencia y de la convivencia entre individuos, en los mismos términos de percepción y relación en los que todo individuo vive consigo mismo, con los demás y con los que le rodean.

## 2.3. Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema MRI

### 2.3.1. Antecedentes

El *Mental Research Institute (MRI)* fue fundado en 1959 por Don Jackson en Palo Alto California y dentro de los fundadores de este Instituto se encuentran Gregory Batenson, Jules Riskin y Virginia Satir a quienes se les une Jay Haley, Paul Watzlawick y John Weakland en 1961 (Ochoa, 1995).

El equipo del MRI desarrolló un modelo de trabajo estratégico, basándose en la integración de las ideas sistémico-comunicacionales de Watzlawick y en el trabajo de Milton Erickson. De tal manera que posee un punto de vista cibernético o sistémico que se centra sobre todo en la comunicación y la interacción que se da dentro de la familia, principalmente en las conductas observables en el presente; por otro lado es importante considerara que en este modelo no se pone énfasis en el

individuo como tal o en lo ocurrido en el pasado (Fisch, Weakland y Segal, 1994). Otro de los puntos importantes en los que se enfoca este modelo es en la forma en que surgen y se resuelven los problemas, así como en la elaboración de un mapa de los modelos de interacción que mantienen o intensifican los problemas y las intervenciones que rompen ese proceso disfuncional, intentando mantener la neutralidad sin intervenir con el sistema de creencias y valores de la familia.

Los terapeutas del MRI estaban convencidos de que la terapia se podía realizar en un tiempo mucho más corto de lo que era práctica habitual en aquellos momentos. John Weakland, Richard Fisco, Paul Watzlawick y otros, trabajaron con un límite prefijado de 10 sesiones en las cuales buscaban que se diera un cambio, aunque fuese mínimo, para solucionar el problema con el que se presentaba el cliente, en lugar de buscar reestructurar a las familias (Wittezaele y García, 1994).

En 1967 con la adhesión de Richard Fisch, se crea dentro del MRI el Centro de Terapia Breve con premisas teóricas que parten del análisis de la lógica matemática, la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos y con las cuales ha trabajado este centro durante los últimos 35 años.

El MRI después de la separación de Bateson, adopta un enfoque exclusivamente terapéutico en la terapia familiar, período conocido como la “edad de oro” de 1963 a 1968; este termina con la muerte de Jackson, la marcha de Haley y de Satir (Méndez, 2008).

### *2.3.2. Principales exponentes*

Entre sus principales exponentes se encuentra el grupo formado de Watzlawick, Fish, Weaklan y Segal quienes mediante el trabajo realizado en el MRI, dieron lugar a la creación de uno de los modelos terapéuticos dentro de la terapia familiar sistémica que puede ser utilizado en ambientes clínicos o en la práctica privada.

### *2.3.3. Principios Básicos*

De acuerdo con el MRI los problemas se desarrollan cuando se manejan mal las dificultades de la vida cotidiana. Una vez que una dificultad se ve como un “problema”, el problema es mantenido o empeorado por los intentos ineficaces de las personas para resolverlo, es decir, los problemas de los clientes se ocasionan y persisten debido a que las soluciones que se han impuesto para resolverlos no han sido eficaces, haciéndose recurrentes y formando un círculo vicioso en dónde se hace “*más de lo mismo*”. De tal forma que el objetivo principal de la intervención terapéutica es romper con este patrón (“más de lo mismo”). Al respecto Fisch, Weakland y Segal (1994) menciona que si no se tiene

éxito la primera vez, se puede intentar una segunda vez, pero si se vuelve a fracasar es mejor intentar algo diferente.

De acuerdo con este modelo existen tres causas principales por las que se abordan erróneamente las dificultades y por las cuales se originan los problemas, estas son:

- 1) Negar que exista un problema y por lo tanto la solución que se aplica es no hacer nada.
- 2) Intentar diversas soluciones a un problema que es imposible modificar ya que es inalterable o inexistente.
- 3) Intentar hacer un cambio en un nivel lógico equivocado, esto se considera hacer más de lo mismo.

Para el MRI no existe una realidad única y verdadera si no que cada persona va formando diversas realidades de acuerdo a las interacciones que cada uno va teniendo con la realidad. Y la problemática no tiene la función de servir para algún fin, si no que no se ha empleado una solución adecuada y dentro de la terapia se busca lograr pequeños cambios, ya que se considera que estos pequeños cambios mínimos impulsaran otros cambios mayores logrando un efecto de bola de nieve.

La Terapia Centrada en Problemas se trabaja con el aquí y el ahora poniendo énfasis en el presente proyectado al futuro inmediato (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976). Siendo el objetivo general de la terapia eliminar o reducir satisfactoriamente la problemática del paciente y para lograrlo el terapeuta tendrá que establecer metas y objetivos a cubrir, para así poder tener una guía de acción con la cual dirigirse durante el proceso terapéutico.

De acuerdo con Fisch, Weakland y Segal (1994), señalan que para poder darle efectividad a la terapia, el trabajo del terapeuta en este modelo debe centrarse en:

1. Crear una definición clara y descriptiva del problema.
2. Indagar las soluciones intentadas que no han funcionado hasta el momento.
3. Definir los objetivos de la terapia de manera clara y tangible.
4. Usar el lenguaje del cliente (reconociendo y aceptando el lenguaje del cliente se puede obtener una nueva visión y una nueva dirección del problema).
5. Reencuadrar la conducta del cliente (definir el problema en otra dirección que le permita al cliente hacer y pensar en una *conducta diferente* a la que ha intentado previamente).
6. Posición de uno abajo (el/la terapeuta no se presentan como perfectos, sino más modestos).

Al basarse en la Teoría General de los Sistemas y en la Teoría de la Comunicación Humana, este modelo postula lo siguiente (Freidberg, 1989):

- **El mapa no es el territorio.** La visión de los hechos cambia de acuerdo al contexto.
- **Diferencia entre hechos y significado.** Se define como *hechos* a aquellos sucesos o conductas observables y como *significado* a la interpretación que se hace de los hechos ocurridos.
- **El individuo usa la mejor opción de acuerdo a su realidad.** Las conductas utilizadas se consideran como elementos utilizables para la terapia y no como resistencias, ya que la realidad del individuo le ha promovido comportarse de esa forma ante una problemática o situación.
- **Existen modelos y mapas que limitan las opciones de las personas.** Algunos esquemas y formas que usualmente utiliza una persona para enfrentar una situación se vuelven inútiles en cierto momento, sin embargo están tan establecidos que limitan la resolución del problema.
- **La visión sistémica da más amplitud terapéutica.** La teoría sistémica se enfoca en interacciones permitiendo capacidad de opciones para el desarrollo de las personas en la terapia, y para el terapeuta.
- **El contexto y el medio ambiente influyen en las personas.** La interacción del individuo con su medio y el contexto en que vive se vuelven factores importantes para promover su comportamiento y el papel que desarrollarán en su vida cotidiana.

Las bases principales de la Terapia Breve son:

- *Ciclo vital de la familia.* Cambios que va sufriendo el sistema familiar a lo largo de su ciclo de vida.
- *Metas concretas.* Establecer metas concretas en la terapia a modo de saber hacia dónde se dirige la terapia específicamente.
- *Exploración de las soluciones intentadas.* Se investigará aquellas soluciones intentadas por la familia y que no han resultado efectivas con la finalidad de no repetir las.
- *Elementos significativos.* Saber en qué momento y bajo qué circunstancias sucede el síntoma y bajo cuales no, a modo de intervenir en ese momento.
- *Alternativas de solución.* Se trata de no adentrarse en el problema y enfocarse en las soluciones que pueden llevarse a cabo para resolver el problema.

El terapeuta que trabaja bajo este enfoque deberá tomar en cuenta su *capacidad de maniobra*, que es la libertad para actuar de la manera que le parezca más conveniente, manteniendo siempre el control sobre el tratamiento y emprendiendo acciones dotadas de propósito, y la *postura del paciente*, es decir, el respeto hacia sus valores, creencias y prioridades (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

### 2.3.4. Técnicas

Fish, Weakland y Segal (1994) mencionan que dentro de este modelo existen dos tipos de estrategias de intervención:

**Principales:** se basan en los intentos fallidos de soluciones que realiza el cliente y estas se pueden observar en la tabla 6.

Tabla 6. Técnicas Principales utilizadas por el MRI

Técnicas	Descripción
1. Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente	Se dirige al paciente para invertir su deseo de superar el problema, incluso se puede prescribir el síntoma haciéndole ver al cliente que al provocar el síntoma podrían disminuir los sentimientos que desencadenan el hecho.
2. Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo	Se trata de impedir que el cliente aplaze el acontecimiento temido. El terapeuta llevará al cliente a que se exponga a la situación temida pero impidiéndole que tenga éxito.
3. Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición	Implica un conflicto en una relación centrado en temas que requieren una colaboración mutua, debido a que se exige a la otra parte que los trate como si se fuera superior, sometiéndose a sus exigencias respecto a sus conductas concretas y tratándolo con respeto.
4. Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación (paradoja)	Regularmente esta se aplica cuando alguien quiere que otra persona haga algo de manera "espontánea", de esta manera evita pedirle al otro algo que le pueda disgustar o generar algún esfuerzo. En este caso el terapeuta se propone lograr que la persona haga su petición de manera directa.
5. Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa	Se utiliza cuando una persona acusa a otra, y está responde mediante autodefensa que confirma las sospechas de la primera. Aquí el terapeuta buscará que las partes abandonen sus papeles repetitivos de acusador y defensor. Esto lo podrá conseguir si logra que el defensor abandone su papel y acepte las acusaciones o intentará reducir el valor informativo de la comunicación.

**Generales:** Se aplican como refuerzo a alguna intervención específica o cuando las intervenciones específicas no han dado resultado. Estas pueden usarse con una amplia gama de problemas. A esta categoría pertenecen las que se mencionan en la tabla 7.

Tabla 7. Técnicas Generales utilizadas por el MRI

Técnicas	Descripción
1. No apresurarse	Se le prescribe al cliente que no se apresure demasiado a solucionar su problema. El terapeuta debe mencionarle al cliente que son mejores los cambios lentos y paulatinos; esto también ayuda a prever recaídas.
2. Peligros de una mejoría	Puede servir para amplificar la intervención de no apresurarse ya que se indaga con el cliente si este está consciente de los peligros y cambios que conlleva la solución del problema.
3. Un cambio de dirección	El terapeuta cambia el sentido que ha seguido con la intervención, bajo el pretexto de que ha consultado con un experto que le ha recomendado cambiar el rumbo de la terapia.
4. Como empeorar el problema	El terapeuta se declara incapaz de ayudar al cliente a mejorar su problema, sin embargo ofrece opciones de aquello que podrían empeorarlo y a continuación enumera todas aquellas soluciones que el cliente ha intentado.
5. Ilusión de alternativas	Se le vende al cliente la idea de que puede elegir entre dos opciones; sin embargo el hecho de elegir una llevará al cliente a cumplir necesariamente ambas acciones.
6. Redefinir el problema	El terapeuta afirmará que el problema presentado no es el más importante, ni relevante y el establecerá cual es el problema a tratar, convenciendo al cliente que su problema no es un problema a tratar.

Otras de las intervenciones utilizadas por este modelo son las **intervenciones metafóricas**, que transmiten un mensaje no relacionado directamente con el problema, con la finalidad de causar un impacto a nivel analógico, lo cual le permite al paciente entender la situación desde otra óptica. La **redefinición o reformulación** es una técnica interventiva cuyo objetivo es poder construir nuevos significados que sean más útiles para el o los pacientes. Otra técnica es la **prescripción del síntoma**, que se utiliza como un método paradójico que ha probado ser de gran eficacia.

### 2.3.5. Reflexiones Generales

Me parece que este modelo ayuda a optimizar el tiempo y eso es una gran ganancia ya que es lo que se busca en la mayoría de las Instituciones de Salud Gubernamentales en México debido a la

demanda de servicios psicológicos existente, así que considero muy adecuado el uso del mismo en casos como este, así como para resolver problemas como fobias, problemas académicos, de insomnio, problemas obsesivos y de evitación.

En cuanto a la forma de trabajo considero que al plantear y delimitar desde la primera sesión de manera clara y concreta el o los objetivos a alcanzar proporciona tanto al terapeuta como al cliente una guía muy importante para ir evaluando cómo va el proceso, ya que debido a el número de sesiones contempladas desde el comienzo es importante plantear desde un principio los cambios que desea lograr el cliente.

El Modelo del MRI interpreta las ideas de la cibernética de segundo orden como una forma de optimizar la capacidad de maniobra del terapeuta y de esta manera evitar los obstáculos para que se alcance el cambio lo más rápido posible.

Respecto a la terapia del MRI Keeney (1994) señala que es preciso ceñirse al empleo de la idea teórica simple de interacción-problema-solución para organizar un intento de aliviar los problemas-quejas.

Finalmente podemos ver que muchos de los principios del modelo de terapia breve del MRI pueden considerarse precursores de la terapia orientada hacia las soluciones, la cual expondré a continuación.

## 2.4. Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones

### 2.4.1. Antecedentes

Se considera que el modelo presenta dos vertientes principales: el Modelo Enfocado a las soluciones encabezado por De Shazer y el Modelo Orientado a las Soluciones representado por Bill O'Hanlon y Wainer- Davis (Goldenberg y Goldenberg, 2000).

Por un lado De Shazer funda en 1982 el *Brief Family Therapy Center* (BFTC) en Milwaukee , en donde trabaja junto a Marvin Wiener, Elam Nunally, Eve Lipchick, Wally Gingerich, Alez Molnar e Insoo Kim Berg (Espinosa, en Eguiluz, 2004). Por el otro Bill O'Hanlon quién radica en Nebraska y se formó con Milton Erickson mantiene correspondencia con De Shazer, acerca de las ideas que compartían en relación con un modelo alejado de la patología y de la concepción de déficit y más centrado en los recursos y las competencias. Para O'Hanlon existen diferencias entre el modelo propuesto por el *BFTC* y su propuesta de una terapia de posibilidades; siendo una de las principales

diferencias el poco énfasis que se hace en las características socioculturales del cliente y el uso rígido del formulario que realiza el grupo de *Milwaukee*. En sus escritos más recientes ha sido llamado por el mismo “*Terapia orientada a soluciones*” o más recientemente “*Terapia de Posibilidades*” (Cade y O’Hanlon, 1993).

Uno de los principios manejados por *Erickson* que retoma la Terapia Centrada en Soluciones es *El método de la utilización*, el cual considera que un terapeuta deberá emplear todo lo que las personas traigan, la cosas que saben, sus experiencias, sus saberes y sus recursos, al igual que sus síntomas, sus resistencias, etc.; así que cuando desee provocar un cambio, el terapeuta deberá poner énfasis en descubrir y utilizar aquello que las personas saben hacer bien, aunque estas parezcan inútiles o contraproducentes (O’Hanlon, 1999, en O’Hanlon y Bertolino).

Este modelo es influenciado de manera importante por el *MRI* del cual retoma la búsqueda de las excepciones al problema, dejando de lado la definición exhaustiva del problema y de las soluciones intentadas, para centrarse en la exploración detallada de las excepciones deliberadas y espontáneas, relativas a la conducta sintomática, pero que probablemente han pasado desapercibidas por las personas. También retoma la utilización que hace el MRI de la postura del cliente para evitar resistencias y permitir la colaboración, no obstante en el Modelo de Soluciones no se considera que exista una resistencia al cambio, más bien existen diferentes formas en las que las personas colaboran con la terapia y le corresponde al terapeuta encontrar el estilo de colaboración que tiene cada familia, para que de esta forma logre cooperar con el sistema y se logre el cambio (De Shazer, 1984).

El Modelo Enfocado a Soluciones también fue influenciado por el *constructivismo* (Espinosa en Eguiluz, 2004) al establecer que las familias y las personas forman su propia realidad a través de las estructuras biológicas presentes en ellos, y están en un proceso constante de comprenderse a ellos mismos y a su experiencia; toda realidad es el resultado de ese proceso. Por lo anterior, la terapia solo se ocupa de la experiencia, las percepciones que se tienen de está y no de la “verdad”.

Finalmente otra de las influencias de este enfoque fue el trabajo realizado por *Bateson* en lo concerniente al establecimiento de la relación recursiva entre el significado y la acción, lo que indica que si se cambia la visión respecto al problema, se conducirá un cambio en la conducta del paciente.

Este modelo ocupa casi todo su tiempo en construir imaginariamente cómo será la vida sin el problema, de tal manera que esa descripción haga palpable, posible y muy cercana su realización. Al orientar las conversaciones hacia lo que funciona produce los siguientes efectos: a) acorta la duración de las sesiones, b) otorga rápidamente a quién consulta la sensación de ser el quien dirige su

cambio; c) permite finalizar la terapia en pocas sesiones, generalmente menos de cinco (Espina y Cáceres, 1999), por lo que los clientes tienden a permanecer en terapia sólo de seis a diez sesiones.

#### 2.4.2. Principales exponentes

La vertiente del *BFTC* se encontraba encabezado por De Shazer quién trabajaba con Marvin Wiener, Elam Nunally, Eve Lipchick, Wally Gingerich, Alez Molnar e Insoo Kim Berg (Espinosa, en Eguiluz, 2004), por otro lado, en la vertiente orientada a la terapia de posibilidades se encontraba Bill O'Hanlon y Wainer- Davis (Goldenberg y Goldenberg, 2000).

Entre los seguidores actuales de este modelo se encuentran: Mathew Selekman, Harry Golishian y Harlene Anderson (Selekman, 1996).

#### 2.4.3. Principios Básicos

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

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

Por otro lado Lipchick (2004) se basa en una teoría constructivista para elaborar principios centrados en la solución, estos serán descritos a continuación:

1. **Cada cliente es único:** Esta proposición se relaciona con la teoría de que los sistemas vivientes (clientes) están determinados por su estructura. Así como cada cliente es único, también lo es cada relación.
2. **Los clientes poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos:** El simple hecho de estar vivos y haber acudido a nuestro consultorio es una muestra de los puntos fuertes de los clientes. Han sobrevivido física y emocionalmente hasta ahora, y debemos unirnos a ellos en la empresa de continuar con su vida en la medida de su capacidad.
3. **Nada es totalmente negativo:** Cuando los clientes nos plantean situaciones que implican al mismo tiempo pérdidas personales, mala salud, dificultades económicas y problemas legales, este supuesto nos lleva a pensar: “Si, pero ¿qué les ha permitido seguir adelante y cómo podemos preservarlo y tomarlo como base?, esto nos lleva a preguntarnos ¿qué anda bien en su vida? Cuándo todo parece estar mal.
4. **La resistencia no existe:** Un cliente no puede ser resistente; esa calificación significa que el terapeuta no comprende cómo debe proceder para provocar un cambio de modo tal que permita al cliente reaccionar de manera adaptativa. Por lo tanto el terapeuta debe seguir observándolo para entender mejor qué puede funcionar en su caso.
5. **Usted no puede cambiar a los clientes:** Sólo ellos pueden cambiarse a sí mismos: La creencia de que los sistemas vivientes están “cerrados a la información” y no pueden modificarse desde afuera respalda este supuesto, que previene o corrige esos deslices. De acuerdo con Maturana (1988, en Lipchick, 2004) no debemos tratar de cambiar a los clientes mediante la lógica si no existe un acuerdo mutuo respecto de las emociones subyacentes.
6. **La TCS avanza a paso lento:** Debemos ser pacientes con nosotros mismos. Hacemos TCS incluso sólo cuando nos ocupamos del entorno que los clientes necesitan para cambiar.
7. **No hay causa y efecto:** El concepto de causa y efecto no existe en un mundo constructivista, porque implica la existencia de una verdad objetiva,. Los problemas y las soluciones son vistos, como acontecimientos impredecibles de la vida. Cuando los clientes buscan un causa, resulta útil preguntarles si el conocimiento de estos los ayudará a resolver su problema. La pregunta “si pudiera resolver su problema sin comprender, ¿estaría conforme?” suele proporcionar un punto de vista que resultará novedoso para muchos de ellos.
8. **Las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema:** La búsqueda de soluciones únicamente relacionadas con el problema puede limitar en gran medida el progreso.
9. **Las emociones son parte de todo problema y de toda solución:** Este supuesto nos recuerda que las emociones forman parte del lenguaje y son esenciales en el proceso de toma de decisiones de nuestros clientes. También nos recuerda que debemos estar atentos al clima

emocional en que se desenvuelve nuestra relación con los clientes. Como terapeutas, es nuestra responsabilidad ser sensibles a los niveles de comodidad de nuestros clientes y respetarlos.

10. ***El cambio es constante e inevitable: un pequeño cambio puede llevar a cambios más grandes:*** Cuando nos sentimos abrumados por el relato de un cliente, y tan dubitativos como éste respecto de lo que debe hacerse, el primer paso es tener en cuenta que el cambio es inevitable, y el segundo, comprometerse con el cliente a hacer algo, por pequeño que sea, que a su juicio marque una diferencia. En una situación que parece irremediable o abrumadora, un pequeño paso puede generar una situación de control hasta entonces ausente.
11. ***No podemos cambiar el pasado, de modo que debemos concentrarnos en el futuro:*** Un modo útil de trabajar con los clientes persiste en hurgar en el pasado es decirles “Comprendo que para usted sea difícil cambiar olvidar (o perdonar) el pasado (el dolor, la desilusión, etc.), pero ¿qué cree que necesitaría ahora, o en el futuro, para aceptar el hecho de que eso ocurrió o comenzar a dejarlo atrás?”

Hacer terapia breve no requiere mucho conocimiento del problema para que pueda solucionarse, y el modelo se vale de los recursos de los clientes para el cambio, que es constante e inevitable. Cualquier cambio, por pequeño que sea, generará cambios al sistema (De Shazer, 1985).

#### 2.4.4. Técnicas

El objetivo terapéutico es ampliar las soluciones eficaces, resaltando para ello, lo que es satisfactorio en la vida de las personas, los recursos con los que cuenta, las ocasiones en las que lograron evitar el problema, sus estrategias de enfrentamiento efectivas, creando en las personas la expectativa de que es posible la existencia de un futuro sin el problema (Espinosa, en Eguiluz, 2004). De acuerdo con O'Hanlon existen tres áreas en las que los cambios se pueden dar: a) En los puntos de vista (en las formas en la que las personas interpretan, evalúan y explican los problemas), b) En las acciones (en sus patrones interaccionales, de lenguaje verbal y no verbal), c) En el contexto (en los patrones espacio-temporales en los que se da el problema).

Son numerosas las técnicas utilizadas en este enfoque; las mencionadas en la tabla 8 son de las más recurridas:

Tabla 8. Técnicas de la Terapia Centrada en Soluciones

Técnica	Descripción
<b>Búsqueda de excepciones</b>	Centra a los pacientes en aquellas ocasiones en las que el problema no está presente, esto se hace con la intención de encontrar soluciones en el presente y en el pasado, elaborando preguntas que hacen que los clientes ubiquen aquellos momentos en los que no han tenido problemas a pesar de que ellos esperaran que sucedieran.
<b>Seguir posibilidades</b>	El terapeuta estimula la creatividad de las personas ayudándoles a imaginar formas diferentes de solucionar sus problemas; esto lo logra ofreciendo ideas provenientes de su propia experiencia o de la experiencia de otros clientes.
<b>Enfoque al futuro</b>	Se invita al cliente a hacer una revisión de su futuro con la intención de que reconozca los signos que hablan de la posibilidad de cambio, con el fin de que la esperanza que surja, le ayude a superar su visión actual saturada por el problema.
<b>Preguntas de escala</b>	Procuran medir la propia percepción que tiene el cliente sobre sus cambios y el cumplimiento de sus metas, lo cual permite una medición cuantitativa del problema antes del tratamiento y en el presente, así como del lugar en dónde desearan colocarse los miembros de una familia (se evalúa una situación específica en una escala que va del 0 al 10, de tal manera que se ubica en qué acciones tendrá que enfocarse el cambio para alcanzar la puntuación que el cliente quiere alcanzar).
<b>La pregunta del milagro</b>	Su fin es desplazar a los pacientes a una realidad futura dónde el resultado del milagro será conocer cómo será su vida una vez solucionado el problema. La pregunta que se realiza es la siguiente: "Supongamos que una noche, mientras duerme, se produce un milagro y su problema se resuelve ¿cómo se daría cuenta?, ¿qué sería diferente?, ¿cómo lo sabrían (otras personas) sin que usted le dijera ni una sola palabra sobre el asunto?". La descripción del futuro puede implicar una excepción, por lo que las intervenciones subsecuentes buscarán amplificar dichas excepciones.
<b>Animar a los clientes a hablar del cambio</b>	El terapeuta le pide a la persona que hable de los "milagros" que han ocurrido entre las sesiones, solicitando una imagen lo más clara posible de los posibles cambios, de cómo ha ocurrido y qué debe ocurrir para que estos persistan. El objetivo es lograr que las personas se centren en las cosas que han hecho que han ayudado a solucionar el problema.
<b>La bola de cristal</b>	Se le pide al cliente que se visualice en el futuro creando así una distorsión temporal, en ese futuro el problema que lo ha llevado a terapia habrá desaparecido o habrá disminuido y ya no será problemático. El futuro se visualiza en una bola de cristal o en varias bolas desde el punto de vista metafórico, en dónde puede mirar claramente su estado personal y el de quienes son significativos para él.
<b>Uso de la videocharla</b>	Se busca que las personas describan de tal manera que se puedan identificar las pautas de interacción; solicitándole al cliente que narre los acontecimientos como si estuviera describiendo lo que estuviera en un video, haciendo mayor énfasis en las conductas y en las interacciones.
<b>Tarea de formula de la primera sesión</b>	Se solicita al cliente al finalizar la primera sesión que observe su vida y elija que cosas le gustaría que siguieran ocurriendo.

	Su objetivo es que las personas vean aquellas áreas de su vida que si están funcionando de manera satisfactoria.
Tarea de la sorpresa	Introduce algo que puede ser bello o divertido en un contexto de queja, se considera que las sorpresas pueden convertirse en soluciones debido a que se fija la atención en cosas que rompen lo predecible de las interacciones y conductas. Se pide que una o más personas realice una sorpresa para complacer a alguno de los otros miembros involucrados en la queja, y se tratará de averiguar cuál fue esa sorpresa que realizó la otra persona.

Para el modelo de soluciones la terapia debe concluir cuando se han cumplido las metas establecidas al principio del tratamiento o cuando el cliente decide terminarla. En ambos casos el terapeuta le pide al cliente que resuma las estrategias utilizadas con éxito para superar su problema y cómo puede seguir aplicándolas a futuro (Ochoa, 1995).

#### 2.4.5. Reflexiones Generales

El modelo Centrado en Soluciones busca poner énfasis en la autonomía de las personas destacando sus recursos y abriéndoles un mayor número de posibilidades, dándole mayor importancia a las soluciones que a los problemas. Su postura está basada en las capacidades de los clientes, en las soluciones y en el futuro.

Este modelo puede aplicarse como un medio de solucionar problemas en las relaciones cotidianas.

Me parece muy importante no perder de vista lo expuesto por King (1998 en Lipchick, 2004) acerca del papel que juegan las emociones en la TCS; ya que estas pueden facilitar las soluciones al brindar un importante medio para conectarse con los clientes y comprenderlos.

De acuerdo con Lipchick (2004) las emociones deben ser incluidas en las soluciones para vivir mejor, de lo contrario nuestra vida no sería productiva sin emoción.

### 2.5. Modelo de Milán

#### 2.5.1. Antecedentes

En 1967 Mara Selvini Palazzoli invita a Boscolo y Cecchin a participar en el grupo que ella había conformado junto con otros especialistas en salud mental: Severio Rusconi, Simona Taccani, Gabriele Chistoni, Paolo Ferraresi y Guiliana Prata (Selvini, 1990). El grupo se proponía atender pacientes anoréxicas, a sus familiares y a pacientes psicóticos desde un enfoque psicoanalítico, sin

embargo los resultados obtenidos fueron desalentadores ya que la terapia se prolongaba demasiado y los terapeutas se sentían frustrados ante los resultados obtenidos; pese a esto las familias seguían asistiendo aunque no presentaran una notable mejoría (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

En 1971 el grupo queda escindido debido a que Selvini propone que dejen el modelo psicoanalítico y que adopten el modelo del Mental Research Institute (MRI) llamado Modelo de Palo Alto (Tomm, 1984) en particular la obra de Paul Watzlawick (Teoría de la Comunicación Humana). Finalmente el grupo se divide en cuatro y queda conformado por Selvini, Prata, Boscolo y Cecchin quienes fundan *el Centro per il Studio della Famigli*, en el que deciden trabajar con un marco sistémico. Dado el interés de Selvini por la investigación derivada de la aplicación clínica, caracterizada por la aplicación puso en marcha ese mismo año un proyecto centrado en la terapia de corta duración.

Ya para 1972 Selvini y su equipo comienzan otro proyecto con más elementos sistémicos en el que atendieron a familias con miembros anoréxicos y esquizofrénicos (Selvini, 1990). En ese mismo año el grupo entra en una etapa que se conoce como *Interventiva* en la que buscaban hacer intervenciones mucho más eficientes. En este período trabajan con familias que cuentan con un miembro esquizofrénico. Durante este período se trabaja principalmente con los rituales familiares y las prescripciones sistémicas paradójicas.

En 1974 se publica en la revista *Family Process* el artículo *The Treatment of children through brief therapy of their parents* en el que dan a conocer la técnica de los rituales como innovación del grupo y la explican ampliamente.

De 1972 a 1978 el grupo de Milán retoma la idea de Doble Vínculo a la vez que se concentra en trabajar con las intervenciones paradójicas, las cuales inspiran la redacción del libro *Paradoja y Contraparadoja* publicado en inglés en 1978 en el que se enfatiza la intensidad de la actividad del terapeuta dentro de la sesión y el abandono de las técnicas explícitas (Selvini, 1990). Durante este período el grupo llamado de los “asociados de Milán” trabaja por ocho años, tres días a la semana, sin goce de sueldo, dedicándose a la investigación a través de la terapia (Selvini-Palazzoli, Bóscolo, Cecchin, y Prata, 1988).

En 1978 el equipo escribe “*Hypothesizing, circularity and neutrality: three guidelines for the conductor of the session*” (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980). En el artículo, los autores hablan de la importancia de estos tres conceptos básicos para poder llevar a cabo una sesión familiar de una manera exitosa.

Posteriormente el equipo se separa y a partir de 1980 Boscolo y Cecchin continúan desarrollando nuevos métodos de entrenamiento al mismo tiempo que Selvini y Prata continúan desarrollando

nuevas investigaciones, enfocándose en los efectos de la prescripción “invariante” o “universal”. Más tarde Selvini-Palazzoli y Prata se separan y Selvini comienza a trabajar con otro grupo conformado por Mateo Selvini, Stefano Cirillo y Ana María Sorrentino con los cuales desarrolla el concepto del *Juego Familiar* (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

### 2.5.2. Principales exponentes

El equipo de Milán inicialmente estuvo conformado Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, quienes marcando una nueva visión al tomar a la familia como un sistema que recibe retroalimentación del contexto, y que presenta procesos de estabilidad y cambio. Como equipo ellos trabajaron con la Teoría de la Comunicación y de ahí se desarrolla su Teoría del Doble Vínculo, que es un parte aguas en la creación de diferentes conceptos e intervenciones que son un sello característico del grupo de Milán, así como los conceptos de hipótesis, circularidad y neutralidad, que serán explicados más adelante.

Cuando el equipo se desintegra, Mara Selvini y Giuliana Prata continúan la investigación sobre los juegos familiares, introduciendo la idea de la prescripción invariable y de la revelación del juego a la familia. Giuliana deja de trabajar con Mara, y esta última crea un nuevo equipo que, en 1988 publica “Los Juegos Psicóticos de la Familia” (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999). Por otro lado, Luigi Bóscolo y Gianfranco Cecchin, se dedicaron a la formación de nuevos terapeutas alrededor del mundo, y se acercaron a los enfoques posmodernos colaborativos, introduciendo al campo de la terapia los conceptos de irreverencia, curiosidad y tiempo.

Mara Selvini muere en 1999, seguida de Gianfranco Cecchin en 2004. En la actualidad, Luigi Boscolo es el único de los cuatro fundadores del modelo, que se mantiene activo en el campo de la Terapia Familiar y los enfoques posmodernos.

### 2.5.3. Principios Básicos

El grupo de Milán tiene como base tres principios que utiliza para describir los patrones de la terapia en todos sus métodos (Selvini- Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999), dichos principios son dados a conocer en el artículo “*Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session*” (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980) y a continuación los mencionaré:

**Hipótesis.** Son suposiciones que se van haciendo en el transcurso de la terapia con la información que se va obteniendo durante la misma. Las hipótesis no deben ser verdaderas sino útiles ya que de

esta manera ayudan al terapeuta a ir obteniendo mayor información sobre los patrones relacionales de la familia y se generaran más hipótesis.

De esta forma se busca que las hipótesis sean sistémicas, es decir, que incluyan a todos los miembros de la familia y que aporten suposiciones sobre cómo funcionan sus relaciones.

Las hipótesis pueden ser formuladas de tres formas: 1) Basándose en la información acerca de la familia (quién la refiere, la entrevista telefónica y la entrevista con la familia); 2) Basadas en las experiencias del terapeuta y 3) Aplicando los conocimientos sistémicos del terapeuta.

Formular hipótesis le va a servir al terapeuta a delinear su trabajo, relacionar el comportamiento familiar con el problema y su interacción, ordenar el planteamiento de las preguntas sistémicas y circulares, así como para introducir a la familia en el encuadre sistémico de la terapia.

**Circularidad.** Es la capacidad del terapeuta para conducir su intervención sobre las bases de retroalimentación de la familia, como respuesta que esté solicita, respecto de las relaciones de la familia así como de sus diferencias y cambios.

Algunos de los propósitos de la circularidad son:

- Introducir a cada uno de los miembros de la familia, a una visión sistémica.
- Confirmar o descartar las hipótesis del problema.
- Proponer la conducción de la terapia.
- Elaborar planteamientos en la estructura sistémica de la familia, en relación temporal (pasado, presente y futuro) del problema.
- Realizar únicamente preguntas relacionadas al problema y a la hipótesis planteada.

Dentro de este elemento se encuentran las preguntas circulares que son parte del interrogatorio que realiza el terapeuta sobre el comportamiento de dos o más miembros del sistema familiar, lo cual permite situar a los miembros como observadores de los pensamientos, comportamientos y emociones de los otros miembros de la familia (Boscolo y Beltrando, 1996) El interrogatorio circular es relacional. Busca identificar y clarificar ideas confusas sobre las relaciones e introducir nueva información en la familia sobre estas diferencias en forma de nuevas preguntas.

**Neutralidad:** El terapeuta debe mantener una posición equidistante con todos los miembros de la familia, sin embargo podrá aliarse temporalmente con cada uno de ellos durante la sesión, pero al final no debe estar aliando con ningún miembro. En la neutralidad se busca que el terapeuta se mantenga con todos a la vez, sin juzgar, ni criticar, el equipo neutraliza los intentos de cualquier

miembro de la familia por aliarse con el terapeuta, el terapeuta se esfuerza por no ser inducido por el sistema familiar.

Un elemento esencial para el enfoque de Milán ha sido el *juego familiar* concepto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismo y de la familia en su conjunto. En el juego familiar se considera que “una familia está regida por reglas implementadas a lo largo del tiempo, tales reglas se basan en las creencias y experiencias que obtiene la familia mediante un proceso de ensayo y error que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos sobre los otros, de sí mismos y de la familia en conjunto” (Ochoa, 1995 p. 60). A través de este juego familiar se establecen las reglas de funcionamiento familiar.

Dentro del juego familiar se manejan dos conceptos el del *embrollo*, que se entiende como la práctica de uno de los padres al mostrar una relación privilegiada con uno de los hijos, pero que en realidad no lo es, y la *Instigación*, que se refiere a la utilización del sintomático por parte de uno de los padres contra el otro, lo que desarrolla y mantiene el síntoma.

Después de que el grupo original se separa Bóscolo y Cecchin, se dedican a la formación de nuevos terapeutas alrededor del mundo, y se acercan a los enfoques posmodernos colaborativos, de esta manera introducen al campo de la terapia los conceptos de irreverencia, curiosidad y tiempo.

- **Tiempo:** Boscolo y Bertrando (1996) introducen la idea de que los tiempos son subjetivos y diferentes, armónicos o disonantes tanto para la familia, la cultura, el individuo, y las instituciones. Esta subjetividad requiere que exista algún tipo de coordinación para la terapia y los diferentes tiempos.
- **Curiosidad:** esta postura deriva de una perspectiva estética que se basa en la hipótesis de que cada sistema tiene su lógica, que no es buena ni mala, si no operativa (Cecchin, 1987, citado en Andolfi, 2003).
- **Irreverencia:** tiene que ver con una postura de duda y cuestionamiento por parte del terapeuta hacia una única manera de hacer las cosas, reflexionando siempre sobre la ética y sintiéndose liberado de la idea del control sobre la terapia (Cecchin, Lane y Ray, 2002).

Estos principios son el fundamento de las técnicas aplicadas por el equipo de Milán a lo largo de su práctica, de ahí la importancia de conocerlas, ya que esto nos permitirá comprenderlas mejor.

#### 2.5.4. Técnicas

Las intervenciones empleadas por el grupo de Milán iban variando con el tiempo y esto dependía de sus metas terapéuticas. Es importante recalcar que el método utilizado por el equipo de Milán no se puede entender como un conjunto de técnicas si no que más bien “lleva programado dentro de sí la capacidad de evolucionar hacia formas nuevas y diferentes” (Boscolo, et al. 2003, p.49).

Antes de hablar en forma sobre las intervenciones es importante hablar de la estructura de las sesiones, ya que esto nos dará un panorama mayor de la dinámica de trabajo que seguía este grupo.

De acuerdo con Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1988) para realizar el trabajo terapéutico el grupo se dividía en dos partes: una pareja de hombre y mujer estaba detrás del espejo unidireccional, y la otra pareja, también conformada por un hombre y una mujer) eran los que entraban con la familia. El primer contacto era vía telefónica y se realizaba con la finalidad de obtener información para ir elaborando la ficha de la familia y también para comenzar a generar hipótesis a partir de ese momento.

Las sesiones se dividían en 5 partes:

- *Presesión.* Cuando es la primera sesión se lee la información obtenida en la primera entrevista telefónica (ficha). Si es una sesión subsecuente se lee el acta de la sesión anterior.
- *Sesión.* Es la entrevista con la familia. Se pone énfasis en observar la interacción entre los miembros de la familia, así como su sistema de reglas.
- *Discusión de la sesión.* Los terapeutas que trabajan enfrente de la familia salen a discutir con el resto del equipo lo observado en sesión y exponen las hipótesis, con la intención de elaborar un mensaje final que se diseña a manera de intervención por medio de rituales, connotación positiva, etc., que eran minuciosamente expuestos.
- *Conclusión de la sesión.* Los terapeutas a cargo de la sesión regresan con la familia y comunican el mensaje del equipo. En el caso de la primera sesión se especificaban las condiciones relacionadas al contrato terapéutico.
- *Realización del acta de la sesión.* Se redacta el acta de la sesión, considerando también las hipótesis formuladas, una síntesis de la sesión y en algunos casos transcripciones de la sesión través de las grabaciones realizadas.

Los métodos utilizados por el grupo de Milán se dividen en tres: el método paradójico, el método de la serie invariable de prescripciones y el método de la revelación del juego, los cuales explicaré en la tabla 9.

Tabla 9. Técnicas del Modelo de Milán

Técnicas	Descripción
<p><b>El método paradójico</b></p>	<p>Este método está constituido por diversas técnicas entre las que se encuentran:</p> <p>La <b>connotación positiva</b>, se cambian las atribuciones negativas dadas al problema, por unas positivas; de esta forma el síntoma se presenta como algo motivado por razones altruistas por parte del paciente identificado y por los otros miembros del sistema. Este tipo de técnica trata de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poner a todos los miembros de la familia en un mismo plano.</li> <li>• Evitar trazar demarcaciones moralistas y subjetivas (buenos –malos, sanos-enfermos).</li> </ul> <p><b>Reformulación paradójica</b> se prescribía a cada miembro de la familia que persistiera en su comportamiento por el bien ajeno, de esta manera suscitaba una interrogante paradójica: ¿Por qué una cohesión familiar tan estrecha “buena”, podía obtenerse a expensas de un “paciente asignado”? Esta técnica se utilizaba con familias con secuencias de interacción y que presentaban un sistema de creencias muy rígido.</p> <p><b>Rituales</b> en este caso se prescribía a toda la familia una serie de acciones, definidas con precisión (en estos participan todos los miembros de la familia y se les especifica a cada uno qué hacer, dónde y en qué momento), que implícitamente sustituyan las reglas habituales de relación por otras nuevas, sin recurrir a explicaciones ni a críticas y estos se pueden ejecutar una sola vez o ser repetitivos.</p> <p>El <b>intervalo mensual entre sesiones</b> era utilizado ya que se considera que las intervenciones requieren cierto tiempo para que sus efectos sean visibles en la familia.</p> <p>Otra técnica dentro del método paradójico es que <b>el terapeuta declara su “incapacidad de entender”</b>. Esta técnica requería que la terapeuta directa fuera Mara Selvini, por lo que fue utilizado pocas veces, así como, que la paciente hubiera empeorado en otras terapias. En casos como este la “maga” después de haber trabajado intensamente e inútilmente verificaba la inutilidad de sus esfuerzos y se lo comunicaba a la familia (Selvini, 1990).</p>
<p><b>Serie de prescripciones invariables</b></p>	<p>Después de una entrevista inicial con la familia se ve sólo a los padres y se les prescribe la tarea como un secreto en el que ellos son instruidos para salirse de su casa juntos (dejándoles una nota a sus hijos diciéndoles que ellos regresaran más tarde) y regresarán juntos. Los padres son instruidos con la finalidad de que no les comuniquen nada a sus hijos respecto a lo que hicieron o a dónde saldrán en la noche.</p> <p>Con esta intervención se pretende provocar que se logren diferenciar los sistemas conyugal y filial, introduciendo límites intergeneracionales, evitando de esta manera, las coaliciones que mantiene el juego de las familias con alguna patología (Tomm, 1984).</p>
<p><b>Revelación el juego familiar</b></p>	<p>La revelación del juego familiar, tanto de los procesos sincrónicos (la forma en la que se realiza el juego en el presente), como de los procesos diacrónicos (la historia en la que se ha desarrollado el juego a través del tiempo en la familia, incluyendo a tres generaciones) permite conectar el sufrimiento</p>

individual de los miembros de la familia con la implicación en los problemas no resueltos de otros miembros, a la vez que se favorece el asumir la responsabilidad por el daño infligido a los demás.

Los principales juegos psicóticos son la instigación (provocación disimulada e indirecta de uno de los progenitores hacia el otro, a través de los hijos) y el embrollo (se muestran afectos contrarios a los existentes; en este caso uno de los progenitores da a entender que tiene una relación privilegiada con uno de los hijos y que lo prefiere a él sobre el cónyuge) (Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

Una de las técnicas utilizadas por Milán es el *interrogatorio circular* que permite a la familia y al terapeuta entender el sistema y no solo a los individuos. En este interrogatorio se proponen cuatro tipos de preguntas (Fleuridas, Nelson y Rosenthal, 1986):

- De la definición del problema. Su finalidad es obtener información de cada miembro acerca de su perspectiva del problema.
- De la secuencia de interacciones. Examinan las interacciones de la familia respecto al problema.
- De comparación y clasificación. Con estas preguntas se exploran las creencias, valores, mitos, pensamientos y sentimientos de cada uno de los miembros, y como estos son similares o difieren de los del resto de la familia.
- Preguntas interventivas. Estas preguntas sirven para retar, informar o intervenir a los miembros de la familia con la intención de que estos intenten nuevos comportamientos. Sólo deben utilizarse después de que se haya obtenido suficiente información y se hayan probado las hipótesis.

Para realizar este tipo de preguntas Fleuridas, et.al. (1986) y sus colaboradores proponen una dimensión temporal para cada tipo de preguntas (presente pasado y futuro hipotético). El entrevistador tiene la posibilidad de investigar, dentro de cada dimensión temporal, acerca de: a) diferencias, b) acuerdos y desacuerdos, c) explicaciones y significados.

Por su parte Rodríguez (2004), propone una matriz de preguntas organizadas en tres dimensiones: el tiempo, los tipos de preguntas y la temática prioritaria que aborda cada pregunta, arrojando un total de 45 preguntas posibles para el interrogatorio circular.

El interrogatorio circular es una herramienta muy útil para poder visualizar las interacciones de una manera sistémica y es una de las grandes aportaciones que el Grupo de Milán hace a la Terapia Familiar.

#### *2.5.5. Reflexiones generales*

El modelo de Milán evolucionó constantemente y esto se puede observar no solo a nivel teórico sino también en las influencias que iban teniendo, las intervenciones que iban generando, las divisiones que se fueron dando en el equipo, conceptos que manejaban en determinados momentos, entre otras cosas.

Desde mi punto de vista este modelo aportó mucho a la terapia familiar sistémica al generar nuevas premisas que fueron incluidas en la práctica clínica; estas aportaciones también tienen mucho que ver con el hecho de que realizaban diversas investigaciones con las familias que acudían con ellos lo cual ayudaba a conocer y comprender de una mejor manera a estas familias y como eran sus interacciones entre ellos. De esta manera también se fueron generando diferentes formas de intervención. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que algunas de las intervenciones generadas por este grupo, en algunos casos, son difíciles de replicar ya que fueron desarrollados e implementados por expertos, lo cual tiene implicaciones éticas en la aplicación por parte de terapeutas familiares en entrenamiento.

Finalmente concuerdo con lo que menciona Tomm (1984) respecto a la separación del grupo de Milán ya que como él dice de primera instancia da la impresión de que al separarse el grupo de Milán se mueven en diferentes direcciones, sin embargo ellos siguen teniendo algo en común, como el hecho de que ambos grupos siguen desarrollando su gran creatividad en la generación de nuevos patrones en la práctica. Claro está, esto desde diferentes formas de trabajo.

#### *2.6. Terapias Posmodernas*

De acuerdo con Elkaïm (1996) el pensamiento posmoderno nace al final de los años 70's, conjuntamente con el ataque a un orden político amoral que se preocupa únicamente con acumular todavía más riqueza y poder. En consecuencia el enfoque posmoderno asocia la reivindicación ética a la deconstrucción de los conceptos de racionalidad, objetividad y progreso. Gergen (1996) propone que los terapeutas posmodernos reemplacen las metáforas mecanicistas de la cibernética por las metáforas sacadas de la teoría literaria o de la antropología posmoderna: identifica definitivamente al construccionismo social dentro de la era posmoderna, y define al posmodernismo como una visión del

mundo cuyas raíces pertenecen a los siglos XVII y XVIII. De acuerdo con Gergen, (1996) las aportaciones de este enfoque para la psicoterapia, podrían ser las siguientes:

1. Los intercambios verbales entre el terapeuta y el consultante no reflejan una verdad cualquiera; no se trata de verificar o de aplicar una teoría preconcebida, sino de comprometerse con un diálogo potencialmente productivo.
2. Cuando el consultante habla de sus problemas, lo que importa es deslindar el contexto relacional o preguntar para quién hace ese discurso y con qué fin.
3. Puesto que los significados son co-generados tanto por el consultante como por el terapeuta dentro del contexto terapéutico, ya no existe una voz única ni tampoco un yo unificado; ya no existe una voz sino varias y, por lo tanto, incumbe al terapeuta ayudar al consultante partiendo del aspecto pragmático del lenguaje terapéutico, para que surjan en el consultante otras voces que le permitan orientarse hacia otro tipo de “conversaciones”.

De acuerdo con Roizblatts (2006) cuando se establece una conversación, el que escucha no sólo se limita a atender cada palabra, sino que también puede observar la manera en que el que habla recibe sus propias palabras, de esta manera no sólo puede limitarse a escuchar sino que se ve envuelto o conmovido con el relato. Quién escucha puede comprender qué lo que el hablante comparte lo lleva a revivir algo que ha vivido y que al hablarlo le provoca alguna emoción o sensación, de esta forma, la conversación no carece de significado para alguno de los participantes e incluso la emoción que le brinda significado a algún fragmento ayuda a comprender el significado de la misma en la vida del hablante.

Resulta de suma importancia dentro de este modelo que aquellos que hablan lo hagan de aquello que desean aunque resulta también, de suma importancia que implícita o directamente hablen de aquello que no desean hablar.

Las Terapias “Posmodernas” son abordajes psicoterapéuticos informados por la crítica posmoderna y se caracterizan por compartir las siguientes premisas:

- La terapia es vista como una conversación en la que se co-construyen diferentes significados, soluciones y posibilidades para los clientes.
- El cliente es visto como el experto en su propia vida.
- El terapeuta es "experto" en ciertos tipos de procesos conversacionales.
- La terapia parte de la definición de que el cliente es el que tiene el problema, por lo que el cliente definirá el objetivo de la terapia.
- Se intenta reducir la jerarquía entre terapeuta y cliente.

- El terapeuta se propone estar pendiente de sus sesgos y ser transparente o “público” respecto a éstos.

Algunos ejemplos de terapias informadas por la crítica posmoderna

- **Terapia Narrativa** (post-estructuralista): Michael White y David Epston.
- **Terapia Colaborativa o de Sistemas de Lenguaje Colaborativo**: Harlene Anderson y Harry Goolishian.
- **Trabajo con Equipos y Procesos Reflexivos**: Tom Andersen

Steven Freedman (1996) agrupa a estas terapias como “**terapias constructivas**”, y entre sus características señala que creen en una realidad construida socialmente; enfatizan la naturaleza reflexiva de la relación terapéutica en la que el cliente y el terapeuta co-construyen significados mediante el diálogo o la conversación; se mantienen empáticos y respetuosos ante el predicamento del cliente y creen en la capacidad de la conversación terapéutica para liberar aquellas voces e historias que han sido suprimidas, ignoradas o no tomadas en cuenta previamente; se alejan de las distinciones jerárquicas hacia una oferta de ideas más igualitaria en la que se respetan las diferencias; co-construyen los objetivos y negocian la dirección de la terapia, colocando al cliente en el "asiento del conductor", como experto en sus propios predicamentos y dilemas; buscan y amplifican las habilidades, fortalezas y recursos, evitando ser detectives de la patología; evitan utilizar un vocabulario de déficit y disfunción, reemplazando la jerga de la patología (y la distancia) con el lenguaje cotidiano y, finalmente, están orientadas hacia el futuro y son optimistas respecto al cambio.

A continuación expondré los modelos que surgen a partir de las terapias posmodernas.

### *2.6.1. Terapia Narrativa*

#### *2.6.1.1. Antecedentes*

El modelo de Narrativa es un modelo para la creación de conocimiento y de nuevos significados que es generado por las personas en la revisión y re-edición de su historia. El modelo de Narrativa es uno de los modelos más recientes de la Psicoterapia Familiar, que emerge de una propuesta planteada desde analogías diferentes basadas en las ciencias sociales y conceptualizaciones del campo de la terapia familiar y de autores como Foucault (1979) y Bateson (1993, 1991).

Los creadores principales de este enfoque son Michael White y David Epston y de acuerdo con el propio White, él tiene una influencia de los pensamientos de Bateson, Foucault y Bruner. En el caso de Bateson las dos ideas que White retoma de él son: el entender como las personas adquieren el conocimiento de sus mundos y la importancia de la diferencia que hace la diferencia, entendiendo de esta forma que todo conocimiento requiere de un acto de interpretación. Respecto a *Foucault*, White retoma su análisis meticuloso relacionado con el poder y el conocimiento y de cómo este se inserta en la vida cotidiana de las personas moldeándolos y sujetándolos (Mandigan y Law, 1988). White y Epston (1990) retoman la propuesta de Bruner (en Turner y Bruner, 1986) de que existe una parte de la experiencia vivida relatada y otra parte no relatada, vivimos y relatamos únicamente parte de la experiencia vivida, lo cual permite que en la conversación externalizante, al recuperarse la historia de la persona, se haga emerger la parte no relatada para encontrar nuevas conexiones y reflexiones, siendo el trabajo terapéutico con el método propuesto, la re-edición de la historia de la persona para generar nuevos significados.

El método narrativo conduce a una visión muy distinta de la personalidad y, en consecuencia, del cambio terapéutico. Muchas de las creencias y los pensamientos a que nos aferramos con más fuerza no son más que inmensos batiburrillos culturales. Inconscientemente, podemos haber absorbido creencias que nos dicen que no somos lo bastante buenos. Si aprendemos conscientemente a reconocer los efectos insidiosos de estas creencias, ya no las veremos como algo inherente a nosotros mismos y nos podremos librar de ellas. Éste es el tipo de «conversación liberadora» que los terapeutas esperan mantener con sus clientes.

La terapia narrativa se ha convertido en el método más visible, que propicia que ocurra algo distinto en la consulta del terapeuta. Los métodos narrativos parecen ayudar al terapeuta a no enzarzarse en luchas improductivas y le permiten evitar uno de los mayores riesgos de esta profesión: dejarse atrapar por la desesperación del cliente.

#### *2.6.1.2. Principales Exponentes*

Los creadores del modelo narrativo son: Michael White y David Epston (1990) y en su libro inicial “Medios Narrativos para fines terapéuticos” hacen los planteamientos centrales del modelo, escogiendo a la historia y el relato como la analogía que permite entender cómo se organiza la experiencia vivida, proponen a la conversación externalizante, la conversación de re-autoría y a la conversación de re-membresía, además examinan la relación entre psicoterapia y relaciones de poder y la terapia escrita o el uso de cartas terapéuticas como elementos del método de la Narrativa.

### 2.6.1.3. Principios Básicos

La terapia narrativa que surge de la terapia familiar, postula que las familias cuentan de sí mismas una *historia saturada de problemas* que las definen y por las que se sienten definidas. Esta historia sin embargo no presta atención a otras experiencias no problemáticas, o menos problemáticas, de la familia ya que no concuerdan con lo negativo que la historia mantiene (White y Epston 1990). Así pues aquello relacionado con las habilidades y los recursos que la familia tiene, está infravalorado y enterrado bajo los problemas.

La máxima del abordaje narrativo dice que el problema no está en la persona, si no que el problema está en el problema. De tal manera que se ve a el problema por separado de las personas y asume que las personas tienen muchas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los asistirá a reducir la influencia del problema en sus vidas.

Existen dos principios importantes básicos de la terapia narrativa:

1. Mantener un estado de genuina curiosidad.
2. Hacer preguntas de las que realmente no se sabe la respuesta las conversaciones narrativas son interactivas y siempre en colaboración con la persona que consulta al terapeuta. El terapeuta busca entender lo que es de interés para la persona que lo consulta y cómo el camino se ajusta a las preferencias de quién lo consulta

La terapia narrativa busca un acercamiento respetuoso, no culposo de la terapia y el trabajo comunitario, la cual centra a la persona como expertos en su vida (White y Epston, 1990).

### 2.6.1.4. Técnicas

Es a través del uso cuidadoso del lenguaje en la conversación terapéutica, que la curación de la persona se inicia y finalmente se logra. El abordaje narrativo provee una secuencia útil de preguntas que producen un efecto liberador para las personas. Se produce así una re-narración de sus historias y se comenzará a asumir una visión externalizada del problema liberando a la persona y a los que se encuentran a su alrededor, e impidiendo identificar a una persona con el problema, al mismo tiempo que la motiva para el cambio (White y Epston, 1990).

Antes de poder cambiar la situación se investiga como el problema ha afectado o dominado a la persona o la familia, esto permite aceptar el sufrimiento de la persona o del grupo y reconocer las

limitaciones que el problema ha impuesto en sus vidas, además de proveer oportunidades para establecer más externalización.

De acuerdo con White y Epston (1990) el lenguaje, enfatiza la posibilidad de escoger de las personas y crea la posibilidad de responder por sí mismo en vez de culparse. Si el problema invita, en vez de forzar, uno pudiera declinar la invitación. Este paso también aumenta la motivación. La familia y la persona se unen al terapeuta en la meta común de destronar al problema y su dominio sobre la persona y la familia.

Tras esto se descubre y reviven los momentos en que los pacientes no han sido dominados por el problema, y sus vidas no se han visto divididas por el mismo, es aquí por tanto, dónde la vida de la persona comienza a escribirse de nuevo. Se usa la evidencia de esta competencia individual para establecer puentes hacia donde la persona tiene una historia de vida diferente, una vida donde la persona es competente.

Finalmente, se inicia un proceso especulativo con la persona y la familia acerca del futuro que debe esperarse de esta persona competente y fuerte que ha emergido del proceso.

Entre las herramientas que se utilizan con mayor frecuencia en este enfoque se encuentran las expuestas a continuación.

La **externalización** es el fundamento en el que se construyen las conversaciones. Es una actitud y una orientación en la conversación, no simplemente una técnica. Para facilitar este proceso, es importante imaginar al problema como una “cosa” que está sentado en otra silla. A veces al problema se le puede dar una identidad o darle un nombre como persona, a esto se le llama personificar el problema. En otras palabras, la externalización de un problema consiste en la separación lingüística del problema de la identidad personal del paciente.

Se ha argumentado que tales etiquetas estáticas y generalizadas, destruye la creencia de cada uno en la posibilidad de cambio. Las etiquetas generalmente les dan a los pacientes la idea de que la seriedad de sus problemas es aceptada, así como un sentimiento de hermandad con otros que padecen el mismo problema.

A través del uso la externalización, los terapeutas narrativos son capaces de aceptar el poder de las etiquetas, al mismo tiempo que evitan la trampa de reforzar el apego a las mismas. La externalización ofrece una manera de ver a los pacientes con una parte de ellos mismos no contaminada por los síntomas. Esto automáticamente crea una visión de la persona como no determinada y capaz de

tomar decisiones en relación al problema. Las ideas de la terapia narrativa permiten, el surgimiento de respeto y autoestima no solamente para el paciente sino también para el terapeuta.

El lenguaje usado no debe ser determinante: el problema nunca causa que la persona o la familia haga algo, solamente influye, invita, dice, trata de convencer, usa trampas, trata de reclutar, etc. Pero ¿qué se puede externalizar? Sentimientos (culpa, miedo, celos), problemas entre las personas (peleas, conflictos, discutir), la cultura y prácticas sociales (la culpabilidad a las madres, la culpabilidad de los padres, la dominancia heterosexual, el racismo).

Es crucial que el lenguaje que se escoja en la externalización de las conversaciones no refuerce, sin querer, las ideas dominantes que apoyan al problema sino que el nombre del problema verdaderamente represente la experiencia de quien nos consulte. Así que es de suma importancia explorar más.

Externalizar conversaciones desempodera los efectos de la etiqueta, la patologización, el diagnóstico que generalmente son sentidos por las personas como que empobrecen sus vidas. Se abren posibilidades para describirse a sí mismos y a sus relaciones desde una posición nueva y no saturadas de problemas. Permite un desarrollo de una historia alternativa que sea más atractiva para las personas o la familia. Al separarse del problema, empiezan a hablar de sí mismos como afectados por el problema en vez de ser ellos el problema, y se abren opciones, será más fácil darse cuenta de las veces que están separados del problema o que éste no esté presente. A esto se le llama *resultados únicos* los cuales proveen espacios para historias diferentes y descripciones más ricas de la vida de las personas. De esta manera, la persona deja de pensar a quien culpar y piensan en el problema como una identidad independiente. La cooperación se vuelve posible cuando el problema no está localizado en la identidad de las personas.

**Preguntas de influencia relativa** son utilizadas para explorar la influencia que el problema ha tenido en los diferentes aspectos de la vida de cada persona, y así poder ayudar a su externalización. Estas preguntas ayudan a trazar la historia del problema e invitan a los consultantes a reflexionar acerca de la influencia que ellos han ejercido sobre el problema. En estos casos se trata de buscar aquellos *acontecimientos extraordinarios*, en los que el consultante es agente de su propia vida, ya que esto ayuda al consultante a explorar sus recursos, capacidades y logros.

**Conversaciones de Re-autoría** permiten crear un andamiaje que lleve a las personas a considerar el significado de los eventos extraordinarios, y ubicarlos en la trama de sus historias. Lo anterior puede hacerse a través de hacer preguntas respecto a el *Panorama de la Acción* y el *Panorama de Conciencia*, ideas retomadas por White y Epston (1990).

El *Panorama de la Acción* contiene eventos unidos en secuencias ubicadas en tiempo (presente, pasado y futuro), donde se desenvuelve una trama. Para hacer patente la cosificación del problema se le nombra, y al identificarlo se designa también a la contra trama o nueva línea de identidad, en la cual se centra toda la influencia que la persona ya tiene (aunque no la reconozca) y que desarrollará sobre el control del problema. Por otra parte en el *Panorama de la Conciencia* se encuentran las referencias de significado que la persona crea acerca de su experiencia, del mundo y sus procesos, de acuerdo a sus deseos, preferencias, valores, compromisos y principios de vida.

Tanto White como Epston (1990) buscan aplicar estas ideas al análisis de la experiencia relatada, de tal manera que ahora la historia se puede comenzar a desentrañar, deconstruir buscando relaciones en los dos panoramas de acuerdo a la trama que plantea el problema y posteriormente buscando acontecimientos extraordinarios o logros aislados. Cuando existe un problema, ese relato se convierte en una historia saturada de problemas, dónde el problema tiene preeminencia y pareciera hablar por la persona, inundar todas las áreas de su vida. Así, partiendo del problema y del mapeo de las relaciones que se ven afectadas o interferidas por éste, utilizando a la conversación externalizante como vía para crear un espacio de análisis entre la persona y su relato, lo cuál tiene efectos importantes para cambiar la relación internalizante que generalmente se tiene con el problema, tratando de hablar o de volverse identidad de la persona.

Las preguntas del *Panorama de la Acción* enfocan eventos específicos y su ocurrencia en la historia reciente y lejana. Las preguntas del *Panorama de la Conciencia* se centran en revelar lo que el problema y sus consecuencias han significado para la persona y la familia acerca de sí mismos y de sus relaciones.

Otra de las herramientas utilizadas por los terapeutas narrativos son las **Ceremonias de Definición**, en las que se busca que los consultantes enriquezcan los textos de sus vidas, engrosar sus propias historias a través de las conversaciones con testigos. Las ceremonias de definición son similares a la idea del equipo reflexivo de Tom Andersen (1994), pero incluyen una “conversación acerca de la conversación” (White, 2004), que permite deconstruir las ideas mencionadas en las distintas reflexiones.

White y Epston (1990) proponen el uso de materiales tales como cartas, certificados u otro tipo de documentos, como una manera de engrosar las historias alternativas de aquellos que consultan.

La terapia narrativa está interesada en descubrir, reconocer y llevar a parte las ideas, creencias, prácticas de la cultura en que vive la persona y sirven para asistir al problema y a su historia, ya que de esta manera es más fácil cuestionarlas y desafiarlas. Generalmente, las creencias e ideas que asisten al problema, se dan por hecho como “verdades”. A través de preguntas y conversaciones, se

puede trabajar, examinar estas ideas, y ver cómo sostienen al problema y trazar su historia. Esto se puede lograr a través de la **deconstrucción** la cual trata de resaltar y examinar las verdades que se dan por hecho (Morgan, 2000). La deconstrucción se basa en lo que se designa como “constructivismo crítico” o como una “perspectiva constitucionalista del mundo”. A partir de esto se propone que la vida esté modelada por significados que se asignan a la experiencia (White, 1995). De esta manera se pueden cuestionar las ideas que “se dan por hecho” y abren alternativas para cuestionar, desafiar y romper con la visión del problema, conectándose más con la visión que las personas para sus vidas, modos de ser y de pensar (Morgan, 2000).

Finalmente la conversación puede tomar muchas direcciones, siempre se puede cambiar de camino, volverlo a retomar, ir por el mismo camino. No hay un camino “correcto” sino muchas posibilidades de dónde escoger.

## 2.6.2. *Terapia Colaborativa*

### 2.6.2.1. *Antecedentes*

La raíz de la terapia colaborativa está en el movimiento sistémico o interaccional, al que comúnmente se denomina “terapia familiar”. La visión sistémica constituye como su objeto de reflexión e intervención a las relaciones interpersonales. De esta manera surge la posibilidad de considerar los “problemas psicológicos” en contexto, no como manifestaciones de propiedades internas, si no como parte de pautas de interacción (Anderson, 1999; Hoffman, 1981; Hoffman, 2002). Las nociones de contexto y relaciones permitieron la transición hacia otros marcos que también reflexionaban en torno a ellas, principalmente el construccionismo social y la crítica posmoderna.

La terapia colaborativa no surgió de una idea *a priori* de que la terapia tendría que ser posmoderna. El catalizador del cambio fueron las tensiones entre la experiencia del hacer y los medios disponibles para dar cuenta de esa experiencia (Anderson, 1997). En ese sentido puede ser útil dar una imagen del escenario en que se daba la terapia.

Las terapias de corte interaccional fueron las primeras en reunir familias en el consultorio. Paralelamente, los espejos unidireccionales se convirtieron en un elemento intrínseco a la práctica. Ambos elementos convirtieron las relaciones interpersonales en procesos observables y modificables. Al mismo tiempo, el espejo permitió que el trabajo clínico se realizara en equipos, compuestos por el terapeuta y los observadores detrás del espejo (Hoffman, 1981; Hoffman, 2002). Si bien las familias

eran entidades visibles para el terapeuta, el equipo y la lógica de sus intervenciones eran invisibles para el paciente.

### 2.6.2.2. Principales Exponentes

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

### 2.6.2.3. Principios Básicos

La Terapia Colaborativa se basa en la idea de que los seres humanos somos sistemas en lenguaje o sistemas de lenguaje. Somos sistemas generadores de significados. La terapia es un tipo de sistema de lenguaje o de generación de significados.

Este enfoque es más bien una *filosofía de la terapia* que un modelo o un conjunto de técnicas. Se trata de una postura filosófica basada en las conceptualizaciones posmodernas sobre el conocimiento y el lenguaje. Tiene que ver con una forma de ser, de pensar, hablar y relacionarse con las personas con las que nos reunimos en la terapia. Esta postura implica una actitud que le comunica al otro que es un ser humano único, no un tipo de persona o una categoría, y que vale la pena escuchar lo que tiene que decir. Si un terapeuta cree esto, tiene una forma natural y auténtica de conectarse, colaborar y construir con el otro. Esto crea la posibilidad de que la terapia sea más participativa, colaborativa y menos jerárquica.

El terapeuta colaborativo y sus clientes se convierten en compañeros conversacionales, al participar en conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas. Esto requiere que lo que el cliente tiene que decir se vuelva el foco de atención y que el terapeuta constantemente escuche, aprenda y trate de entender al cliente desde la perspectiva del cliente y el lenguaje de éste.

La terapia es una investigación compartida en la que cliente y terapeuta exploran juntos lo familiar y co-crean lo novedoso. En este proceso, la historia del cliente se cuenta de una manera que la clarifica, expande y transforma. Las conversaciones dialógicas y las relaciones colaborativas van de

la mano: los tipos de relaciones que tenemos dan forma -permiten o limitan- a los tipos de conversaciones que podemos tener y viceversa (Anderson, 1997).

Las premisas que construyen este enfoque son elaboradas por Anderson y Goolishian (1996) y señalan que:

- Los sistemas humanos son, tanto generadores de lenguaje, como de significados.
- Los significados y la comprensión son construcciones sociales.
- Los sistemas se forman diagonalmente alrededor de los problemas, tanto en la terapia como fuera de ella.
- La terapia es un hecho lingüístico de búsqueda y exploración mutua.
- El terapeuta es un participante observador y facilitador de la conversación terapéutica.
- El principal instrumento de trabajo del terapeuta es la formulación de preguntas conversacionales desde una postura de no saber.
- Los problemas existen en el lenguaje y son propios de contexto narrativo y lingüístico en el cual se gestaron.
- El cambio en la terapia surge con la creación de una nueva narrativa, que re-lata y re-relaciona los hechos de la vida de las personas, abriendo la oportunidad para una nueva mediación.

De acuerdo al enfoque colaborativo, la terapia se transforma en un contexto socioconstruccionista en el que el cliente y terapeuta co-participan para construir, a través del lenguaje, nuevas narrativas.

#### *2.6.2.4. Técnicas*

Este enfoque sostiene que el conocimiento, el lenguaje y las relaciones interpersonales son ámbitos inseparables. El conocimiento es relacional (se crea y se transforma en el intercambio social) y el lenguaje es generativo (conforma nuestras vidas y relaciones) (Anderson, 1997). Estas premisas se expresan en una analogía: la terapia como conversación. La terapia es una relación que se da en y a través del lenguaje. Esta analogía señala cuál es el papel del terapeuta, las características del proceso y a los miembros del sistema terapéutico. Para el terapeuta colaborativo, un “problema” no es una entidad objetiva y localizable. Por el contrario, hay tantas definiciones de problema como conversaciones en torno a él.

Los integrantes del sistema terapéutico son las personas que están en conversación sobre el problema. Ellos definen las cuestiones relevantes para el intercambio, en la medida en que las descripciones de la queja se modifican, también cambian los integrantes de dicho sistema. En una

versión burda, un terapeuta es un participante más dentro de esta red conversacional. No obstante, su participación no está exenta de intencionalidad o responsabilidad. El tipo de participación del terapeuta se ha descrito como una postura filosófica: *una forma de ser en relación con el otro*, es también una posición de reflexión sobre los conocimientos y sesgos del terapeuta (Anderson, 1997; Anderson, 2003). Se da lugar a la multiplicidad. Cada miembro presenta un punto de vista único, el objetivo es intercambiar opiniones, no alcanzar consenso. La figura del experto se diluye. Ya no hay un juicio único que dicta cómo es o cómo debería actuar el paciente. Hay visiones diferentes ancladas a un contexto local de producción.

La aproximación colaborativa se interroga sobre la influencia del conocimiento en las relaciones interpersonales y viceversa. Tradicionalmente, el terapeuta es visto como el poseedor de un conocimiento que determina su relación con el paciente.

El terapeuta que adopta esta postura crea una relación que abre espacio para la construcción de conocimiento, de nuevos significados. Con este afán, muestra una actitud de respeto, curiosidad y apertura; hace públicos sus supuestos, al mismo tiempo que asume su carácter contingente y relativo. Desde esta postura filosófica, el terapeuta participa en una exploración compartida. El intercambio toma forma a partir del vocabulario, las descripciones y narraciones del paciente (Anderson, 1997; Levin, London y Tarragona, 1998).

Esta aproximación propone que la escucha y el habla son una forma de acción conjunta. Las expresiones del terapeuta son una continuación de su escucha, van encaminadas a la comprensión y el reconocimiento del otro, son una invitación a que amplíe su relato (Anderson, 1997; Anderson, 2003). La comprensión no es un proceso finito, es parte de la construcción conjunta de significados, como tal es generativa, da lugar a nuevas descripciones y narraciones, abre posibilidades de cambio. El bosquejo de las líneas anteriores pretende dar una visión general de la práctica colaborativa y las premisas de que se nutre. Puede resultar difícil visualizar este tipo de terapia, ya que no se estructura a partir de acciones, técnicas o pasos específicos. El reto para el practicante es traducir esta postura para responder a las particularidades de la situación. Luego, las expresiones y acciones del terapeuta varían de acuerdo al paciente y al contexto. Esta idea tiene una implicación doble ya que crea un contexto para que las personas se describan en sus propios términos y además los ubica como arquitectos de su proceso terapéutico.

En el encuentro terapéutico se genera una visión de la vida del paciente sin el problema. Las intervenciones del terapeuta están encaminadas a encontrar recursos y fortalezas en las personas y a identificar excepciones, es decir, aquellos eventos u ocasiones en que la queja está ausente. Esta práctica sostiene una visión no-patologizante de las personas y sus dificultades. El terapeuta parte de

un conjunto de herramientas específicas, en ese sentido asume una postura estratégica en la producción del cambio. Sin embargo, no se plantea como una autoridad que dicta qué tipo de vida debe tener el paciente.

Anderson (1999) sostiene que al intentar definir cuáles eran las intervenciones que se estaban empleando observaron que en realidad no había tales, sino que más bien durante la conversación surgían ideas y acciones donde las personas participan en su concepción, y solamente aparecen lógicas y coherentes en el contexto de la familia.

Dentro de este enfoque existen diferentes aspectos que pueden promover el diálogo, como por ejemplo: creer en los recursos y capacidades de las personas, mantener interés por la situación de las personas, comprometerse con el proceso de empoderar a las personas respecto a las decisiones de sus vidas, que el terapeuta se quite el rol de experto (Madsen, 1999).

### 2.6.3. *Equipo Reflexivo*

#### 2.6.3.1. *Antecedentes*

El modelo de equipo reflexivo surge a partir de las prácticas constructivistas en la formación de consultores (Schön, 1991; Andersen, 1987, 1994). Se define como una forma de trabajo en equipo o una forma de pensar, que integra la teoría constructivista del conocimiento en acción (Shotter, y Katz, 1993) con las prácticas reflexivas. Su metodología se diferencia de los enfoques tradicionales usados en la supervisión y entrenamiento de consultores en cuanto a que: 1) abandona la idea de "explicar" por la de "comprender"; 2) utiliza el diálogo como método para comprender los significados de los pensamientos de los demás, expresados a través del lenguaje; 3) el espacio mental es propuesto como un espacio público e intersubjetivo.

La modalidad sistémica constructivista del Equipo Reflexivo fue propuesta por Tom Andersen en 1991 en su obra: *The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about Dialogues*. Tras una larga formación sistémica y recogiendo las aportaciones tanto de la escuela de P. Caillé y sus colegas, como las del Instituto Ackerman de Nueva York ( Hoffman, entre otros), de la escuela de Milán (de manera especial las aportaciones de Boscolo y Cecchin en una línea más constructivista), Minuchin, Haley, Watzlawick, entre otros encontró una forma original de trabajar con familias (Beltran, 2004). De acuerdo con Andersen (1990), la construcción de los argumentos teóricos del trabajo reflexivo con equipo reflexivo se desprendieron inicialmente de las ideas cibernéticas y constructivistas de Von Foerster y Von Glasersfeld, de las ideas de Bateson, sobre las diferencias y la diferencia que hace la

diferencia, y de las aportaciones de Maturana y Varela sobre la biología del conocimiento y del multiuniverso.

Goolishian es otro de los personajes que influye en Andersen, ya que en 1988 lo escucha en las conferencias en el *Galveston Family Institute*, con lo que logra tener una comprensión más clara del habla como proceso de constitución del ser, que en conjunción con la influencia de las ideas construccionistas de Shotter y de Gergen, le permiten modificar la orientación de sus ideas hacia argumentos basados en una comprensión relacional del significado (Andersen, 1990).

A nivel conceptual Andersen señala que antes de llegar a lo que es su perspectiva actual tuvo que pasar por muchos prejuicios (un prejuicio se compone de diversos tipos de conocimiento que provienen de la cultura y la tradición en la que vivimos y de las experiencias personales de nuestra vida) que le permiten hacer comprensible su trabajo clínico. Precisa que ahora tiene una visión posmoderna del yo, en la que éste se considera básicamente constituido a través del lenguaje y las conversaciones (Andersen, 1990).

Los miembros del equipo reflexivo desarrollan sus actividades en contextos diferentes y tienen agendas personales y funciones diferentes. Todo esto influye en el proceso de aprendizaje, ya que cada miembro es un agente activo de su aprendizaje personal, interpersonal y grupal a través del intercambio de experiencias y de la conversación continua entre ellos mismos. De esta manera, se forma un contexto de colaboración y un clima de apertura, intercambio y flexibilidad.

### 2.6.3.2. Principios Básicos

El equipo reflexivo, también denominado según Andersen (1990), "un proceso de reflexión" o "conversaciones sobre las conversaciones", es una modalidad sistémica de intervención en psicoterapia que aún tiene poca historia, aunque su desarrollo ha sido muy significativo en los últimos años.

Esta modalidad técnica permite que las fronteras entre la familia y el equipo se difuminen en mayor medida que en otras formas de intervención sistémica más habituales. No se espera una intervención final del terapeuta como en el modelo clásico. Según Andersen (1990) los miembros del equipo se fueron haciendo más sensibles a los sentimientos de conformidad o disconformidad de los propios clientes. Lo inusual, la introducción de novedades era importante para producir diferencias, pero no tan grandes que hiciera sentirse incómoda a las familias. También comprobó que la presencia de las familias limitaba la aparición de connotaciones negativas por parte de los miembros del equipo. El

punto de vista del observador cambiaba en la medida en que se situaba en un lugar u otro del sistema.

Escuchar y hablar se convierten en procesos potentes si son hábilmente aprovechados por el equipo y la familia. Observar los procesos de reflexión al escuchar puede organizar los pensamientos internos de los propios participantes. La relación con los clientes se hacía cada vez más igualitaria.

El proceso que permite el equipo reflexivo es tanto formativo como informativo. Se trata de una modalidad sistémica que puede favorecer un proceso terapéutico muy cargado de respeto y creatividad, donde las aportaciones de la familia y del equipo podrían enmarcarse en lo que se define en el constructivismo como relación de "experto a experto" (Feixas y Villegas 2000).

Las premisas filosóficas de este enfoque señalan que:

- Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
- Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyen una realidad.
- Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
- La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.
- El lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.
- El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y en nuestras prácticas cotidianas, en las que también se genera.

Para que el cambio se logre en la conversación, clientes y equipo coparticipan en un proceso social de generación de significados y acciones alternativas mediante la reflexión, que es descrita por Anderson como el proceso en el que "algo" es oído, aprehendido y pensado antes de dar respuesta. Es alternar entre diálogos internos y externos en presencia de un tercero que observa y escucha con atención, validando a la persona. La conversación es una oportunidad para buscarle una salida a la situación y, al mismo tiempo, es un acto de reconstrucción del yo. Estos aspectos del proceso reflexivo son importantes al asumir una postura de colaboración y para lograr una conversación diferente.

### 2.6.3.3. Técnicas

Los procesos reflexivos se caracterizan por intentar decir todo abiertamente, de tal manera que el cliente siempre pueda oírlo. De tal manera que Andersen (1990) consideraba importante los siguientes puntos, para realizar el procedimiento de las conversaciones reflexivas.

- Los miembros del equipo pueden estar detrás de un espejo o bien en el mismo espacio que los clientes y el terapeuta.
- Durante la entrevista, los miembros del equipo 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 el terapeuta para ofrecer sus reflexiones.
- Al hablar, los miembros del equipo se miran entre ellos, no establecen contacto visual con los clientes.
- Los miembros del equipo 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.
- Los miembros del equipo deben tratar de no transmitir connotaciones negativas o que puedan ser entendidas por el oyente de esta manera.
- 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.

Lo que NO se debe de hacer, de acuerdo con Andersen (1990) es comentar sobre cosas que pertenecen a otros contextos (fuera de la entrevista), dar connotaciones negativas, interpretar, juzgar.

William Lax (1995) recopila y propone diferentes sugerencias entorno al equipo reflexivo, señalando dos momentos del trabajo:

- **Antes de la intervención del equipo:** sugiere que los miembros del equipo pueden hacerse a sí mismos algunas preguntas antes de ofrecer reflexiones, ¿qué elementos de la entrevista estimularon mis ideas?, ¿hubo algo en especial de lo que ví u oí que me lleve a pensar de esa manera?, ¿hubo algo en lo que oí que me haya emocionado o “llegado” personalmente?,

¿hay alguna experiencia en mi vida que me haya llevado a tener pensamientos o asociaciones similares de las que quisiera comentar en este momento.

- **El Equipo en Acción:** En el momento de ofrecer sus reflexiones los miembros del equipo conversan entre sí de 10 a 15 min., un miembro del equipo puede hacer una pregunta acerca de algo novedoso que notó en la entrevista, cada pregunta puede referirse tanto a la historia de la excepción, como a sus posibilidades al futuro, cada miembro del equipo sitúa su comentario, es decir, lo contextualiza en función de su experiencia, educación, sistema de creencias, etc. Si un miembro del equipo no lo hace otros lo pueden hacer o ayudarlo a hacerlo, si un miembro del equipo hace un comentario en vez de una pregunta, otro miembro puede preguntar de dónde viene este comentario.

Lax (1995) enfatiza la importancia de hacer público el origen de las ideas de los miembros del equipo ya que al contextualizar cada pregunta, los miembros del equipo hacen evidente que sus comentarios no son necesariamente correctos o útiles para el cliente, porque son producto de la propia experiencia, de las propias ideas del integrante del equipo y situar a la pregunta también puede ayudar a explicar porque el miembro del equipo cree que su pregunta le puede ser útil al cliente aún cuando el cliente no lo considere así.

Otra variante es el genograma reflexivo, empleado por Hoffman y consiste en construir el genograma del cliente conforme se conversa con él. Durante el dialogo, las preguntas conversacionales permiten que el cliente presente a las personas que conforman el genograma. La conversación en torno al genograma se vuelve reflexiva cuando se dialoga sobre los significados construidos por las personas en torno a las relaciones entre, con y respecto a sus familiares. En la fase la reflexión con el equipo, los integrantes expresan sus reflexiones desde la perspectiva que suponen podría tener alguna de las personas que el cliente presentó en el genograma.

White (1995) emplea el equipo de reflexión como un medio para generar en las personas la voluntad de ser “participantes activos de su propia historia” y de “inventarse”. Los integrantes del equipo representan a “testigos externos” orientados por las prácticas de la terapia narrativa y en este caso es necesario que los participantes sitúen sus respuestas en el contexto de su propia experiencia vivida, pero desde una participación descentrada que prioriza la agenda del cliente y permite, en cierta medida, controlar el desequilibrio de las relaciones de poder característicos del contexto terapéutico.

White (1995) desarrolló un trabajo con equipos que consiste de 4 fases, cada una de las cuales constituye una entrevista en sí misma:

- 1) El entrevistador charla con los clientes mientras los miembros del equipo escuchan.

- 2) El entrevistador y los clientes cambian de lugar con los integrantes del equipo y los primeros son una audiencia para la entrevista que se hacen entre sí los miembros del equipo. Hablan principalmente sobre sus experiencias al escuchar la conversación que presenciaron. Se sugiere que los miembros del equipo no sean “anónimos” ante los clientes y situar de dónde viene sus comentarios (de su experiencia personal y no de un discurso profesional privilegiado). También se sugiere que se tomen en cuenta a todas las personas que participaron en la entrevista y que los terapeutas comenten sobre los aspectos poco reconocidos pero “preferidos” de la experiencia de los clientes, así como todo lo que apunte a posibles historias alternativas.
- 3) Vuelven a intercambiarse lugares y el terapeuta entrevista a los clientes sobre la experiencia de escuchar al equipo, especialmente sobre aquellos comentarios que les llamaron la atención o les parecieron útiles. El terapeuta ofrece también sus reacciones sobre lo que el equipo dijo.
- 4) El equipo, los clientes y el terapeuta se reúnen para “deconstruir” la terapia misma.

White (1995) propone que el trabajo con un equipo de reflexión se puede entender como una especie de "ceremonia de definición" en la que los miembros del equipo son "testigos externos" que validan las historias y las identidades preferidas de los clientes. Piensa que el grupo promueve también una "autoconciencia reflexiva" en la que las personas tienen una mayor conciencia de cómo se ven a sí mismos y pueden darse cuenta de opciones para darle forma a su propia vida.

Las preguntas que se pueden plantear a los testigos externos en cada paso son: **a) expresión:** ¿qué te llamó la atención mientras escuchaba la historia, de lo visto o lo escuchado?, **b) imagen:** ¿qué imagen llegó a tu mente mientras escuchabas la historia?, ¿cómo se relaciona esa imagen con lo que es importante para (la persona)?, **c) resonancia:** ¿qué hay acerca de tu propia vida/trabajo que se conecta con esas partes de la historia que te llamaron la atención?, **d) transporte:** ¿a dónde te has movido o te ha llevado en tu pensamiento lo que has escuchado?, ¿en qué lugar estás ahora que no estabas al inicio de estas conversaciones? (White 2006).

Finalmente el proceso conversacional termina cuando los consultantes deciden que han obtenido lo que han querido de esta conversación.

#### 2.6.4. Reflexiones Generales

La terapia narrativa es una opción que ofrece al consultante la oportunidad de entenderse como separado de sus problemas y como agente de su vida, de tal manera que será capaz de dominar al problema y no a la inversa. Este enfoque respeta a los seres humanos y deja de considerarlos como

“sujetos” para tratarlos como personas, en un contexto en donde se dejan de lado las jerarquías y se trabaja de la mano “hombro con hombro” con el consultante.

En la terapia colaborativa el terapeuta se acerca de una manera más humilde al consultante y se caracteriza por respetar al cliente de tal manera que el terapeuta no tratará de imponer nada en su agenda o dirigir la sesión en torno a sus intereses ya que las sesiones solo abarcarán los temas importantes para el consultante. De este enfoque me parece muy enriquecedor el poder reflexionar junto con el consultante acerca de las conversaciones con los otros, de sus vidas, y también considerar la invitación para una postura crítica ante la imagen del “experto” en psicoterapia. Me parece que esta forma de trabajo pone al terapeuta en otra posición en la que adopta una actitud más colaborativa, en dónde las jerarquías se ponen de lado y se logra hacer una co-construcción en la que tanto paciente como terapeuta van de la mano.

Respecto al Trabajo realizado por el Equipo Reflexivo me parece de gran utilidad durante la sesiones terapéuticas ya que este tipo de intervención le ayuda a los pacientes a voltear hacia otros focos de atención, interés y reflexión, de diversas situaciones por las que ha pasado, lo cual puede generar otra perspectiva y/o ver desde otra posición el panorama de su narrativa de vida.

Otra de los puntos importantes del equipo reflexivo es que para los clientes debe ser muy motivador el ver que son escuchados no solo por un terapeuta, sino que es un grupo de personas el que esta interesados en ellos y en su historia de vida.

# CAPÍTULO III

## DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

---

“Poner el acento en la técnica sin tomar en cuenta las pautas estéticas más abarcadoras da origen a una ejecución mecánica y estéril {...}, que soslaya todo fundamento estético y se centra en la puntuación teleológica de la “partida” terapéutica, como si se tratará de un juego de ajedrez en el que hay que demostrar maestría {...} el arte surge cuando corazón y cabeza se vuelven parte de un sistema cibernético capaz de autocorrección ecológica” (p.211).

**Keeney (1994)**

### 1. HABILIDADES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS

Implica el desarrollo de diversas habilidades y de recursos con los que cuenta el terapeuta en formación, esto con la finalidad de que le permitan llevar a cabo su trabajo con familias de una manera eficaz y dónde pueda realizar el proceso terapéutico de una manera óptima abarcando las diversas problemáticas existentes en los diferentes subsistemas familiares.

#### 1.1. Expedientes de trabajo clínico

A continuación presento un caso individual de una familia con la que trabajé como parte de las prácticas realizadas durante mi proceso de formación como terapeuta familiar. Es importante recalcar que cada caso fue supervisado por distintos profesores y desde diversos modelos terapéuticos. La forma en la que están presentados es la siguiente: ficha de identificación, motivo de consulta, resumen del caso, análisis teórico-metodológico, comparación del estado de la familia al inicio y al final del tratamiento, análisis del tema central trabajado en terapia y finalmente un análisis del sistema terapéutico total. Cabe aclarar que los nombres de los consultantes fueron modificados con el fin de respetar su privacidad.

##### 1.1.1. Caso Clínico 1

###### 1.1.1.1. Ficha de identificación

**Paciente.** Pamela (nombre ficticio)

**Terapeutas.** Brenda Elena Araujo Moctezuma

Consuelo García López



Tabla 10. Información general caso 1.

Edad	Nombre y Parentesco	Profesión y actividades
42	Pamela (P.I.)	Dueña de negocio
44	Gabriel (Ex esposo)	Empleado
23	Marco (Hijo)	Empleado
19	Andrea (Hija)	Estudiante
64	Dolores (madre de la paciente)	Hogar

**Motivo de consulta:** Pamela plantea durante la primera sesión que ella desea superar el miedo que siente, superar el abandono (por parte del padre y su ex esposo), asimismo busca trabajar en los sentimientos de egoísmo y posesividad que manifiesta con respecto a su madre y amistades.

**Resumen del caso:** el problema por el cual asiste Pamela se desarrolló durante su infancia. La consultante relata que su madre, Dolores, tuvo dos matrimonios, y en el primero procreó tres hijos, dos mujeres y un varón, Lucrecia, Elizabeth y Gerardo; cuando la relación se termina Dolores y sus hijos se van a vivir a otro lugar. Poco tiempo después, la madre de la paciente decide establecer una nueva relación con Ulises, padre de la paciente, junto a este hombre conciben tres hijas más Ana, Cecilia y Pamela nuestra paciente. Pamela relata que la relación con su padre no era buena, ya que la maltrataba golpeándola, humillándola y en algún momento intentó abusar de ella.

La paciente menciona que su padre abusaba sexualmente de su media hermana mayor, Lucrecia, constantemente, por lo que resulta embarazada cuando era una adolescente, la madre de la consultante al enterarse de la situación demandó a su esposo logrando que fuera encarcelado durante un lapso corto de tiempo; pocos meses después debido a la presión de la familia de su esposo, la madre de Pamela decide retirar los cargos para que él pueda salir de la cárcel. Después de salir de la cárcel Ulises comienza una vida marital al lado de la hija mayor de su aún esposa y media hermana de la paciente, situación que derivó en el divorcio de la pareja y la separación de la familia. Según recuerda la consultante, la familia conformada por su media hermana y su padre habitaban en el mismo terreno junto a la casa donde vivía ella junto a su madre y sus hermanos; manifiesta haber crecido con los hijos de su hermana y convivir con ellos de una manera normal, no informó acerca de peleas o disputas entre su hermana y madre debido a lo sucedido.

A los 19 años, la paciente se casa con Gabriel, el padre de sus dos hijos del cual se divorcia tres años después debido a una infidelidad por parte de él. Posteriormente Gabriel contrae matrimonio con otra mujer y procrea dos hijos más. A partir de ese acontecimiento comienza una transformación en Pamela, ya que de acuerdo con sus propias palabras se convierte en una mujer amargada, triste y deprimida que no permitiría que la siguieran lastimando, motivo por el cual se vuelve sumamente desconfiada y comienza a apartarse de los demás.

Al inicio de la terapia Pamela indicaba sentir rechazo y envidia al observar que su hermana mayor atendía y llevaba a pasear a su madre, se repetía constantemente que era una persona posesiva y envidiosa con su madre, sobre todo al observar que su madre se llevaba muy bien con su media hermana. Menciona sentirse sumamente resentida por todo lo sucedido en su vida, además de tener la sensación de ser poco inteligente debido a que no cuenta con preparación académica superior y que en ocasiones el miedo se apoderaba de ella dándole la sensación de que no sería capaz de resolver las situaciones que la vida le pusiera en frente.

En diversas ocasiones Pamela señala que sus hermanas Ana y Cecilia mencionan con mucha frecuencia y desaprobación que Pamela se aferra demasiado al pasado, esto es debido a que ella desea conocer más a fondo su historia familiar. Esta situación la hace cuestionarse si está bien querer saber qué fue lo que pasó, ella se pregunta constantemente si está en su derecho de indagar más al respecto o si es mejor dejar las cosas así, esta situación la hace sentir culpa.

En esta exploración de su pasado la paciente habló de situaciones complicadas por las que había atravesado, la intensa depresión que había sentido y sus constantes ideas de suicidio, así como lo difícil que fue para ella llevar el sustento económico a sus hijos y cómo se convirtió en alguien triste que no se permitía sentimentalismos ya que procuraba que sus hijos la observaran como alguien fuerte y aprendieran de ella para poder salir adelante.

Otras de las dificultades familiares que Pamela planteó en terapia fue su sentimiento de no ser una “buena madre” ya que su hijo Marco se separó de su primera pareja, con la cual tuvo un hijo y actualmente tiene otra pareja con la que procreó otro hijo; sin embargo, sigue viendo a su primera pareja. Esto aunado al hecho de que su hija recientemente le reveló tener preferencias homosexuales. La hacen sentir una “mala madre”, además de ocasionarle múltiples discusiones con su hija.

A pesar de las diversas situaciones con las que se ha enfrentado la consultante se observa que es una persona con muchos deseos de superarse y salir adelante ya que en el plano económico es un individuo totalmente independiente que cuenta con un negocio propio (tortillería) y gracias al cuál ha sido capaz de apoyar a sus hijos y a su madre económicamente.

Con lo que respecta al área emocional, actualmente, Pamela tiene una relación estable y satisfactoria con Pedro, del cual habla poco, pero cuando lo hace se expresa muy positivamente señalándolo como una persona muy comprensiva y tranquila con la cual se siente agusto y feliz. Es importante señalar que estos elementos fueron tomados en cuenta al generar intervenciones encaminadas al empoderamiento de la consultante ya que ambas situaciones son ejemplos de los recursos con los cuales cuenta Pamela.

Durante el proceso terapéutico Pamela desarrolló flexibilidad y dejó de lado la culpa y los sentimientos de no haber sido una “buena madre”. Finalmente la paciente comprendió que la elección de vida de sus hijos es responsabilidad de ellos, al igual que la elección de su madre con respecto a los sentimientos hacia Lucrecia. En el transcurso de la terapia se le hizo ver a Pamela que era elección de ella misma sentirse culpable o no, de cualquier situación que le sucediera, y que no necesariamente sería juzgada por los demás.

Durante la terapia se logró que la consultante dejara de sentir la necesidad de hablar del pasado y se centrará más en el presente. Poniendo énfasis en estar al pendiente de sus necesidades y deseos así como que valorará logros y los recursos con los que cuenta para salir adelante.

Cabe resaltar que en esta paciente los sentimientos de vergüenza experimentada tanto por su situación familiar, como por su divorcio eran emociones que le preocupaban mucho y constantemente lo mostraba en terapia, durante el desarrollo de las sesiones se le confrontó con estos sentimientos connotando positivamente sus acciones y recursos, sembrando ideas acerca de sus propias fortalezas y la importancia de externar lo que sentía, sin preocuparse si son sentimientos “buenos” o “malos”, haciéndole ver que todas las personas tenemos toda clase sentimientos y eso no nos convierte en “buenas” o “malas” personas sino que son parte de nosotros y son parte de todos los seres humanos.

Las terapeutas reforzamos la idea en Pamela respecto al gran esfuerzo que estaba realizando al ser constante en la terapia y ella pudo reconocer que estaba en camino hacia un mejoramiento en su vida, aunque le estaba costando mucho trabajo; sin embargo, ella estaba dispuesta a realizar un cambio permanente.

El cierre del proceso se llevó a cabo mediante nuestra reflexión final como terapeutas y con un agradecimiento por habernos compartido su historia. Se dio paso también a un ritual en el que de manera simbólica se le entregaron varios cuarzos de diferentes colores y se le pidió que nombrara cada piedra con cada una de sus cualidades o herramientas que posee para enfrentarse a la vida, se le invitó a que fueran guardados en una cajita que también le obsequiamos y decidimos nombrarlo

como su caja de herramientas en donde estarían guardadas sus cualidades y recursos, para que funcionara como una muestra y recordatorio de que podía lograr lo que deseaba. También se le entregó un diploma firmado por las terapeutas y por el Dr. Macías en donde se le reconocía su trabajo y se le daba de “alta” ya que desde el inicio del proceso la paciente mencionó que sabía que en algún momento sería dada de alta y que deseaba trabajar arduamente para que así fuera. Con este ritual se dio paso al cierre formal del proceso terapéutico con esta paciente.

#### *1.1.1.2. Análisis Teórico-Metodológico de la intervención*

Durante la primera etapa del proceso terapéutico se trabajó con la consultante de acuerdo al modelo estratégico, con diversas intervenciones durante las sesiones y tareas en casa. En total fueron seis sesiones en las cuales nos enfocamos en trabajar en las metas terapéuticas señaladas por la paciente durante la primera sesión, entre las que se encontraban: superar el miedo que sentía, superar el abandono (por parte de su padre y ex esposo) y trabajar en los sentimientos de egoísmo y posesividad que presentaba.

Durante las primeras cuatro sesiones del proceso de Pamela ella intentaba controlar la sesiones, los temas y a las terapeutas, a quienes descalificó por su edad y a quienes les costó trabajo obtener su confianza debido a que se llegaron a presentar situaciones de simetría y complementariedad durante el proceso; a pesar de este escenario, finalmente, se logró un buen enganche terapéutico entre la paciente y las terapeutas, el cual se fue reforzando en el transcurso de las sesiones. Se puede observar que el sistema en su totalidad fue adquiriendo mayor confianza, tanto por parte de Pamela, que se mostró más abierta y colaborativa, como por parte de las terapeutas ya que se logró que la consultante cooperará y creyera en nuestro trabajo a pesar de la juventud que ella misma señalaba no le generaba confianza. Esto fue algo muy benéfico para ambas partes ya que logramos trabajar en equipo, consiguiendo que Pamela se dejará guiar por nuestras directivas para así poder expresar sus emociones y enfrentar aquellas situaciones que le generaban conflicto.

En la primera entrevista se investigó la estructura familiar de la consultante, y en el transcurso de la sesión las terapeutas y la paciente establecieron cuales eran los problemas que Pamela deseaba tratar en la terapia; siendo nuestra principal tarea comprender el problema y formularlo de una manera clara con la intención de que nos permitiera visualizar los avances y/o cambios durante el proceso de la paciente.

Con este rastreo de información se observó claramente que en la familia de origen de Pamela el poder y la jerarquía superior la poseía su padre ya que era él quien ponía las reglas y delimitaba las

conductas de los demás, la paciente incluso menciona que su madre le enseñó a ella y a sus hermanas a tenerle miedo a su padre y estaban sumergidas en un círculo de violencia, ya que cuando su padre bebía alcohol se debían seguir ciertos lineamientos para evitar que se molestará aún más el padre, cuando esto sucedía la madre trataba de esconder a sus hijos y así evitar que los golpeará, sin embargo, ellos alcanzaban a escuchar y a observar que su padre violentaba a su madre. La jerarquía que su padre poseía era única para él y no solía intercambiarse con algún miembro de la familia. De esta manera el peligro de externar el secreto del incesto y la violencia siempre estuvo presente por el temor de que su padre se violentara aún más.

De ahí la importancia que Pamela le da a las jerarquías y por lo tanto a las personas que puede percibir como autoridad. En el proceso terapéutico se observa claramente que ella es la que quiere tener el control de las sesiones e inclusive en ocasiones lo logra, aunque esto fue cambiando con el tiempo; sin embargo, ella misma recalca en múltiples ocasiones que le generaban intensos sentimientos de vergüenza el hecho de tocar ciertos temas, esto aunado a la poca experiencia que percibía de las terapeutas debido a su edad, por lo que para la paciente en una manera un tanto descalificadora preguntaba a las terapeutas si en verdad la entendían.

Durante esta primera sesión se trabajó más bien con una perspectiva estructural con la finalidad de entender como era la conformación de la familia de Pamela y la problemática que se presentaba en la misma. De esta forma se logró establecer el contrato terapéutico y los objetivos a seguir durante el proceso de la consultante.

Durante la segunda sesión, la paciente brindó información acerca de sus inquietudes con respecto a las versiones que se manejan dentro de la familia especialmente con su hermana Lucrecia pues indica que los hijos de ésta al parecer desconocen las situaciones bajo las cuales se dio la unión de Lucrecia y su padre. Esta situación produjo el tema referente a la incertidumbre que la paciente experimenta por no saber que versión maneja cada uno de los miembros de su familia especialmente su madre, debido a que no comprende porque no está enojada con Lucrecia.

Durante ésta sesión la paciente refirió haberse percatado del apoyo con el que cuenta por parte de sus hermanas quienes comparten opiniones similares a la de la paciente con respecto a su padre, su media hermana Lucrecia y su mamá.

La consultante también abordó el tema de su matrimonio y separación, el cual argumenta surge a raíz de una infidelidad de parte de su ex pareja durante el embarazo de su segunda hija, Pamela indicó que incluso ella pudo perdonar la infidelidad y permanecer al lado de su pareja aunque éste continuara sosteniendo una relación con otra persona, sin embargo, ella fue golpeada en una ocasión por Gabriel y fue a raíz de esta situación que se da la separación definitiva.

Al regreso de la pausa, se le transmitió a la paciente el mensaje del equipo que consistió en una metáfora que indicaba cómo algunas personas decidían curar sus heridas, revisándolas y limpiándolas constantemente y otras preferían olvidarla e incluso ignorarlas a pesar de que les causara dolor. Esta metáfora se transmitió con la finalidad de provocar en la paciente una reflexión con respecto a la manera en que se expresaba de la situación, ya que algunos miembros del equipo llegaron a considerar que la paciente no expresaba verdaderamente su sentir y evitaba tratar a fondo el tema.

La paciente trato de manipular las dos primeras sesiones tratando de cortar los temas abordados en terapia de una manera inesperada, argumentando que le costaba trabajo concentrarse y entender algunas directivas de las terapeutas. Debido a esta situación decidimos introducir un mensaje en el que se hablaba de su actuación ante su familia, ya que al parecer se desenvolvía como un testigo mudo y se le reiteró que en su espacio terapéutico tenía la libertad para poder hablar de cualquier tema sin temor a ser juzgada, ya que durante la sesión resaltó su sentimiento de vergüenza.

Para la tercera sesión la consultante comentó que se había dado a la labor de indagar qué había sucedido “en realidad” cuando su padre comenzó a vivir como pareja al lado de su media hermana. Pamela refiere que su madre se mostró muy sorprendida por este cuestionamiento, y argumentó no haberse dado cuenta de lo que había sucedido entre su esposo y su hija, razón por la cual la paciente le reclamó pues considera que una madre siempre debe estar pendiente de una hija, también recordó que su padre había estado recluido en la cárcel debido a que su madre lo había acusado ante las autoridades de abusar de su hija; la paciente indica que le costó trabajo recordar esta situación y que incluso le cuestionó a su madre el porqué había “sacado” a su padre de la cárcel. A raíz de la plática con su madre Pamela recordó las circunstancias bajo las cuales su padre y Lucrecia se unieron como pareja pues Lucrecia desapareció por un período no muy largo de tiempo y su mamá se resignó a seguir buscándola, poco tiempo después el papá también desapareció y al parecer a partir de ese momento es que comienzan a vivir como pareja.

Cuando se le solicitó a la paciente hablar acerca de la realización de su tarea, mencionó que esa tarde después de hablar con su madre escribió lo solicitado en la tarea, lo cual le hizo sentir mejor pues después de esa platica se movieron en ella muchos sentimientos, sobre todo de reproche, debido a que consideró que Dolores no cuidó a Lucrecia adecuadamente. Además la paciente mencionó también que gracias a esta plática dejó de considerar a su madre como víctima, y ahora también la veía como responsable, en cierta forma, de la situación que aconteció en su familia.

De la tarea realizada por la paciente resaltaron las siguientes ideas:

- ✓ La paciente se siente menos culpable al indagar acerca de lo que sucedió.

- ✓ Siente que está en su derecho de saber que sucedió.
- ✓ Considera necesario saber la verdad para poder entender de raíz lo que pasa con su conducta actual.
- ✓ Pudo darse de cuenta de otras dificultades que para ella son importantes, como el poder interactuar más fácilmente con las personas.
- ✓ Argumentó que tiende a ocultar sus sentimientos. Ya que considera que sobre todo ante su hija no debe mostrarse débil pues debe enseñarle un buen ejemplo siendo fuerte y no dejarse vencer por la tristeza o adversidades.
- ✓ Se siente una persona aislada.

Pamela abrió otros temas, como el hecho de que durante una temporada estuvo muy deprimida y deseaba morir. Así como también, lo difícil que fue para ella recordar que su padre estuvo en la cárcel.

Dentro de esta sesión se realizaron las siguientes intervenciones:

- **Focalización:** Al enfatizar acerca de los sentimientos que surgieron en ella después de la plática que sostuvo con su madre y con la realización de la tarea.
- **Siembra de ideas:** Se utilizó al hacerle ver desde otra perspectiva la manera en que la paciente percibía su aislamiento y su falta de interacción con otras personas.
- **Utilización de recursos:** destacando lo positivo de las actitudes de la paciente al mostrarse reservada con algunas personas.

De acuerdo con Haley (1993) dentro de la terapia estratégica, se busca que la solución de los problemas se dé dentro de un marco familiar. Este tipo de terapia no se centra en el individuo, sino en la situación social, considerando diferentes unidades sociales, como son la pareja, la familia nuclear, la familia extensa e incluso la comunidad; dichas unidades son vistas como una organización que determina funciones y jerarquías, así como la secuencia de las conductas que las caracterizan, por lo que en algunas sesiones se promovió un diálogo en donde se incluyera a la familiar nuclear.

En la cuarta sesión la consultante comentó que había tenido un mal entendido con su hermana mayor ya que, apoyando a su madre en su decisión de no salir con ella mintió al decirle a su media hermana que su mamá no se encontraba en la casa; desafortunadamente su hermana descubrió que su mamá sí estaba presente ante lo cual la paciente refirió sentirse descubierta. Debido a esto se exploraron con la paciente los sentimientos que esta situación le provocó. Posteriormente salió a colación su padre y la sensación de enojo que tenía hacia él, comentó que deseaba confrontarlo y

culparlo por lo sucedido, (deseo que anteriormente no había experimentado). La paciente mencionó sentir mucho miedo y estar confundida con estos nuevos sentimientos ya que durante las primeras sesiones repetía constantemente no sentir rencor hacia su padre. Por lo que se intervino normalizando el hecho de que todas las personas en distintos momentos de nuestra vida tenemos sentimientos positivos y negativos ante tales o cuales situaciones y que esto no nos hace ni mejores, ni peores personas.

En esta sesión también se habló de su ex esposo y lo poco apegado que está éste con sus hijos; así como de la relación que su hijo sostiene con su actual pareja y su ex pareja, al respecto mencionó estar alejada de su hijo y su nieto ya que no está de acuerdo con la manera en que su hijo vive su vida. La paciente mencionó estar enojada con su ex pareja ya que no ha orientado a su hijo para ser un buen padre. Pamela recordó que cuando se separó de su pareja fue muy difícil ya que experimentó sentimientos de soledad y sensaciones de tener poca capacidad para salir adelante. En esta sesión se connotaron positivamente las habilidades que Pamela posee para poder sacar adelante a sus hijos por ella misma y sus habilidades para tener un negocio propio.

Posteriormente se realizó la pausa en la que se propuso la intervención de equipo a manera de coro griego; los mensajes transmitidos a Pamela en esta intervención abarcaron algunas metáforas en las que se hablaba de una Pamela enfocada en el pasado lo cual no le permitía ver hacia el futuro, ni ser feliz, ya que por esta situación no era capaz de ver los recursos con los que contaba, sin embargo, dicha “retroalimentación por parte del equipo” no fue recibida de manera positiva por la paciente refirió sentirse atacada y nada comprendida. Debido a esta situación las terapeutas optamos por mencionarle a Pamela que ella tenía el poder de decir con que de las reflexiones expuestas se quedaba y con cuales no, y que las que consideraba útiles las tomará y las que no las desecharán. Al parecer la consultante se fue más tranquila al escuchar este comentario.

Otras de las intervenciones manejadas en esta sesión fueron las siguientes:

- Focalización: al enfatizar acerca de los sentimientos producidos por la separación y abandono de padre y esposo.
- Utilización de recursos, al mencionar los aspectos positivos de algunas de sus conductas y al expresar lo que siente.

Durante la quinta sesión la paciente mencionó que había tenido sentimientos de enojo debido a que su hermana mayor y su papá habían ido a visitar a una de sus hermanas para salir a pasear juntos, situación que sorprendió a su propia hermana y a ella; ante esta situación se le preguntó a la paciente si esta molestia podía estar relacionada con que a ella la había excluido de la invitación, estas

palabras resonaron en la paciente quien admitió que se sentía mal porque no la invitaron y que sentía una gran necesidad de aceptación.

Inmediatamente comentó que debido a estas razones se había sentido muy triste durante mucho tiempo pero que había llegado a la conclusión de que eso no era bueno y que tenía que salir adelante porque no se podía permitir caer y sentirse muy mal. En esta sesión se le reiteró a la paciente que la terapia era un espacio protegido donde podía darse el permiso de sentirse mal.

Durante esta sesión la paciente comentó que en diciembre del año pasado su hija le había confesado que era lesbiana, situación que la puso muy triste y le hizo pensar que ya no tenía porqué vivir, que había fallado tanto con su hija, como con su hijo, ya que éste último tenía dos hijos con diferentes parejas. Pamela mencionó que ante estos problemas se sentía muy deprimida pues sus hijos no han hecho lo correcto y siente que ella como madre nunca les dio nada bueno a pesar de que sus hijos han reconocido sus habilidades maternas en el cuidado y atención que les ha brindado.

Esto nos hizo reafirmar la idea acerca de la rigidez con la que se conduce la paciente, estableciendo las normas de su vida dentro de un ideal que al no poder conseguir le causa frustración y le impide reconocer los aspectos positivos de sus conductas. Al comentarle esta impresión la paciente dijo que sentía vergüenza de sí misma y que le molestaba que su hijo estuviera sosteniendo alguna relación con su ex pareja. Al momento de realizar la pausa se le dejó a la paciente pensando porque tenía la necesidad de sentirse culpable.

El equipo terapéutico retroalimentó indicando que se le podía dejar de tarea a la paciente preguntas como: ¿si tus hijos hubieran hecho lo que tú consideras correcto serían felices?, ¿hasta dónde es tu responsabilidad y hasta donde la de ellos?

Al regreso de la pausa la paciente estaba ya muy molesta con una de las terapeutas debido a que se sintió ofendida y juzgada e inclusiva la comparó con una de sus hermanas, la terapeuta la confrontó con estos sentimientos más allá de la figura de la terapeuta como persona ante los propios pensamientos y sentimientos de la paciente que le generaron esta sensación.

Esta situación nos condujo a la hipótesis de que ante la pérdida de control la paciente agrede, evitando cualquier lazo de comunicación que permita reestablecer la situación.

Durante la sesión se utilizaron las siguientes intervenciones:

- **Focalización:** En la relación que tiene con sus hijos y como se percibe ella en su rol materno.
- **Intensidad:** Al hacerle ver que sus hijos son responsables de sus propias decisiones.

- **Cuestionamiento del síntoma:** Al preguntarle a Pamela sobre sus sentimientos respecto a que no es invitada por Lucrecia para salir con ella y también con respecto a lo que siente y piensa con respecto a las decisiones de sus hijos.

En la sexta sesión Pamela se veía más tranquila y un poco avergonzada por lo sucedido la sesión anterior. Al principio se le cuestionó sobre cómo se sentía por lo ocurrido a lo que respondió que entendía que ese era nuestro trabajo y que con lo acontecido en la sesión anterior había logrado sacudirse y tener otra visión de las cosas. Posteriormente en un intento reparador mencionó lo útil que ha sido para ella la terapia y mencionó que ha logrado cambios favorables en su vida.

Durante esta sesión se trató de ver el alcance que había tenido la terapia en relación con los objetivos a alcanzar planteados en la primera sesión, a lo que Pamela mencionó sentirse menos culpable al indagar acerca de lo sucedido en su familia, así como sentir que está en su derecho de saber, además de considerar que la información que averiguó le fue útil para entender su conducta actual, descubrió que es una persona a la que le cuesta trabajo interactuar con otras personas y que es una persona que tiende a ocultar sus sentimientos, ya que considera que ante su hija no debe mostrarse débil, pues debe transmitirle un ejemplo de fortaleza. La paciente manifestó su deseo de seguir en proceso debido a lo cual se continuó trabajando con ella, se le explicó el cambio de semestre y de supervisor así como de horario a la cual la paciente se mostró muy cooperadora.

Durante el segundo, tercero y cuarto semestre el Dr. Raymundo Macías fue nuestro supervisor y acordamos que él entraría a las sesiones con nosotras, a lo cual la paciente respondió adecuadamente, aunque refirió en un par de ocasiones que sentiría vergüenza al hablar de ciertos temas frente al Dr., sin embargo, comprendía que era un maestro con mucha experiencia y que seguramente la ayudaría mucho.

En el trabajo realizado con el Dr. Macías imperó una perspectiva posmoderna, aunque en realidad el uso de diversos modelos se fue adaptando de acuerdo a los requerimientos de la paciente y como consecuente de la terapia, lo que permitió que se llevaran a cabo intervenciones, ejercicios y reflexiones de acuerdo a como iba desarrollándose el proceso.

Durante este proceso la paciente se mostró mayormente confiada y menos controladora en cuanto a los temas y las sesiones, sin embargo, no se estableció un plan delimitado acerca de los temas a tratar, la paciente se presentaba a las sesiones y relatava lo acontecido durante la semana, hablaba acerca de sus reflexiones y eso daba paso a una conversación, en ocasiones con una mayor intervención por parte de las terapeutas y en otros momentos más reflexivas en las que trabajamos con ejercicios de remembranza y re-autoría. Cabe aclarar que durante estas sesiones se buscando

con frecuencia el contacto de Pamela con sus sentimientos, ya que esto era algo que le costaba mucho trabajo a la paciente y tendía a negarlos frecuentemente.

Durante un período del tratamiento la paciente parecía estar atrapada en un relato del pasado el cual le causaba un gran dolor, esto se reflejó en el equipo que pensaba que la paciente no avanzaba y que era necesario que dejará el pasado atrás, sin embargo las terapeutas y el Dr. Raymundo acordamos que era necesario que la paciente hablará y explorará el pasado el tiempo que fuera necesario ya que solo ella determinaría el momento indicado para que le diera paso a su presente.

Durante aproximadamente 4 sesiones se trabajó con la paciente desde un modelo más enfocado a soluciones debido a que manifestó su deseo de dejar de ser alguien triste y depresiva. Reforzamos la idea de que considerábamos que estaba realizando un gran esfuerzo al ser constante en la terapia y ella pudo reconocer que estaba en camino hacia un mejoramiento en su vida y que le estaba costando mucho trabajo pero estaba dispuesta a realizar un cambio permanente. En esas sesiones se trabajó mediante una técnica de proyección al futuro, específicamente se trabajó la pregunta del milagro; se le invitó a imaginar un futuro en el que las emociones y los conflictos resultantes con sus hermanas desaparecieran y que describiera esta situación con todo lujo de detalles.

Se puso particular énfasis en describir cómo es que se daría cuenta de que los cambios o el milagro hubiese ocurrido, se conversó con ella tratando de encontrar aquellos indicadores descritos en términos concretos, interaccionales y en positivo, para que de esta forma, se establecieran los objetivos a trabajar que le daban seguimiento a lo establecido en el contrato terapéutico inicial, en el cuál seguíamos trabajando. Estas sesiones se trataron de conducir hacía un plan concreto de acción, comenzando con aquellas acciones que la paciente describió como las más sencillas para comenzar, de manera que decidió platicar con sus hermanas acerca de todo lo acontecido en su familia y comenzar a resolver algunas dudas, así como platicar con ellas acerca de las emociones que surgieron en ella a partir de la unión de su padre con su hermana y el divorcio con su ex pareja, de esta manera la paciente comenzó a hablar de sus sentimientos y a liberarse un poco de la vergüenza y permitirse mostrarse vulnerable para obtener un poco de comprensión y compañía por parte de sus hermanas y de su madre. Procuramos durante estas sesiones hablar del presente y el pasado y así como de las excepciones, reforzando la idea de que la paciente cuenta con las herramientas para enfrentarse a las situaciones que le generan miedo o propician situaciones dolorosas. Ante esta intervención la paciente sugirió dos veces por semana actuar como si el milagro se hubiese presentado comentándonos en sesiones posteriores que sus familiares notaban un gran cambio y (ella también) cuando podía poner en marcha sus recursos para lograr el futuro que deseaba.

También se trabajaron preguntas de afrontamiento para identificar recursos y fortalecer la idea de la presencia de los mismos, ya que la paciente constantemente dudaba de sus habilidades para poder lograr un cambio en su vida, frente a este relato nos dimos a la tarea de identificar los recursos con los que la paciente contaba y realizamos preguntas enfocadas a su capacidad para resolver diversos acontecimientos, por ejemplo, cómo es que afrontó la separación de su pareja y logró hacerse cargo de sus hijos. Gracias a este tipo de cuestionamientos se logró que Pamela hiciera una reflexión en la que pudo descubrir el valor que mostró ante todas las situaciones difíciles y dolorosas en su vida.

Durante tres sesiones seguidas se trató el tema de las preferencias sexuales de su hija, situación que provocaba diversas peleas entre ambas, esta situación conflictuaba a Pamela ya que ella deseaba tener una mejor relación con su hija, pues no quería que esto fuera motivo para que su hija se fuera de la casa así que en estas sesiones procedimos a realizar cuestionamiento circular para poder identificar pautas de interacción y así mismo poder mostrarle a la paciente una visión más clara de las relaciones establecidas entre sus familiares, incluido su hijo quién discutía constantemente con la paciente debido a su estilo de vida. Las preguntas circulares nos permitieron observar en términos de relaciones y a través del tiempo el ciclo de vida de la familia; particularmente con esta paciente no fueron establecidas hipótesis que nos guiaran para el cuestionamiento circular, si no que decidimos guiarnos por la curiosidad, con la finalidad de comprender mejor a Pamela y acompañarla en el desarrollo de nuevas pautas de interacción.

En las sesiones posteriores se conversó con ella la idea de que las historias que relatamos son modeladoras de nuestra vida, explicación que le agradó y que decidió utilizar para comenzar a hablar de ella misma de una manera distinta. Buscamos que Pamela externalizara las emociones que prevalecían más en ella como el rencor, el dolor y el miedo con la finalidad de que fuera describiendo la influencia que estas emociones tenían en su vida, ya que en ocasiones le impedían disfrutar de su situación actual. Por otro lado, también nos enfocamos en la búsqueda de relatos alternativos y excepciones significativas que se transformaron en relatos realmente positivos de la vida de Pamela, incluso de la percepción que tenía de los hombres y las relaciones que establecía con ellos, a tal grado que logró eliminar la etiqueta negativa que sobre ellos tenía al conversar acerca de modelos masculinos alternativos. Mediante estas conversaciones Pamela fue capaz de descubrir recursos, herramientas, diálogos internos diferentes a los que tenía y de remembranza para restarle espacio a sus miedos y así descubrir a la mujer fuerte, inteligente y valiosa que es como persona.

Finalmente la paciente logró tener una percepción diferente de su historia, mencionando que comprendía que había atravesado por situaciones sumamente dolorosas y que era muy probable que siempre le dolerían, pero que sabía que era parte de su pasado y descubrió que a pesar del dolor podía perdonar y seguir con su vida sin que esos eventos desagradables fueran la historia principal

de su vida, pues a pesar de eso tenía muchas otras historias buenas que contar acerca de ella, su vida y sus familiares.

En la penúltima sesión entró el equipo de terapeutas como equipo reflexivo y conversaron entre sí acerca de sus impresiones y reflexiones del proceso de Pamela. Ante esta intervención la paciente se mostró altamente sorprendida acerca de lo que conversaron los compañeros y se sintió altamente fortalecida y más contenta por sus avances.

Para concluir el proceso se realizó un ritual con la paciente en el que se le dio una caja de herramientas que simbolizaba los recursos que descubrió en terapia y que le serían de utilidad a lo largo de su vida, también se le extendió un Diploma, como los elaborados por Michael White, en el que se le reconocía su trabajo y se le daba de “alta”. Con esto se dio paso al cierre formal del proceso terapéutico con Pamela.

### 1.1.1.3. Comparación del estado de la familia al inicio y al final del tratamiento

Tabla 11. Comparación del estado de la familia al inicio y al final del tratamiento.

Área	Inicio del tratamiento	Fin del tratamiento
<b>Individual</b>	<p>Pamela plantea que ella desea superar el miedo que siente, superar el abandono (por parte del padre y su ex esposo), así como trabajar en los sentimientos de egoísmo y posesividad que manifiesta.</p> <p>Culpa ante las inquietudes que tenía respecto a su historia familiar.</p> <p>La paciente poseía sentimientos de vergüenza tanto por su situación familiar, como por su divorcio. Esto a su vez le generaba mucha preocupación ya que sentía que sería juzgada por la gente considerando sus antecedentes familiares.</p> <p>La paciente se juzgaba muy duramente a sí misma y a los demás, de tal forma que no se permitía cometer errores, ni expresar los sentimientos que consideraba la hacían ver</p>	<p>La consultante logra responsabilizarse y enfocarse en sus necesidades y deseos así como de valorar sus logros y los recursos con los que cuenta para salir adelante.</p> <p>Pamela acepta y reconoce que es elección de ella misma sentirse culpable o no de cualquier situación que se le presente, y que no necesariamente todas las personas la van a juzgar.</p> <p>Pamela ya no se siente culpable por tener inquietudes respecto a su historia familiar, si no por el contrario se siente con el derecho de saber más respecto a ese tema.</p> <p>La paciente reconoce y acepta sus propias</p>

	como “mala”.	fortalezas y la importancia de externar lo que siente sin preocuparse si son sentimientos “buenos” o “malos”, de acuerdo a sus propios estándares, si no muy por el contrario haciéndole ver que todas las personas tenemos toda clase sentimientos y eso no nos convierte en “buenas” o “malas” si no que son parte de nosotros y son parte de todos los seres humanos.
<b>Parental</b>	Pamela no se consideraba una “buena madre” dada la situación de su hijo, ya que está separado de su primera pareja (con la cual tuvo un hijo) y actualmente tenía otra pareja con la procreó su segundo hijo; sin embargo sigue viendo a su primera pareja. Así como el hecho de que su hija le reveló tener preferencias homosexuales. Estas situaciones la hacen sentir una “mala madre”.	Durante la terapia pudo desarrollar flexibilidad y dejar de lado el culparse por no haber sido una “buena madre”, de acuerdo a sus propios estándares. Finalmente la paciente comprendió que la elección de vida de sus hijos es responsabilidad de ellos.
<b>Familia</b>	Posesividad con su madre y con sus hermanas respecto a la relación que pudieran establecer con su media hermana Lucrecia. Pamela se muestra furiosa con Lucrecia debido a que la culpa por el abandono que sufrió por parte de su padre cuando era niña y a su madre la victimiza.	De igual manera que con sus hijos, Pamela comprende que la relación que lleva su madre con Lucrecia es responsabilidad de su madre y que ella no debe inmiscuirse en esa relación, ni tratar de hacer que su familia coincida con ella, respecto a los sentimientos que le despierta Lucrecia.  Al indagar más sobre su historia de vida familiar Pamela cambia su perspectiva de lo ocurrido y ya no ve a Lucrecia como la única responsable de lo sucedido. La paciente logra encontrar su propia forma para manejar los sentimientos que le despierta esta situación sin herir los sentimientos de los demás.

		De tal manera que Pamela logra comprender para luego perdonar y finalmente olvidar.
--	--	---

*1.1.1.4. Análisis del tema “Empoderamiento en terapia, a través de un mayor conocimiento de mi historia de vida”.*

Antes de entrar de lleno al tema de empoderamiento voy a retomar algunas ideas que considero clave para un mejor entendimiento de por qué se condujo de esa manera la dinámica del proceso de Pamela; por lo cual comenzaré retomando las ideas de Macías y Carrizo en relación a la familia y los roles que se van desarrollando a lo largo de nuestra historia de vida. Al respecto Macías (1995) apunta que la familia constituye la matriz psicosocial en dónde el niño o niña continúan con su proceso de desarrollo y es precisamente en ella en donde se establecen los vínculos afectivos primarios que servirán de modelo para la forma en que se relacionarán con los demás seres humanos posteriormente. A través de la vivencia de lo masculino y de lo femenino dentro de la familia, la niña o niño desarrollan elementos de su propia identidad psicosexual. El modelaje de la vinculación erótica entre los padres tiene gran importancia para la forma en que los hijos se vinculen eróticamente con sus respectivas parejas en adelante.

En relación a los roles Carrizo (1992) señala que el rol que desempeñen los padres será fundamental para que cada individuo adquiera la identidad y desempeñe también un rol. Los niños pueden percibir una imagen de varón y de mujer satisfechos o por el contrario, una imagen de mujer devaluada y de un padre sin pretensiones. Ellos introyectan esa imagen primaria: madre, padre, pareja e internalizan esas imágenes y conforman la suya. En la familia se aprende a asumir diferentes funciones según la situación. Se aprende a cooperar, a compartir, a recibir, se experimenta la relación entre iguales y se establecen rutinas; se aprende también lo que es envidia, la competencia, la rivalidad, etc. Es de suma importancia mencionar que el rol de mujer u hombre se aprenden dentro de la familia y es la sociedad quién los va construyendo como tales, lo cual está muy relacionado con el género.

En este caso en especial vemos como las pautas de interacción que se dan en la familia de origen de Pamela la marcan como individuo, de tal manera que la moldean en el adulto que es hoy en día y en sus relaciones en general, ya que ella crece en un sistema muy rígido en el cual no le está permitido cuestionar al rol masculino, mientras que el rol femenino es visto como sumiso, en el caso de su madre y como “malo o perverso” en el caso de su hermana Lucrecia.

Dado que en la familia se aprende a modelar nuestra conducta, sentimientos y pensamientos

observamos que Pamela se quedo muy fijada en lo que se define como ser “bueno” o “malo”, esto aunado a el papel que juega la sociedad en la adquisición de estas ideas, debido a que prohíbe tener sentimientos negativos y sobre todo si son en contra de tus propios padres, ya que te convierten en una “mala persona” y esto no es aceptado socialmente. Debido a esta situación observamos como la paciente se niega a aceptar que tiene este tipo de sentimientos hacía su padre de tal manera que se juzga y censura constantemente.

De acuerdo a la problemática planteada por Pamela mi compañera y yo optamos por trabajar con el tema de empoderamiento (Schuler, 1997) ya que le permitiría incrementar su propia fuerza interior, al darse cuenta de lo ha sido capaz de hacer y de alcanzar por medios propios, a pesar de lo dura que ha sido su historia de vida. Al empoderar a Pamela ella logra darse cuenta de los recursos con lo que cuenta para salir adelante, además de reconocer las enseñanzas que les ha transmitido a sus hijos y por las que la ven como una madre ejemplar, contrario al concepto de sí misma que ella tiene.

A lo largo del proceso terapéutico fuimos descubriendo que Pamela presentaba indicadores que nos demostraban cierto grado de autonomía, como la independenciam económica, mayor diversificación de sus actividades, etc., sin embargo, no hay que perder de vista que a pesar de esto no necesariamente queda garantizado que su identidad realmente sea la de una mujer empoderada ya que muchas mujeres pueden tener cambios aparentes en su desarrollo personal, sin embargo eso no significa que tengan plena conciencia de su situación de opresión o que se encuentren completamente liberadas de los estereotipos que condicionan el papel de la mujer y que impiden un proceso de empoderamiento real.

Es importante definir qué es el empoderamiento para poder comprender más claramente a qué me refiero al decir que con Pamela trabajamos en esta área, así que a continuación retomaré los conceptos de diversos autores respecto a este tema. El termino empoderamiento viene de la palabra “empowerment”, que traducida al español no tiene una definición consistente. De acuerdo con el diccionario Webster, “empower” quiere decir “dar la facultad o la capacidad”. Por su parte Daltymple y Beverly (1996, en Pineda, 1997) se han preguntado si “empowerment” es sinónimo de “enabling” que quiere decir “permitir a alguien hacer una cosa, dar la capacidad de”. En español significa “dar poder” y “conceder a alguien el ejercicio del poder”.

Autores como Stein (1997) y Rappaport (1984), enfatizan la relación de poder en el empoderamiento, identificándolo como aquel que sirve para tomar decisiones y lograr controlar la propia vida. Por su parte Schuler y Hashemi (1991, en Schuler, 1997) definen el empoderamiento como un proceso por medio del cual las mujeres incrementan la capacidad de configurar su propias vidas y su entorno, es decir, logran una evolución en su concientización sobre sí misma, en su estatus y su eficiencia en las

interacciones sociales. En este mismo contexto Batliwala (1997, en León) sugiere que el empoderamiento funciona como un espiral, es decir, este proceso altera la conciencia, identifica áreas de cambio, permite crear estrategias, promueve cambios y analiza las acciones y los resultados, que a la vez permiten alcanzar niveles más altos de conciencia y estrategias más acordes con las necesidades.

La finalidad de trabajar en el empoderamiento de Pamela se hizo para que ella logrará controlar su propia vida, por medio de un autoconocimiento que la fuera haciendo una persona capaz de identificar y aceptar sus propios sentimientos y pensamientos sin juzgarse y autocensurarse, ya que esto la llevaría a poder entender que ella es responsable de lo que piensa y siente con respecto a sí misma, pero que no puede controlar los pensamientos y sentimientos de los demás, como por ejemplo los de su madre respecto a Lucrecia, o los de sus hijos respecto a su papel como madre. Al trabajar en esta área con la paciente se contribuyó a que ella comprendiera la responsabilidad de sus propias decisiones sin adjudicarse la de los demás.

Considerando lo expuesto anteriormente hay que recordar lo que menciona Young (1997, en León) respecto a los derechos y necesidades de las mujeres ya que de acuerdo con él, las mujeres en muchas culturas son socializadas de tal forma que difícilmente reconocen que tienen derechos o necesidades. Y un primer paso para el cambio en la situación de vida de estas mujeres podría ser la creación de condiciones que favorezcan la visión y la expresión de estas demandas, teniendo en cuenta las limitaciones que experimentan para que ello suceda. En este caso en particular, Pamela se cuestionaba constantemente hasta dónde era conveniente preguntar a su madre respecto a lo ocurrido entre su padre y Lucrecia, ya que ella tenía curiosidad de saber porque consideraba que esa información le sería útil para comprender mejor lo sucedido; por lo que en esta parte se habló con la paciente de sus derechos y necesidades y se le hizo ver que las demandas que ella tenía respecto a conocer cierta información era comprensibles y que si ella manifestaba curiosidad estaba en su derecho de indagar al respecto, para así empezar a tomar mayor conciencia de dónde viene sus ideas y sentimientos para lograr externalizarlos.

Revisando el contexto de Pamela no hay que perder de vista que las interacciones que se daban en su familia de origen promovían una figura paterna muy demandante, autoritaria y agresiva, mientras que la figura materna se mostraba sumisa, sin derecho a cuestionar y permisiva respecto a los requerimientos de su esposo. De acuerdo con esta manera de interactuar podemos ver que la familia de origen de Pamela cumple con las características que describe Kabber (2001) respecto al poder y la mujer, ya que él menciona que históricamente la mujer ha estado expuesta a todo tipo de poder, particularmente el poder sobre ella, de manera que su situación es considerada como una situación de desempoderamiento. Sin embargo, debemos considerar lo que menciona León (1997) al respecto,

ya que de acuerdo con él la mujer no ha carecido de poder en sentido estricto, sino que su poder ha sido limitado y condicionado socialmente, ya que es un poder ejercido en el espacio privado (en el hogar) y la familia. Es decir, las mujeres siempre han tratado, desde su posición tradicional como esposas, madres, trabajadoras influir en su ambiente inmediato y expandir su espacio (Cedeño, 2006), pues la ideología patriarcal promueve los valores de sumisión, sacrificio y obediencia socavan los intentos por hacerse valer (Schuler y Kadirgamar-Rajasingham, 1992). Considerando lo anterior no hay que olvidar la importancia del contexto social y su influencia en los modelos de familia existentes.

La relevancia de que la paciente indagará más respecto a su historia de vida le dio herramientas para comprenderse más a sí misma. Además de que a lo largo del proceso fuimos descubriendo los relatos que ella misma se contaba sobre su vida lo que nos permitió descubrir cuáles eran sus relatos dominantes y de ahí partir para buscar relatos alternativos que le permitieran darse cuenta de lo que ella ha sido capaz de lograr a lo largo de su vida.

Tomando en cuenta todo lo anterior se puede concluir que la importancia de trabajar con Pamela de esta manera la ayudo a comprenderse más a sí misma. Además de que a lo largo del proceso fuimos descubriendo los relatos que ella misma se contaba sobre su vida, lo que nos permitió descubrir cuáles eran sus relatos dominantes y de ahí partir para buscar relatos alternativos que le permitieran darse cuenta de lo que ella ha sido capaz de lograr a lo largo de su vida. Finalmente al concluir el proceso de Pamela se observa a una mujer que logra tomar conciencia de las dinámicas de poder que han existido en su contexto de vida, así como desarrollar habilidades y capacidades necesarias para lograr un control razonable sobre su vida y ejercitar control sin infringir los derechos de los demás. Todo esto coincide con lo expuesto por McWhirter (1991) al hablar de empoderamiento.



Tabla 12. Información general caso 2.

Nombre		Edad	Parentesco	Ocupación	Paciente del psiquiátrico
1.	Claudia	28	Madre	Hogar	Si. T. Familiar y en el Fray Bernardino por un diagnóstico de Depresión actualmente toma antidepresivos
2.	Roberto	38	Padre	Empleado	Si T. Pareja
3.	Sofía	8	Hija mayor	Estudiante	Si. Clínica de la conducta
4.	Mónica	4	Hija menor	Estudiante	No
5.	Patricia	18	Hermana de Claudia	Estudiante	No

**Motivo de consulta.** Claudia y Roberto acuden debido a que la psiquiatra de su hija, Sofía, los remite al servicio de terapia de pareja, ya que no llevan una buena relación. Claudia indica que Roberto no participa en las tareas con las niñas, a lo que Roberto apunta que ella no lo deja involucrarse con sus hijas, además de que las niñas no lo respetan debido a que Claudia no lo apoya. Por su parte Claudia señala que ella quiere que su pareja participe más en la educación de las niñas.

**Resumen del caso.** La pareja comenta que la mala relación surge a partir de hace dos años debido a que ella siempre quiere tener la razón y él ya no sabe qué hacer. Claudia mencionó que debido a que sufrió abuso sexual por parte de su padre y hermano cuando era niña desconfía de los hombres, ya que los ve como que abusan de las mujeres o no sirven para nada. Ella actualmente es paciente del Fray Bernardino y está siendo medicada, sin embargo, dice que no le gusta tomar la medicina ya que la atonta.

Claudia menciona que por una parte quiere que Roberto se involucre en la educación de sus hijas, ya que le deja toda la carga de trabajo a ella y que como él trabaja todo el día casi no está en contacto con ellas, esta situación le molesta demasiado a la paciente ya que se siente sobrecargada. Sin embargo, ella misma señala que le gusta tener el control y el poder ya que al ser ella la que pasa más tiempo con las niñas influye en ellas y en la relación de éstas con su padre, ante esta situación Roberto señala que las niñas no lo respetan y no lo obedecen ya que en ocasiones lo llegan a agredir, todo esto bajo el consentimiento de Claudia.

Durante el proceso terapéutico la paciente se mostraba muy hermética con respecto a su historia familiar, por lo que Roberto era el que aportaba mayor información respecto a su situación. De acuerdo con el paciente su hija Sofía tiene problemas de conducta por lo que es muy rebelde, aunque en la escuela tiene un excelente aprovechamiento, por su parte Mónica es muy tranquila.

Otra de las situaciones que se plantean durante la terapia es la estadía de la hermana de Claudia en la casa de la pareja, ya que esta situación descontrola mucho a Roberto, pues las reglas que él trata de establecer no las respeta ni su cuñada, ni sus hijas y Claudia no apoya a Roberto en el momento en el que él trata de poner límites; además de que de acuerdo con el consultante Patricia es un mal ejemplo para sus hijas ya que en ocasiones llega su novio y se queda a dormir con ella. Cabe aclarar que Patricia vive actualmente con Claudia y su familia ya que decidió salirse de casa de su mamá ya que su madre la limitaba y exigía mucho en cuanto a permisos y en la escuela.

Dentro de las problemáticas planteadas por Claudia menciona el hecho de que Roberto no es muy afectuoso con ella ya que no le demuestra su cariño. Sin embargo, en el transcurso de la terapia se observa que la conducta de Roberto va cambiando y se vuelve más cariñoso con su esposa.

Durante el proceso terapéutico se abordaron estas diversas problemáticas, alcanzándose un mayor involucramiento por parte de Roberto en la educación de sus hijas, así como un establecimiento de límites más definido por parte de la pareja, ya que Claudia termina apoyando las decisiones de su esposo respecto a las reglas que se debían de seguir en casa, este establecimiento de límites llegó a tal grado que la hermana de Claudia prefirió regresar a vivir con su mamá una vez que se establecieron las reglas de la casa. En este punto se observó una notable mejoría ya que la comunicación que logró la pareja se vio reflejada al momento de ejercer su autoridad.

Cabe aclarar que durante los primeros seis meses que se atendió a esta familia Roberto estaba de incapacidad ya que había sufrido un percance en el trabajo y después de este tiempo se incorpora nuevamente a trabajar, por lo que la dinámica familiar vuelve a cambiar y dejan de acudir a terapia. Sin embargo, se les hace una llamada de seguimiento en la que Claudia menciona que Roberto retomó su ritmo laboral por lo que casi no está en la casa, aunque trata de estar al pendiente de ellas hablándoles constantemente por teléfono. Ante esta situación se le cuestiona a Claudia si considera necesario que nos veamos para hablar al respecto pero ella menciona que no es necesario ya que están bien.

1.1.2.2. Análisis Teórico-metodológico de la intervención

En esta supervisión, no se manejó un modelo en específico, si no que se fue adecuando la técnica al servicio de la familia, sin embargo los modelos modernos fueron los más utilizados con la familia Pérez-Lozano, sobre todo el enfoque estructural ya que consideramos que de acuerdo a las problemáticas planteadas nos sería de gran utilidad como primera instancia observar la estructura de la familia, enfocándonos en cómo se relacionan los miembros entre sí con la finalidad de analizar el campo transaccional para posteriormente elaborar un diagnóstico de su estructura (Minuchin, 1979), el cual quedo de la siguiente manera:

Tabla 14. Estructura familiar

<p style="text-align: center;"><b>Subsistemas</b></p> <p><u>Conyugal.</u> Existen problemas en la jerarquía, ya que Claudia busca tener el control absoluto en la familia ya que esto le da poder, llegando a manipular a sus hijas las cuales agreden a Roberto constantemente. Dada esta situación se concluye es una persona ambivalente en su discurso, manejando continuamente dobles mensajes.</p> <p><u>Parental.</u> Padre muy pasivo y madre controladora. A tal grado que las hijas le faltan al respeto al padre.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Límites</b></p> <p>Se observa que en esta pareja los límites son claramente difusos y en toda la familia hay una ambivalencia presente. De acuerdo con Becvar y Becvar (2006) los límites difusos no son claros y resulta difícil su comprensión. Lo cual provoca que las distinciones necesarias entre los subsistemas no se establezcan debidamente.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Poder y Jerarquía</b></p> <p>Claudia al ser la única capaz de establecer límites a sus hijas es la que posee mayor jerarquía y poder, por lo que Roberto es visto únicamente como el proveedor económico.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Flexibilidad</b></p> <p>Ausencia de la misma</p> <p style="text-align: center;"><b>Alianzas y coaliciones</b></p> <p>En esta familia se observan coaliciones entre Claudia y sus hijas en contra de Roberto.</p>

Para obtener esta información se utilizaron las siguientes técnicas del modelo estructural: rastreo de contenido y cuestionamiento de la estructura familiar. Durante la segunda y tercera sesión trabajamos con esta información, así como en el encuadre del proceso.

Durante la tercera sesión Claudia le hizo múltiples reclamos a Roberto por la poca ayuda que recibían las niñas de su parte para hacer la tarea, sin embargo seguía mostrándose ambivalente en lo relacionado a ceder parte de autoridad, así que optamos por aplicar la técnica de Milán que sugiere que el terapeuta muestre incapacidad de entender lo que el paciente quiere decir ya que hacía una demanda en un nivel y en otro nivel se contradecía totalmente (Hoffman, 1981) por lo que externamos nuestra confusión, para después aliarnos cada una de las terapeutas con cada uno de los miembros de la pareja, lo cual nos llevó a repetir las pautas de interacción que se presentaban en la pareja, con la finalidad de que ellos observaran cómo actuaban; con esto terminó la sesión. Antes de concluir la sesión se le menciona a la pareja que durante las siguientes dos sesiones se les atendería de manera individual a cada uno, así que deben decidir quién acudirá primero y quién en segundo lugar; esto lo hicimos con la finalidad de averiguar más sobre la familia de origen de cada miembro de la familia ya que consideramos que nos ayudaría a tener un entendimiento más amplio de la dinámica familiar que presentaba este sistema.

A la cuarta sesión acude Roberto, él nos comenta que se siente mal por no participar en la educación de sus hijas y que le gustaría acercarse a ellas, pero qué le cuesta mucho trabajo hacerlo porque ellas lo agraden mucho, de acuerdo con Roberto las niñas tienen esa actitud con él porque Claudia influye mucho en ellas, al cuestionársele sobre que hacía él cuando esto pasaba el paciente menciona que optaba por no hacer nada. Por lo que hablamos con él sobre la importancia del respeto en las relaciones con los demás y que era elemental que hablara con Claudia al respecto para ver por qué motivaba a las niñas a que le faltaran al respeto. Por otro lado, todo parece indicar que Roberto no tiene un adecuado manejo de las emociones ya que tiende a comportarse de una manera muy explosiva cuando lo hacen enojar personas ajenas a su familia a diferencia del comportamiento mostrado en casa, así que se optó por intervenir en el manejo de emociones, ya que era preocupante que ante la pérdida de control de las mismas pudiera llegar a agredir a alguien, de tal manera que se le explicó la técnica de tiempo fuera con la finalidad de que la aplicara, esta técnica debía ser utilizada posterior a un automonitoreo realizado con la finalidad de detectar aquellas señales fisiológicas que se presentan antes de comenzar a agredir. Respecto a lo que sucedía en casa se le sugirió a Roberto que tratar de expresar su sentir a su esposa para que ella pudiera ser más empática con él.

Otro punto que se trató en esta sesión fue la relación de Roberto con su familia de origen por lo que Roberto comentó que su padre casi no estaba presente en casa motivo por el cual él tuvo que fungir como hijo parental durante mucho tiempo, una vez planteada esta situación se habló del impacto que

tuvo esto en su vida a lo que mencionó que ha influido en él ya que en ocasiones siente que está repitiendo el mismo patrón que su padre, por lo que se le cuestiona sobre qué podría hacer para no caer en lo mismo y él responde que de hecho el que Claudia le reclame constantemente su poca participación le hizo darse cuenta de la situación y que por eso es que está buscando ayuda. Así que le ofrecemos el espacio como un lugar seguro y confiable en el cual puede expresar todas sus inquietudes y en el que trabajaremos en equipo con la finalidad de lograr su objetivo.

Con Claudia se tocó el tema del abuso que sufrió cuando era niña por parte de su padre y hermano y nos externó la preocupación que le generaba el pensar que Roberto pudiera hacer lo mismo con sus hijas, de acuerdo con la paciente ella está muy pendiente de las niñas y las orienta respecto a las dudas que pudieran llegar a tener, esto se le retroalimenta positivamente y se le hace ver a Claudia que son comprensibles sus temores dada su historia de vida, sin embargo, se le hace hincapié en que las historias de vida son diferentes en ambos casos y que no necesariamente se tiene que repetir lo que le ocurrió a ella, esto la tranquiliza un poco. Claudia menciona que ya ha hablado con Roberto sobre lo que le ocurrió en su niñez y él le ha demostrado apoyo total, así que se le exhorta a que en el momento en que se sienta preparada hable con su esposo sobre sus temores. Durante esta sesión Claudia se muestra más abierta y dispuesta a cooperar.

En la siguiente sesión Claudia comenta que siente que Roberto no es muy afectuoso y que a ella le gustaría que la tomará de la mano más seguido y le demostrará su cariño, aquí Roberto reconoce que es verdad y promete que intentará cambiar. Con la finalidad de que este diálogo se genere por medio de una comunicación más directa se promueve un cambio de la distancia que hay entre ambos, ya que regularmente se sentaban muy separados el uno del otro lo cual obstaculizaba una comunicación directa entre ellos, por lo que se le pidió a la pareja que se sentarán más cerca el uno del otro y que cuando desearan comunicarse algo lo hicieran directamente, volteando a verse y mirándose a los ojos, con la finalidad de que no quede confusión en el mensaje que se desea transmitir. Durante esta sesión también se habló de cómo se sentía Claudia con la sobrecarga de trabajo, a lo que Roberto contestó que cuando él trata de colaborar ella se lo impedía y que así no podía hacer mucho. En esta sesión se les deja de tarea que hagan un monitoreo de las actividades que cada uno realiza en el hogar.

En la séptima sesión se trabaja con la tarea que se les dejó la sesión anterior; al leer cada uno sus respectivas tareas confirmamos lo que Claudia comentaba, por lo que optamos por hacer una lista de las tareas que se hacían en casa y dividirla de tal manera que fuera más equitativo para ambos con lo que Roberto estuvo de acuerdo. Después de esto se habló sobre el tema de la hermana de Claudia, ya que al parecer ella generaba muchos conflictos entre la pareja, aquí se observó cuál era la dinámica de interacción con Claudia y se encontró que ella tendía a dividir a la pareja ya que al no

respetar lo que Roberto estipulaba pasaba por alto su autoridad, acudiendo a Claudia para que ella la apoyará en lo que hacía, por su parte Claudia solapaba a su hermana y también ignoraba los lineamientos que Roberto intentaba poner. Ante esta situación manejamos la técnica de alternativas de solución, empleada por el MRI, por lo que le pedimos a la pareja que ellos mismos establecieran qué se podía hacer en un caso como éste, por lo que se llegó a la conclusión de que Claudia apoyaría las decisiones de Roberto en cuanto a ponerle límites a su hermana.

A la siguiente sesión acudieron ambos miembros de la pareja y se mostraron más dispuestos a colaborar. Roberto nos comentó que actualmente sentía que Claudia lo apoyaba más en sus decisiones, a lo que ella respondió que tuvieron una conversación en la que después de hablar se dio cuenta que en verdad quería que Roberto la apoyará más y que estaba dispuesta a ceder el control para que así fuera. Al ceder la batuta Claudia, Roberto comenzó a poner reglas en la casa, sobre todo en lo referente a su cuñada, situación que no le pareció a Patricia por lo que optó por regresar a vivir con su madre. En esta sesión decidimos retomar como era la interacción de la relación de pareja a lo que ambos coincidieron en que Roberto no se sentía con la suficiente confianza como para ser más afectuoso con Claudia debido a que cuando abrazaba a su pareja alguna de sus hijas se enojaba y se metía entre ellos, lo mismo pasaba cuando se besaban, dada esta situación decidimos dejarles de tarea una serie de prescripciones invariables por lo que la pareja fue instruida para que salieran de su casa juntos un día a la semana, dejando a sus hijas al cuidado de alguien más y se les indicó que lo que hicieran sería un secreto entre ellos, por lo que no se lo comunicarían a nadie más y qué tendrían que notar cómo reaccionaban sus hijas ante este hecho. Con esta intervención se pretendió provocar una diferenciación en los sistemas conyugal y filial, debido a que ayuda a introducir límites intergeneracionales, evitando de esta manera, las coaliciones que mantiene el juego de las familias con alguna patología (Tomm, 1984), en este caso las coaliciones se generaban entre Claudia y sus dos hijas.

A la sesión nueve no pudieron acudir debido a que Roberto tuvo que ir a hacer unos trámites para reincorporarse a trabajar, ya que estaba de incapacidad. Por este motivo Claudia prefirió no ir y canceló la sesión, aunque mencionó que seguía trabajando desde casa con la serie de prescripciones invariables y que esta tarea le estaba ayudando a unirse más a su esposo.

En la sesión diez se le motiva a la pareja a hablar de los cambios generados durante el proceso terapéutico a lo que comentaron que hasta el momento han notado cambios importantes ya que han logrado negociar las cosas y Roberto está más involucrado en la educación de las niñas, lo cual es algo muy positivo. Al preguntarles qué consideraba que fue lo que les ayudó más a lograr estos cambios Claudia mencionó que el diálogo constante con Roberto fue crucial ya que por medio de esto logró tener más confianza en él y a la vez ir cediendo parte del poder, además de que se volvió más

flexible al notar que sería benéfico para ella ceder parte de las responsabilidades que se autoimponía ya que esto hacía que ya no se saturará tanto y pudiera descansar. Por su parte Roberto menciona que se siente más unido a su esposa y que le gusta ser escuchado y tomado en cuenta por su familia, Roberto señala que en ocasiones Claudia le ha dicho que no está de acuerdo en los castigos que les pone a las niñas, porque los considera fuertes, pero esto lo discuten entre ellos para no generar confusión en las niñas. Antes de concluir la sesión Claudia menciona que le preocupa que ahora que Roberto se reintegre a trabajar regresen a lo mismo a lo que Roberto responde diciendo que si se complicarían las cosas ya que su trabajo es de tiempo completo y se va desde muy temprano y regresa muy tarde. Ante esta respuesta se buscan opciones que le permitan a Roberto seguir conviviendo con su familia y finalmente menciona que estará al tanto por teléfono y que los fines de semana les dedicará tiempo completo a su familia, pero que la parte medular será la comunicación con Claudia ya que es importante que ambos se pongan de acuerdo en cuanto a la educación de sus hijas. Dado este panorama se programa la siguiente sesión para ver a Claudia pero ya no asiste, por lo que se le habla por teléfono para ver como está y menciona que Roberto está al tanto de ellas y ya no es tan despegado como antes.

### 1.1.2.3. Comparación del estado de la familia al inicio y al final del tratamiento

Tabla 15. Comparación del estado de la familia al inicio y al final del tratamiento

Área	Inicio del tratamiento	Fin del tratamiento
<b>Individual</b>	Roberto es una persona muy pasiva y se deja controlar y manipular por su esposa e hijas. No participa en la educación de sus hijas dejándole la responsabilidad de la misma a Claudia, debido a esto el paciente es visto únicamente proveedor de dinero. Además de que le cuesta trabajo poner límites en caso tanto a su esposa, como a sus hijas.	Roberto se muestra más involucrado en la educación de sus hijas, por lo que es capaz de establecer límites y llegar a acuerdos con su esposa en relación a la manera de poner reglas en casa.
<b>Parental</b>	Sus hijas le faltan al respeto apoyadas por su madre y a él le cuesta mucho trabajo poner límites. Existe una comunicación encubierta en dónde están presentes los dobles mensajes	Al establecer acuerdos la pareja en cómo educar a sus hijas el subsistema conyugal se fortalece y facilita una jerarquización más clara. Finalmente esto influye en la relación de

	y esto fluctúa en la relación entre padre e hijas, ya que Claudia al ser la que pasa más tiempo en casa influye en el trato que las niñas le dan a su padre.	las niñas con su padre ya que mamá ya no es una aliada, sino que apoya a Roberto y al hacerlo se reestructura el sistema.
<b>Conyugal</b>	Se observan problemas en la jerarquía Claudia es un mujer visiblemente violenta y ambivalente en su discurso y por tanto en sus emociones. Roberto no siente apoyo por parte de su esposa al tomar decisiones por lo que no se siente con suficiente autoridad como para establecer normas en casa. Claudia menciona que Roberto no es una persona afectiva.	Claudia no cede el control completamente, sin embargo dialoga con su esposo llegando a acuerdos sobre cómo educar a sus hijas. Por otro lado Roberto se siente más cómodo expresándole sus sentimientos a su esposa, lo cual fomenta la unión de la pareja.

#### 1.1.2.4. Análisis del tema “Aprendiendo a comunicarme con mi pareja”

En la familia Pérez-Lozano trabajamos con el tema de comunicación en pareja debido a que entre la pareja no se fomentaba la práctica de la misma. Observándose, que inclusive no existían límites entre los subsistemas parental y filial, debido a que en ocasiones se notaba claramente como la madre situaba a las hijas en la misma jerarquía que ella, de tal manera que el padre era humillado por sus hijas y esposa, por lo que no era capaz de ejercer la autoridad, esta situación afectaba notablemente la dinámica familiar ya que en realidad la única figura de autoridad era la madre, sin embargo su rol llegaba a ser confuso.

En la historia de la familia se observa un padre ausente que debe trabajar jornadas completas y que dada la situación que prevalece en su casa, busca mantenerse fuera de ella el mayor tiempo posible. Durante las sesiones que atendimos a esta pareja pudimos observar que la comunicación entre ellos tendía a ser encubierta y difusa ya que por lo regular había un mediador que fungía como interlocutor de ambos, en este caso ese papel lo desempeñaban la mayoría de las veces las hijas.

La comunicación no es sólo lo que se articula verbalmente entre dos personas, sino que incluye la forma en la que se mandan los mensajes, ya que en base a esto se establecen pautas de interacción (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991). La comunicación es el componente principal para que se desarrolle una relación (Bueno, 1965 en Pantoja y Santamaría, 2007), ya que a partir de la comunicación, las percepciones, los comportamientos y los roles se definen entre los miembros del sistema (Bochner, Kruger y Chielewiski, 1982), a la par que esto sucede se van marcando los límites

de lo que está permitido y lo que no está permitido tanto en el subsistema conyugal, como con los demás subsistemas y con la sociedad en general, ya que de esto puede depender el que se mantenga el vínculo o no (Haley, 1988; Minuchin y Fishman, 1988). En el caso que se revisa en este punto se observa claramente que dado que no hay comunicación entre la pareja no se puede completar el proceso de comunicación del que hablan los autores arriba citados, debido a que en este sistema los roles nos están bien definidos, al igual que los límites.

La importancia de la comunicación radica en que es vital para desarrollar y mantener las relaciones (Kimble, Hirt y Díaz-Loving, Hosch, Lucker y Zárate, 2002), especialmente en la relación de pareja, siendo más compleja de lo que se cree (Perlman, 2000 en Roca, 2003). Las reacciones cognitivo/afectivas de un miembro de la pareja a cada una de las otras conductas son el vínculo principal entre las conductas que la pareja muestra y la subsecuente satisfacción o insatisfacción en la relación (Floyd, 1988), y esto sucede en cualquier etapa en la que se encuentra la pareja (Estrada, 1991). En Claudia y Roberto se percibe una relación ambivalente ya que por un lado ella menciona que desea que su esposo participe más en la educación de sus hijas y cuando él trata de intervenir ella se colude con sus hijas minimizándolo e ignorando la autoridad que pudiera llegar a tener. Por lo que el vínculo existente en la pareja se hace cada más endeble, a la par que se fortalece la relación entre madre e hijas.

Inmersos en el proceso de la comunicación se encuentran dos elementos que en forma conjunta determinan la interacción, la afectividad y el conocimiento. Estos factores son el contenido que comprende los temas o áreas de interés sobre los cuales la pareja se comunica, su frecuencia o cantidad y el estilo de comunicación, la o las maneras en que esa información es transmitida (Estrella, 1991). Cuando la pareja logra comenzar a dialogar y a escucharse el uno al otro se logra una interacción más directa y sin la necesidad de que haya interlocutores de por medio; me parece que es en el este momento cuando la pareja finalmente logra generar empatía en las demandas que tiene cada uno.

Una vez que se logra que se escuchen optamos por utilizar como intervención la serie de prescripciones invariables, con la finalidad de provocar que los lazos de la pareja se estrecharan más y así poder diferenciaran los subsistemas conyugal y filial, introduciendo límites intergeneracionales y evitando de esta manera las coaliciones que mantiene el juego de las familias con alguna patología (Tomm, 1984). Considero que esta intervención generó que se abrieran los canales de diálogo de la pareja ya que a pesar de que comenzaban a comunicarse de una manera más directa todavía no se lograba romper la coalición existente entre Claudia y sus hijas. De esta manera puedo decir que se logro fortalecer el comunicación de la pareja y por lo tanto los vínculos de la misma.

En esta familia podemos observar claramente como se produjo un efecto tipo “bola de nieve” ya que primero se buscó fomentar la comunicación clara y directa entre la pareja, al promover un cambio de distancia, pero esto se logró después de hablar con cada miembro de la pareja de manera individual para poder detectar que otros factores estaban influyendo en el tipo de interacción que tenían en ese momento. Estas sesiones fueron muy útiles ya que descubrimos ciertos significados que cada miembro del sistema le atribuía al otro, así que se trató de promover un diálogo que les permitiera concretar acciones y que los involucrara de igual manera en el sistema familiar, ya que al externar sus temores e ideas podrían establecer temas de interés en común que les permitiera vincularse de otra manera.

Esta nueva forma de relacionarse permitió que Roberto comenzará a involucrarse más en las labores de su casa y de sus hijas, resignificando el rol de su esposa, ya que en lugar de verla como alguien que no lo respeta, la ve ahora como un apoyo y soporte al momento de establecer límites. Por lo que se puede concluir que al lograr establecer vínculos más fuertes entre la pareja se crea un subsistema más fuerte que permite que cada miembro ejerza el rol y la jerarquía que le corresponde.

### *1.1.3. Análisis del sistema terapéutico total*

Durante los dos años que duro la residencia, tuve la oportunidad de trabajar de diferentes maneras con pacientes y bajo diferentes estilos de supervisión, lo cual considero muy enriquecedor ya que cada persona aporta algo único a cada sesión, desde el supervisor a cargo, los compañeros que forman parte del equipo terapéutico, el o los terapeutas que llevan el caso y por su puesto los pacientes.

Quiero mencionar que debido a que la práctica clínica se llevó a cabo en diferentes escenarios la manera de trabajo del equipo variaba, a continuación explicaré más claramente a qué me refiero. En las prácticas que realizamos en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” trabajábamos ocho o nueve personas como equipo terapéutico, según fuera el caso, y con el paciente o familia había uno o dos terapeutas. Mientras que en el Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” no había equipo terapéutico, así que trabajamos algunos casos en la modalidad de co-terapia y otros de manera individual, siendo la supervisora la que nos orientaba cuando teníamos alguna duda. Por su parte en el Centro Comunitario “San Lorenzo” y en el “Dr. Julián Mc Gregor” se dividió el grupo en dos subgrupos de cinco.

Los casos que aquí abordo fueron atendidos en dos sedes diferentes por lo que explicaré como fue trabajar en cada una de estos lugares.

Como mencioné anteriormente en el Centro “Guillermo Dávila” el equipo terapéutico estaba conformado por ocho integrantes, un supervisor y un terapeuta o trabajábamos en co-terapia. De acuerdo a mi experiencia con el equipo terapéutico puedo decir que al contar con un grupo de personas que proporcionaba diversos puntos de vista enriqueció el proceso y en cierta medida proporcionaba mayor información, que en ocasiones era útil para tener un panorama más completo de lo que se estaba presentando y en otros momentos aportaba líneas de investigación que podían ser útiles en el proceso. Debido a esto la mayor parte del tiempo percibí al equipo como un apoyo, ya que cuando no tenía claro qué rumbo tomar, con sus puntos de vista me proporcionaban opciones. Otro de los puntos favorables de contar con un equipo terapéutico consiste en que ellos al estar observando la dinámica desde otro ángulo pueden notar las interacciones que se van generando durante el proceso y de esta manera hacerle ver al terapeuta que esta carga como es que se está estableciendo la relación entre él y la familia, ya que en algunas ocasiones como terapeutas tendemos a dejarnos envolver por la dinámica de la familia y por lo mismo comenzamos a repetir sus pautas de interacción.

Considero que en algunas ocasiones el equipo repetía la interacción que se daba entre los miembros de la familia y esto proporcionaba información útil ya que podíamos indagar entre nosotros mismos cómo nos sentimos al respecto y por qué considerábamos que se daba de esa forma la dinámica y esto nos podía servir para comprender mejor a la familia o paciente que estuviera en sesión, sobre todo cuando retroalimentábamos a los consultantes con lo expuesto por los miembros del equipo.

Sin embargo, también es importante mencionar los contras que surgieron entre el equipo y los terapeutas, ya que en diversas ocasiones surgían diversas molestias entre los miembros del equipo cuando el terapeuta a cargo seguía una línea diferente a la que el equipo consideraba sería la mejor, situaciones como éstas provocaban diversas reacciones, que iban desde dudar en las habilidades terapéuticas de los compañeros hasta por el silencio en una muestra de desacuerdo, esta situación llegó a generar en ocasiones hostilidad entre el grupo. Escenarios como éste nos permiten darnos cuenta de lo difícil que puede resultar aceptar los diversos comentarios que se producían durante la práctica clínica.

Por su parte en el psiquiátrico infantil las cosas fueron muy diferentes ya que no se contaba con equipo terapéutico, por lo que optamos por trabajar en co-terapia y en algunos casos, dependiendo de la demanda de los usuarios, trabajamos de manera individual; dadas estas circunstancias mi compañera se convirtió en mi equipo terapéutico y yo en el de ella. Considero que al trabajar de estas dos maneras tan variadas me permitió darme cuenta de la importancia de contar con otras voces, sin embargo quiero aclarar que la experiencia en el psiquiátrico fue muy rica, sobre todo porque aquí acudían familias completas a diferencia del centro ubicado en la facultad. Me parece que al no contar

con equipo te ayuda, en cierta forma, a desarrollar mayores habilidades individuales ya que no hay nadie más que observe el sistema terapéutico y aporte información, esto puede tener sus pros y sus contras ya que al estar tú solo ante el paciente tienes que ser capaz de entrar y salir del sistema las veces que sea necesarias y estar al pendiente de no caer totalmente en su dinámica, así que en supervisiones como éstas debes estar monitoreándote constantemente y eso es algo muy útil ya para la práctica profesional es común que la terapia se realice de manera individual. Los contras fueron que no contábamos con retroalimentación en directo del equipo y de sus voces.

Finalmente la supervisión que se llevó a cabo dividiendo al grupo también fue de provecho debido a al ser más pequeño el grupo estábamos más receptivos a su retroalimentación y esto permitía también que se oyeran todas las voces de los integrantes.

En referencia a los supervisores, desde mi muy particular punto de vista, considero importante que cuando cursas los primeros semestre de la residencia te guíen más de cerca, ya que estas en proceso de aprendizaje, y que con el tiempo el terapeuta en formación sea el que vaya dirigiendo las sesiones de una manera más independiente para así poner en práctica más libremente las técnicas aprendidas ya que esto le permitirá ir adquiriendo mayor seguridad.

## 2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

Incluye el diseño, aplicación e implementación de proyectos de investigación desde una metodología cuantitativa y cualitativa con la finalidad de difundir conocimientos, así como obtener datos de las características de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias.

### *2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa.*

Durante el primero y segundo semestre de mi formación como terapeuta elaboré la “Escala de límites en la familia con hijos adolescentes” junto con mi compañera Consuelo García López, esta idea surge a partir de detectar la importancia del manejo de límites dentro de cualquier estructura familiar y a nivel personal, siendo el objetivo principal del instrumento identificar los tipos de límites existentes en el sistema familiar con la finalidad de generar intervenciones más eficaces en el espacio terapéutico. A continuación expondré la investigación realizada por mi compañera y por mí.

## ESCALA DE LÍMITES EN LA FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES

*Araujo, B., García, C., Mercado, D.*

*Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.*

Se desarrolló una escala para medir la presencia de límites al interior de la familia con hijos adolescentes. Esta escala estaba compuesta de 101 reactivos los cuales agrupan las siguientes dimensiones: subsistemas (conyugal, parental y familia en general) y tipos de límites existente (flexibles, difusos y rígidos). La realización de este instrumento constó de 4 fases. En la primera fase se aplicó la escala a padres de familia con hijos adolescentes con la finalidad de verificar la claridad de los reactivos. Durante la segunda fase se aplicó el instrumento a diferentes padres de familia para corroborar que los cambios hechos a los reactivos los hacían más comprensibles. Para la tercera etapa se realizó un jueceo con 10 expertos en la materia; mediante la técnica Q Sort para evaluar la validez teórica de los reactivos, eliminándose aquello que no poseían esta característica, con lo que la prueba quedó conformada por 74 reactivos. Posteriormente se aplicó el instrumento a 400 padres de familia; se analizaron los resultados para determinar su calidad discriminatoria, se eliminaron varios reactivos. Se aplicó un análisis factorial Varimax con un Eigen Value = 1 que se detuvo a las 25 interacciones el cual arrojó una estructura factorial de dos factores interpretables que explican un 16.634 % de la varianza. Finalmente el instrumento quedo conformado por 2 factores; el factor uno corresponde a la dimensión flexible parental y el factor dos corresponde a la dimensión claro conyugal, con un total de 13 reactivos divididos de la siguiente manera: flexible parental (con 8 reactivos) y el flexible conyugal (conformada por 5 reactivos). El instrumento fue sometido a una análisis de consistencia interna en que se obtuvo un  $\alpha = .832$ . Se discute el posible uso de este instrumento en la práctica clínica de psicólogos y terapeutas familiares como una herramienta de apoyo para detectar el tipo de límites existentes en las familias con hijos adolescentes.

La aproximación sistémica al estudio de la familia, implica considerarla como un sistema el cual puede mantenerse abierto a los mensajes y retroalimentaciones del exterior, o por el contrario no permitir la entrada ni la salida de cualquier información al exterior de sistema. De esta manera la familia funciona como un organismo vivo que se retroalimenta de información tanto interna como externa, cumple un ciclo de vida y permite el desarrollo de los miembros implicados en el sistema.

### **Límites**

Dentro de todos los sistemas existen **límites**; el sistema se compone de subsistemas entre los que existen límites con permeabilidad variable, pueden ser: difusos, claros, rígidos. A su vez cada sistema cuenta con sus propios niveles de **jerarquía**; en la que la organización de los subsistemas determinará las interacciones de los miembros de sistema (Minuchin, 1977).

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites deben ser claros. La claridad en los límites sirve para evaluar su funcionamiento.

La determinación de límites y fronteras resulta:

- a) Del reconocimiento de roles y subsistemas jerárquicamente organizados al interior de sistema familiar.
- b) De modalidades interaccionales propias de dichos roles reconocidas y aceptadas por todos.

Esto constituye una jerarquía familiar que de no estar clara, produce interacciones disfuncionales entre los miembros. Ya que al no haber fronteras se producen relaciones disfuncionales, tales como parentalizaciones (hijo que debe ocupar un rol parental en el conflicto, renunciando a su propio desarrollo) triángulos perversos (utilización de un hijo por un progenitor, en contra del otro), triangulaciones ó desviaciones de conflictos (Minuchin y Fishman, 1988).

Dependiendo de las características de los límites entre los subsistemas, la familia puede ser definida como aglutinada (familia con límites difusos) o desligada (familia con límites rígidos).

El hijo adolescente constituye un desafío para la familia. Adquiere importancia el grupo de pares y nuevas normas de conducta, valores propios sobre consumo de drogas y alcohol, vestimenta, estilos de vida y de relación, etc. (González, 2001).

## **Subsistemas**

De acuerdo con Minuchin, et al., (1988) dentro de la familia existen subsistemas, y cada miembro ejerce un distinto rol en cada subsistema lo que le da flexibilidad en cuanto a poder.

Los subsistemas están marcados por límites que son las reglas que definen quiénes pertenecen al subsistema y cómo. Para que el desarrollo familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros.

Cuando en un subsistema los límites no son claros se crean problemas pero a nivel familiar (es decir de sistema) y finalmente acaba afectando a todos los componentes no sólo del subsistema si no del sistema. A continuación se mencionan los subsistemas familiares:

**Subsistema individual:** incluye el concepto de sí mismo en contexto, más los determinantes personales e históricos del individuo y los aportes actuales del contexto social.

**Subsistema conyugal:** Se forma cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención de formar una nueva familia, distinta de la de origen.

**Subsistema parental:** Cuando nace un hijo la familia cambia y el subsistema conyugal debe trazar un límite que le permita el acceso del niño a ambos padres así como ejercer las funciones socializadoras para con el nuevo miembro. Las funciones de este subsistema incluyen la crianza de los hijos y su socialización.

**Subsistema fraterno:** Los hermanos constituyen el primer grupo de iguales para un niño, que permite experimentar apoyo mutuo, jugar y elaborar pautas de interacción para negociar, competir y colaborar. Dentro de este subsistema se logra el sentimiento de pertenencia y la individualidad vivenciada en el acto de elegir y optar.

## **Adolescencia**

La adolescencia es la época de la vida que marca el paso desde la infancia a la edad adulta. La Organización Mundial de la Salud, considera adolescente a toda persona entre los 10 y 19 años de edad, aunque el comienzo y la duración de esta fase vital varía según los sexos, razas, el ambiente cultural y las condiciones socioeconómicas (Gómez, 1996).

El adolescente exige reacomodaciones a los padres. El tema de la autonomía y el control se debe negociar en todos los planos.

Para el buen desarrollo social del adolescente, la familia es la principal fuente socializadora, esto significa que la familia es el principal transmisor de los conocimientos, valores actitudes, roles y hábitos que una generación pasa a la siguiente, ya que le infunde modos de pensar y formas de actuar que se vuelven habituales (Craig, 1998).

En México la familia ocupa un lugar preponderante dentro de la sociedad, ya que en ésta se desarrollan los valores, principios e ideas generales de cada persona. Se han realizado una serie de estudios que indican la repercusión de los tipos de límites que existen al interior de la familia en la conducta y desempeño conductual de los adolescentes como los realizados por Peiser y Heaven en 1996 y el de Slee también en el 96 que indicaron que familias con estilos rígidos y fuerte disciplina favorecían problemas de conducta en los adolescentes.

En los jóvenes durante la etapa de la adolescencia el valor de la familia adquiere particular importancia, ya que en esta etapa surgen diversos conflictos en el establecimiento de límites debido a que los padres se encuentran ante la situación de dejar de considerar a sus hijos como niños y la dificultad de tratarlos como adultos (Rice, 1997).

La claridad de los límites al interior de la familia sirve para evaluar su funcionamiento. La familia con límites difusos recibe el nombre de "familia aglutinada"; la familia con predominio de límites rígidos, se llamará "familia desligada" (Chomsky, Moreno y Sumiel, 1985).

Los miembros de familias aglutinadas (límites difusos) pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere abandono de la autonomía. La conducta de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros y el stress individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas. Así pues, la familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad.

Los miembros de familias desligadas (límites rígidos) pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y, de requerir ayuda mutua cuando la necesitan. Estas familias toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. Así, pues, la familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo.

Los límites deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. El terapeuta debe operar como un delineador de límites y desarrollar estrategias de intervención con la finalidad de intentar modificar el tipo de límites existentes al interior de la familia que pudieran estar contribuyendo a diversas problemáticas en la misma (Jackson, 1965).

Consideramos conveniente elaborar un instrumento el cual permita identificar qué tipo de límites que existen en los diferentes subsistemas familiares para que de esta forma se pueda estudiar el desarrollo de adolescentes en relación con los límites familiares.

## **OBJETIVO**

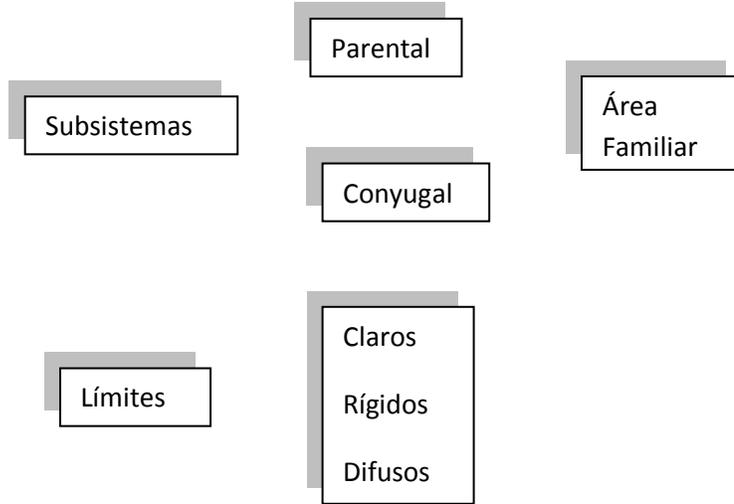
Desarrollar un instrumento que permita identificar los tipos de límites existentes en el sistema familiar.

### *Procedimiento para la elaboración del instrumento*

Se revisaron las bases teóricas de la terapia familiar, haciendo énfasis en el ciclo de vida de la familia y el período de la familia con hijos adolescentes.

Con base en el modelo estructural se determinaron dos dimensiones: subsistemas (parental, conyugal y familia en general) y límites (claros, rígidos y difusos). Como se puede observar en la figura 1.

Figura 1. Dimensiones de la escala.



**MÉTODO**

*Fase 1*

*Procedimiento de la elaboración de la escala*

En la figura 2 se presenta como quedó conformado el instrumento y la distribución de los reactivos en cada una de las dimensiones y niveles del mismo.

Figura 2. Número de reactivos por dimensión

**SUBSISTEMAS**

	CONYUGAL	PARENTAL	FAMILIAR
<b>DIFUSOS</b>	11 REACTIVOS	11 REACTIVOS	11 REACTIVOS
<b>CLAROS</b>	11 REACTIVOS	11 REACTIVOS	11 REACTIVOS
<b>RIGIDOS</b>	11 REACTIVOS	12 REACTIVOS	12 REACTIVOS

**Total 101 reactivos**

Objetivo del instrumento: Desarrollar un instrumento que permita identificar los tipos de límites existentes en el sistema familiar.

Procedimiento del desarrollo del instrumento: Para realizar el instrumento, se revisó la teoría correspondiente a las bases teóricas de la terapia familiar. Poniendo énfasis en el ciclo vital de la familia con hijos adolescentes.

## *Fase 2*

Objetivo: Someter a prueba la comprensión general de los reactivos del instrumento. *Primer piloteo*

Se solicitó la participación de 10 padres y 10 madres de adolescentes, entre 15 y 17 años que cumplieran los siguientes criterios: vivir en familia con a sus hijos, no ser padre o madre soltera, tener hijos adolescentes entre 15 y 17 años.

En este primer piloteo se aplicó el instrumento con 101 reactivos a 20 padres de familia a quienes se les explicó el motivo por el cual se les solicitaba su participación, las personas que accedieron fueron invitadas a contestar la prueba.

En esta primera fase el instrumento fue autoaplicado a los padres de familia con asesoría personalizada en caso de presentar dudas, esta aplicación se realizó a las personas que se encontraban esperando turno para acceder a una consulta médica en un clínica de salubridad en la delegación Álvaro Obregón

A cada uno de los participantes se les solicitó que marcaran con un círculo aquel o aquellos reactivos que no fueran comprensibles y se les pidió mencionaran qué era lo que los confundía, se proporcionó atención personalizada comentando con cada uno de los participantes sus dudas y en algunos casos explicando el significado de ciertas palabras empleadas en la redacción de algunos reactivos. Los reactivos modificados fueron el 8, 23, 38, 62, 78, 80.

## *Segundo piloteo*

Procedimiento: Después de analizar y corregir los reactivos correspondientes se procedió a realizar un segundo piloteo, se solicitó la participación de 20 padres y madres de adolescentes, entre 15 y 17 años que cumplieran con los mismos criterios mencionados en la primera etapa.

A éstos se les leyeron los reactivos uno por uno de manera personal. Se les solicitó a los participantes que mencionaran aquellos reactivos difíciles de entender. En este caso los reactivos modificados fueron: 74, 78, 80, 87, 88, 92,94 y 100.

### Fase 3

#### *Validez de Facie (jueceo)*

**Objetivo:** Someter a juicio de expertos la pertinencia de los reactivos a las dimensiones teóricas que los originaron.

**Material:** Se elaboraron 101 tarjetas con cada uno de los reactivos, tres tarjetas con la definición de los tres tipos de límites que se manejaron con la siguiente definición:

***Límites Claros:*** Definen las reglas de interacción de manera precisa y clara.

***Límites Rígidos:*** Las reglas de interacción son demasiado rígidas sin favorecer la comunicación.

***Límites Difusos:*** No definen las reglas de interacción con precisión entre sus miembros.

Se utilizaron también tres tarjetas que indicaban la definición a utilizar de:

***Familia en general:*** Interacción de todos los miembros de la familia.

***Subsistema Parental:*** Que hace referencia a la relación-interacción de padre e hijos.

***Subsistema conyugal:*** Que hace referencia a la relación de pareja.

En el jueceo intervinieron 10 jueces brindando su opinión con respecto a la categoría correspondiente a cada reactivo.

**Procedimiento:** Se pidió la colaboración de 10 terapeutas familiares con enfoque sistémico a los cuales se les explicó el objetivo del instrumento y se les pidió clasificar cada reactivo de acuerdo con las nueve categorías que se manejan.

#### *Técnica Q sort*

Se instruyó a cada uno de los jueces a colocar la tarjeta correspondiente a la pregunta de acuerdo con el subsistema y al tipo de límite al que se refería la pregunta, se clasificaron las respuestas de cada juez y se procedió a plasmar los datos en una base de datos para su análisis.

De los datos obtenidos se obtuvo una tabla de frecuencias con el porcentaje de concordancia de los jueces en cada uno de los 101 reactivos. Se estableció como criterio para aceptar cada reactivo que hubiera concordancia, en cuanto al nivel al que pertenecían de un reactivo a la categoría de un 70% o más entre los jueces. De esta forma fueron eliminados 27 reactivos con lo que finalmente el

instrumento quedo conformado por 74 ítems, los cuales quedaron distribuidos como se muestra en la tabla 1.

*Tabla. 1. Reactivos pertenecientes a cada dimensión*

	<b>Parental</b>	<b>Conyugal</b>	<b>Familiar</b>
<b>Rígido</b>	8	9	8
<b>Difuso</b>	7	6	12
<b>Flexible</b>	10	9	5

#### *Fase 4*

##### *Validez empírica y confiabilidad*

Una vez sometida a prueba y corregida la claridad del instrumento así como su validez teórica, se aplicó a una muestra de padres de familia para conocer su validez de constructo y de criterio así como su confiabilidad.

*Objetivo de la aplicación del instrumento:* Recabar la información pertinente para la validación y confiabilización del instrumento, mediante el sometimiento a prueba de la determinación de la calidad de los reactivos, para conocer la estructura factorial y la confiabilidad, lo cual se desarrolló teniendo en cuenta los siguientes objetivos con sus respectivos tratamientos estadísticos:

*1º. Obtener la validación del instrumento:* para lo cual, se realizó una prueba de Student, con la finalidad de comparar medias independientes contrastando reactivo por reactivo.

*2º. Obtener la confiabilidad del instrumento:* se sometió el instrumento a un análisis de consistencia interna, a través del coeficiente Alpha de Cronbach.

*3º. Conocer la estructura factorial del instrumento:* Se determinó el número de constructos, para descubrir e identificar las unidades o dimensiones del instrumento y obtener la varianza explicada del mismo (Warren, 1995).

*Sujetos participantes:* doscientos padres y madres de adolescentes en edades de 14 a 17 años que vivían como familia nuclear cuyos hijos presentaban problemas de conducta. Doscientos padres o

madres de adolescentes en edades de 14 a 17 años que vivían como familia nuclear y cuyos hijos no presentaban problemas de conducta.

Para saber a qué grupo pertenecían los padres de familia (hijos con problemas de conducta o hijos sin problemas de conducta) recurrimos a los maestros, les cuestionamos sobre la conducta de los alumnos, de tal manera que ellos nos ayudaron a formar los grupos de padres de familia con hijos con problemas de conducta y el grupo de padres con hijos sin problemas de conducta.

*Muestreo.* No probabilístico intencional por cuota

*Procedimiento del desarrollo de las aplicaciones:* se solicitó permiso en una Escuela Secundaria Pública de Coacalco y en un Conalep de la zona de Iztapalapa.

*Criterios de inclusión:* al obtenerse el permiso se procedió a solicitar la participación de los padres de estos adolescentes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser padre o madre de familia de hijos adolescentes con problemas de conducta, vivir como familia nuclear, ser padres biológicos de los adolescentes, que sepan leer y escribir, estar dispuestos a participar en el estudio.

A las personas que cumplieron con estos requisitos se les solicitó su participación, argumentando que sería de manera anónima, ya que los resultados de dicha aplicación serían utilizados de manera ética y profesional para desarrollar futuros instrumentos y herramientas que permitan intervenciones psicológicas con familias que así lo requieran, la tabla 2 indica el número de participantes por sexo y edad.

<i>Tabla 2. Distribución de la frecuencia de la muestra por sexo y edad.</i>		
<b>Sexo del hijo adolescente</b>	<b>Edad del hijo (a) adolescente</b>	<b>Número de participantes</b>
Mujer	14 años	25
Hombre	14	25
Mujer	15	25
Hombre	15	25
Mujer	16	25

Hombre	16	25
Mujer	17	25
Hombre	17	25

*Criterios de exclusión:* padres y/o madres solteros (as), padres divorciados o en proceso de divorcio, padres de familia que no tengan hijos adolescentes.

Una vez revisado que los participantes cumplieran con los criterios de inclusión, y de haber obtenido la autorización por parte de los participantes se procedió a la aplicación del instrumento de manera grupal en grupos de aproximadamente 10 personas a quienes se les leyeron las instrucciones, respondiendo a las dudas que éstos pudieron presentar, se les aclaró que contaban con máximo 45 minutos para responder la prueba.

Una vez contestada la prueba se revisó que todos los reactivos hubieran sido contestados y en caso contrario se solicitó a los participantes que contestaran aquellos que omitieron, si lo hicieron por tener dudas acerca de la pregunta se aclaró aquello que no comprendieron.

Al concluir la aplicación se les agradeció su participación y se les ofreció la asistencia del centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología en, su área de terapia familiar en caso de que así lo requieran.

## Resultados

*Calidad discriminativa de los reactivos.* Para conocer la calidad discriminativa de los reactivos se realizó: *una comparación de grupos extremos (prueba t)*, elaborándose primeramente la **H0: no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en los extremos de la distribución.**

Posteriormente, se realizó una comparación de medias entre el grupo del percentil que estuvo entre el 1 y el 27 de la calificación total y el grupo que estuvo entre el percentil 73 y el 100, con la finalidad de eliminar aquellos reactivos que no discriminaran.

Al realizar el análisis de la prueba t se eliminaron 17 reactivos del instrumento, los cuales se pueden observar en la tabla 3, en la que se presentan la prueba F para determinar la igualdad de las varianzas la t que compara las medias y sus probabilidades. Estos reactivos mostraron estar en la

zona de aceptación de la H0 por lo tanto no permitían discriminar la diferencia entre grupos más altos y más bajos en la distribución, por lo que fueron eliminados del instrumento.

*Tabla 3. Resultados de la prueba F, t y significancia, de la diferencia entre los grupos.*

<b>Reactivos</b>		<b>F</b>	<b>Sig.</b>	<b>T</b>	<b>Df</b>	<b>Sig. (2-tailed)</b>
14. En mi familia se toma en cuenta la opinión de los demás miembros de mi familia cercana.	Equal variances assumed	.902	.343	-.928	234	.355
17. No entro al cuarto de alguno de mis hijos sin antes tocar la puerta y pedir acceso.	Equal variances assumed	3.695	.056	1.069	234	.286
18. Mi esposo(a) está obligado a hacer lo que yo le digo.	Equal variances assumed	.118	.731	-.477	234	.634
24. No interfiere con las amistades de mis hijos y respeto su espacio y tiempo.	Equal variances assumed	1.860	.174	-.492	234	.623
33. No es necesario que acompañe a mi pareja a todos lados.	Equal variances assumed	1.858	.174	-.827	234	.409
34. En la casa podemos faltarnos al respeto mutuamente si así lo deseamos	Equal variances assumed	2.167	.142	-.403	234	.688
35. Puedo entrar a la recamara de mis hijos sin tocar antes de entrar.	Equal variances not assumed			-1.381	164.542	.169
36. Cuando nos peleamos en la casa podemos agredirnos físicamente entre todos.	Equal variances assumed	.007	.935	.064	234	.949
37. Mi esposo(a) y yo no nos faltamos al respeto.	Equal variances assumed	.905	.342	1.046	234	.296
52. En mi familia está prohibido hablar con la gente desconocida.	Equal variances assumed	.365	.546	10.048	234	.296

58. Si quiero colaboro en las actividades que se realizan en el hogar (hacer quehacer, cocinar, etc.) si no quiero no lo hago.	Equal variances assumed	.165	.685	-.365	234	.716
60. Puedo regañara a mi pareja cuándo sea y en dónde sea.	Equal variances assumed	1.912	.168	-.938	234	.349
62. Una regla que le pongo a mis hijos es la de nunca ingerir alcohol.	Equal variances assumed	.683	.409	-5.720	234	.296
63. Si mi esposa(o) quiere realizar alguna actividad (hacer quehacer, salir con amigas, etc.) lo hace, si no quiere no lo hace.	Equal variances not assumed			-1.837	227.542	.068
68. En la casa solo se puede escuchar música que les guste a los mayores.	Equal variances not assumed			-1.479	198.986	.141
69. Mis hijos nunca deben equivocarse.	Equal variances assumed	.312	577	-4.685	234	.298
71. En la casa los hermanos(as) interfieren en las relaciones amorosas de todos.	Equal variances assumed	3.620	.058	.947	234	.345

### **Análisis factorial**

El análisis factorial se aplicó con la finalidad de determinar la estructura factorial de la prueba, su propósito fue ayudar a descubrir la estructura factorial de la prueba o sus dimensiones.

Se aplicó la prueba KMO que arrojó un valor de .582 con una probabilidad de .000, lo que indicó que la matriz era una matriz de identidad y que era aplicable en análisis factorial. Dicho análisis nos permitió conocer la estructura factorial de la prueba a continuación se presentan los resultados obtenidos (ver tabla 4).

Tabla 4. KMO y Test de Bartlett

Prueba de Kaiser-Meyer-Olkin		582
Test de Bartlett	Approx. Chi-cuadrada	9732.736
	Df	1770
	Sig.	.000

El análisis factorial Varimax con Eigen Value = 1 que se detuvo a las 25 interacciones arrojó el análisis factorial compuesto por dos factores interpretables que explican un 16.634 % de la varianza la tabla 5 indica estos valores:

Tabla 5. Matriz rotada

La Rotación se detuvo a las 25 interacciones. (Convergence = .451).
---

Los dos factores resultantes, los reactivos que cargan en cada factor y su varianza explicada se muestran en la tabla 6.

Tabla 6. Factores que incluye el instrumento

<i>CLARO PARENTAL</i>	
Reactivos	S <sup>2</sup> explicada
9. Cuando alguien no está de acuerdo con algo que dicen los padres puedo expresarlo sin problema alguno.	.737
12. En mi familia las decisiones están basadas en la opinión de todos.	.727
10. Comento con mis hijos las decisiones que se tomaran en la casa para poder saber su opinión e informarles lo que sucede.	.647

15. En la casa nuestros hijos tienen derecho a su espacio privado.	.555
6. Si alguien hace algo incorrecto (mentir, salir sin avisar, emborracharme, etc.) los padres escuchan lo que tengo que decir antes de reprender.	.467
23. En la casa podemos tener nuestros espacios personales y somos respetados en nuestras decisiones.	.467
20. En mi casa todos podemos expresar nuestra opinión de alguna situación.	.464
7. Si mis hijos no respetan las normas de la casa lo platicamos y si es necesario aplico una corrección.	.429
<b>Factor 2 CLARO CONYUGAL</b>	
<b>Reactivo</b>	<b>S<sup>2</sup> explicada</b>
40. Si mi pareja necesita que lo apoye en algo lo hago.	.794
48. Puedo expresar claramente mi opinión frente a mi pareja.	.710
46. Mi pareja me toma en cuenta al momento de tomar decisiones.	.703
43. Mi esposo(a) puede visitar a sus familiares cuando lo desee.	.517
4. Mis hijos pueden avisarme a dónde van para poder estar comunicados y poder evitar peligros.	.409

El instrumento quedó conformado por 2 factores; el factor 1 corresponde a la dimensión flexible parental y el factor 2 corresponde a la dimensión claro conyugal. Los criterios empleados para este análisis factorial fueron:

- Que cada variable tuviera una carga factorial igual o mayor al .40, en aquellas variables que cargaran en más de un factor, se agruparía de acuerdo con el mayor valor de carga factorial y la congruencia teórica.
- Cada factor estuviera conformado por al menos tres variables.

Estos análisis indican que los reactivos del instrumento están agrupados en dos factores, que contienen 8 reactivos el primero y 5 el segundo con una carga factorial superior al .4.

Se obtuvieron calificaciones del factor 1, del factor 2, del total por sujetos y se sometieron a análisis de normalidad de la distribución de respuestas.

Se observa en la tabla 7 que los resultados produjeron distribuciones que indican que la distribución de respuestas produjo una distribución normal en la dimensión de límites flexibles parentales y que en la dimensión de los límites flexibles conyugales, la distribución está ligeramente sesgada negativamente y la kurtosis también supera los límites de la normalidad. Por lo obtenido en la calificación total se observa que las personas participantes en el estudio mostraron mayor claridad en sus límites parentales que en sus límites conyugales.

*Tabla 7. Sesgo y kurtosis para la distribución de frecuencias de los factores 2 y 3.*

	CLARO PARENTAL	CLARO CONYUGAL	CALIFTOTAL
Skewness	-.492	-1.455	-.696
Kurtosis	-.652	1.469	-.328

### **Análisis de consistencia interna**

El instrumento fue sometido a un análisis de consistencia interna, que se realizó con el coeficiente Alpha de Cronbach tomando en cuenta los dos factores, obteniéndose  $\alpha = .832$  (tabla 8), quedando el instrumento conformado por dos factores que contienen en total 13 reactivos.

*Tabla 8. Alpha de Cronbach para los factores 2 y 3*

<b>Factores</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Factor 1 Claro Parental 8 reactivos	.790
Factor 2 Claro Conyugal 5 reactivos	.753
<b>Total</b>	<b>.832</b>

## Validez de criterio

Para conocer la validez de criterio se realizó una prueba T para comparar las respuestas de ambos grupos, utilizando la Ho: No existen diferencias entre las medias. Como se observa en la tabla 9, Los resultados indican que el grupo con problemas de conducta presentaron medias más bajas que el grupo sin problemas de conducta lo que nos indica que las respuestas más flexibles las mostraron los padres de hijos con problemas de conducta.

<i>Tabla 9. Medidas de tendencia central y variabilidad</i>				
Limites y Subsistemas	Problemas de conducta	N	Media	Desviación Estándar
CLARO PARENTAL	Con problemas	200	28.6350	7.26469
	Sin problemas	200	32.1250	6.82218
CLARO CONYUGAL	Con problemas	200	20.3700	4.97967
	Sin problemas	200	22.5050	3.61599
CALIF TOTAL	Con problemas	200	49.0050	10.67119
	Sin problemas	200	54.6300	9.00269

Al realizar la comparación de los grupos se pretendió observar si el instrumento lograba discriminar entre las muestras, el análisis reveló lo que muestra la tabla 10.

Tabla 10. Frecuencias correspondientes a los factores que incluye el instrumento..

		F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)
CLAROPARENTAL	Equal variances assumed	9.372	.002	-4.953	398	.000
	Equal variances not assumed			-4.953	396.438	.000
CLAROCONYUGAL	Equal variances assumed	22.513	.000	-4.906	398	.000
	Equal variances not assumed			-4.906	363.207	.000
CALIFTOTAL	Equal variances assumed	13.592	.000	-5.698	398	.000
	Equal variances not assumed			-5.698	387.024	.000

## Discusión

Este instrumento fue elaborado como parte de un proceso inicial que requiere trabajo adicional para poder generar una prueba estandarizada que pueda ser utilizada en población clínica. Por tal motivo es importante considerar que para poder aplicarlo a la población en general es necesario realizar una estandarización con una muestra diferente a la utilizada para obtener su validación y confiabilización, que podría utilizarse como elemento complementario para evaluación familiar y proporcionaría aspectos relevantes para el tratamiento terapéutico en familias.

Los resultados muestran que la escala de límites en la familia está compuesta por dos subescalas, una correspondiente a los límites flexible en el subsistema parental y otra igualmente referente a los límites claros del sistema pero en el subsistema conyugal. La validez de criterio se mostró en la capacidad de estas dos escalas para diferenciar a los padres de hijos adolescentes con problemas de conducta y a los padres de hijos adolescentes sin problemas de conducta.

Desde el punto de vista psicométrico la dimensión límites claros en el subsistema parental y la calificación total mostraron mayor calidad. La escala de límites claros en subsistema conyugal tuvo solo 5 reactivos, se considera que aumentando el número de reactivos se podría mejorar la distribución normal multivariada.

La diferencia entre las escalas de los subsistemas parental y conyugal puede deberse a que son 2 subsistemas con estructuras diferentes, con requerimientos y límites muy específicos que no tienen punto de comparación.

## Conclusiones

Finalmente el instrumento quedo conformado por 2 factores; el factor uno corresponde a la dimensión flexible parental y el factor dos corresponde a la dimensión claro conyugal, con un total de 13 reactivos divididos de la siguiente manera: flexible parental (con 8 reactivos) y el flexible conyugal (conformada por 5 reactivos). El instrumento fue sometido a una análisis de consistencia interna en que se obtuvo un  $\alpha = .832$ . El uso de este instrumento en la práctica clínica de psicólogos y terapeutas familiares nos puede servir como una herramienta de apoyo para detectar el tipo de límites existentes en las familias con hijos adolescentes. Queda en espera de realizar una estandarización previa con diferente población a la que participó en su proceso de elaboración.

## Referencias

- Craig, G. (1998). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice – Hall Hispanoamérica.
- Chomsky, Moreno y Sumiel. (1985). *Crecimiento y desarrollo*. México: Organización Panamericana de la salud.
- Gómez, P. (1996). *Anorexia nerviosa: La prevención en familia*. Madrid: Pirámide.
- González, N. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: El Manual Moderno.
- Jackson, D.D. (1965) The study of the family. *Family Process*, 4.
- Minuchin, S. (1977) *Families of the slums: an exploration of their structure and treatment*. Nueva York: Basic Books
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1988) *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós

Peiser , C. y Heaven, L. (1996). Family influences on self-reported delinquency among high school students. *Journal of Adolescence*, 19,557-568.

Rice, F. (1997). *Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital*. México: Pearson Educación.

Slee, T. (1996). Family climate and behavior in families with conduct disordered children. *Child Psychiatry and Human Development*, 6, 255-265.

Warren,H. (1995) Diccionario de psicología. México: FCE.

## 2.2. Reporte de la investigación realizada usando metodología cualitativa.

Como parte del seminario de Metodología de la Investigación que cursé durante el segundo y tercer semestre realice una investigación titulada “Satisfacción marital en dos etapas del ciclo vital de la familia: hijos pequeños y adolescentes”, dicho proyecto lo realicé con mi compañera Consuelo García López y el objetivo que nos planteamos al realizar esta investigación fue determinar de qué manera influye la etapa del ciclo vital de la familia (con hijos pequeños y adolescentes) en la satisfacción marital de la pareja. A continuación presentaré el trabajo realizado durante este seminario.

### *SATISFACCIÓN MARITAL EN DOS ETAPAS DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA: HIJOS PEQUEÑOS Y ADOLESCENTES*

---

*Araujo, B., García C., Ramos, I.  
Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.*

Se desarrolló esta investigación con la finalidad de observar la influencia del ciclo vital de la familia en la percepción de satisfacción marital y los diversos elementos que lo conforman en cada uno de los miembros de la pareja. Se trabajo con seis pareja, tres en la etapa de hijos y pequeños y tres más con hijos adolescentes, se les entrevisto estructuradamente, categorizando sus respuestas y encontrando lo siguiente: se elaboro un modelo teórico que describe lo encontrado en esta investigación. Existen diferencias entre el orden de los diferentes factores existentes en el modelo inicial en hombres y mujeres, aunque se observa que en ambos géneros se toman en cuenta todos los factores. También se observa que el grado de satisfacción marital va cambiando conforme sus hijos van creciendo, ya que cuando estos son adolescentes los hijos tienen mayor libertad y por lo tanto los padres pasan más tiempo junto lo cual les agrada sobre todo a los hombres.

Antes de establecerse la familia surge la idea de formar una pareja, la cual se lleva a cabo para comenzar con el proyecto de vida en familia. Existen estudios que indican aspectos relacionados con

la pareja Burges y Cotrell (1939, en Arnaldo 2001) así como Yela (2000) indican que entre más se conozcan los cónyuges antes de casarse encontrarán más satisfacción en la relación. Rivera (1992) menciona que el tiempo en la relación, así como la duración y frecuencia de la convivencia en la pareja van a presentar repercusiones importantes en la satisfacción. La familia y las relaciones que en ella se generen van a determinar ciertas conductas y expresiones de los individuos, la pareja tiene como finalidad la temporalidad así como también proteger y cuidar de sus hijos.

Para Estrada Inda (1991) la estructura emocional de la vida familiar se puede entender de mejor manera si se toman en consideración los siguientes aspectos:

- Las relaciones que se suscitan entre sus miembros
- La intensidad y calidad de la comunicación
- La capacidad para reconocer y resolver sus problemas (negociación).
- Clase y graduación de la expresión afectiva
- El nivel de autonomía que se permite a sus miembros
- La presencia o ausencia de problemas psicopatológicos en tres o más miembros de la familia.

Estos aspectos incluyen la presencia de límites y jerarquías. En cada etapa la familia atraviesa por una serie de problemas y expectativas que tienen que ir resolviendo.

Cuando la nueva familia decide tener hijos y estos llegan se entra en una nueva etapa en donde la familia deja de ser diada y se convierte en una traída, lo que trae consigo una nueva estructura que puede generar problemas al interior del sistema, puede ser que a la madre le cueste trabajo integrarse a esta nueva actividad de procurar y cuidar al hijo o que el padre no comparta responsabilidades y se aleje, durante esta etapa la terapia puede ayudarlos a reestructurar el sistema reinsertando a alguno de los miembros dentro del sistema para favorecer la cooperación.

Posteriormente surge la etapa de hijos escolares seguida por el inicio de los hijos en la adolescencia lo cual cambiará a la familia ya que se tendrán que restablecer los límites dentro del sistema familiar. Cuando los hijos entran a la adolescencia el grupo de amigos adquiere una mayor importancia en los hijos, los cuales desearán mayor libertad en esta fase los temas de la autonomía y el control se tienen que renegociar tomando en cuenta la edad del hijo.

Durante esta y las anteriores etapas, no son solo los hijos los que cambian, la pareja en sí y cada uno de los miembros que la conforman también cambian, a determinada edad las personas van

prestando más atención a ciertos aspectos que bien le pudieron haber preocupado a lo largo de su vida o bien, que apenas se comienzan a cuestionar, puede también surgir que en esta etapa los padres se enfrenten a un cambio perteneciente a su familia de origen, puede ser la pérdida de alguno de los padres, la enfermedad o bien el ingreso de algún progenitor a su familia nuclear, aspectos como estos producirán un cambio no solo en la persona sino en su pareja, sus hijos es decir su sistema familiar (Estrada Inda, 1991).

Es un hecho que no hay familia sin haber habido antes una pareja, esta pareja implica una serie de situaciones ante las cuales sus miembros se enfrentan diariamente como parte de la convivencia y el crecimiento, en ocasiones si la pareja muestra deficiencias o falta de motivación, insatisfacción o desagrado puede manifestar problemas en su interior y por lo tanto influir en el resto de los miembros de la familia o en los miembros de la diada conyugal.

El aspecto más importante de investigar la satisfacción marital es el bienestar del individuo y la familia, así como los beneficios que obtiene la sociedad cuando se forman y se mantienen matrimonios fuertes, al igual que la necesidad de desarrollar intervenciones de prevención para las parejas y sus familias.

La familia y la pareja, han sido temas ampliamente estudiados en psicología. Se han realizado estudios que muestran efectos y variables relacionadas con la satisfacción marital en las parejas a lo largo del ciclo vital de la familia (Gary, 1998; Miller, Yorgason, Sandberg y White, 2003; Steinberg y Silverberg 1987), la mayoría de estos estudios son longitudinales y han podido aportar conocimientos sobre estos temas, pero su mayoría han sido realizados en poblaciones extranjeras, en particular con población estadounidense.

El presente estudio explorará parejas de origen mexicano que se encuentran en dos etapas distintas del ciclo vital de la familia, basándose en las etapas que Minuchin y Fishman (1988) nombra como la etapa de la familia con hijos pequeños y la etapa de la familia con hijos adolescentes. Se ha observado en anteriores investigaciones que la satisfacción marital puede aumentar en etapas en los que los padres ya no están a cargo de los hijos, o bien que existen variaciones en la satisfacción marital debido a diversos factores en cada etapa del ciclo (Steinber et al., 1987, Gary, 1998). Esta clase de investigaciones han sido realizadas con población extranjera en la que los tiempos de inicio y terminación de cada etapa difieren claramente en México debido a aspectos económicos, políticos y culturales. Esta investigación pretende observar si la satisfacción marital sufre alguna variación o variaciones debido a la influencia que la etapa del ciclo vital de la familia en la que se encuentren.

Debido a esto nosotras estamos interesadas en conocer la influencia de la etapa del ciclo vital de la familia en el que se encuentran las parejas con hijos pequeños y adolescentes en relación con la satisfacción marital existente entre ellas. Para lo cual la investigación se dividió en los siguientes ejes (Incluyendo los conceptos de pareja y relación de pareja):

- CICLO VITAL DE LA FAMILIA
- SATISFACCIÓN MARITAL
- FAMILIA

Los resultados obtenidos al realizar este proyecto nos permiten observar en población mexicana la forma de reaccionar de las parejas ante el cambio de etapa en el ciclo vital, más específicamente en matrimonios con hijos pequeños y en matrimonio con hijos adolescentes; ya que como se ha mencionado anteriormente en la familia se van generando cambios a lo largo de su ciclo de vital y si la pareja no se va adaptando a estas nuevas circunstancias pueden empezar a surgir problemas y terminar en separación.

También consideramos que es importante investigar de qué forma se van produciendo estos cambios para que de esta forma se puedan crear programas y planes de intervención que le permita a las parejas reinsertarse en su dinámica para fortalecer los lazos y prepararlos para la vida futura juntos, logrando una adaptación a la dinámica que se va generando a lo largo del ciclo vital.

## **OBJETIVO**

*Objetivo general.* Determinar de qué manera influye la etapa del ciclo vital de la familia (con hijos pequeños y adolescentes) en el que se encuentra la pareja influye en la satisfacción marital de la misma.

*Objetivos específicos:*

- Evaluar las diferencias existentes entre estos dos grupos (con hijos pequeños y con hijos adolescentes).
- Comparar el grado de influencia que la satisfacción marital tuvo sobre ambas etapas del ciclo de vida familiar (hijos pequeños e hijos adolescentes).
- Analizar si hay o no diferencias entre los hombres y las mujeres dependiendo de la etapa del ciclo vital de la familia en la que se encuentren (con hijos pequeños o con hijos adolescentes) respecto de la importancia atribuida a la satisfacción marital.

- Analizar si hay o no diferencias entre las parejas casadas de distintas edades, en relación con la importancia asignada a la satisfacción marital.

## ELABORACIÓN DEL MODELO DE INVESTIGACIÓN

Posteriormente se realizó una revisión de la teoría elaborando el modelo que se presenta a continuación con sus respectivas hipótesis.

Figura 1. Modelo inicial de investigación



Para poder llevar a cabo esta investigación partimos de la siguiente descripción teórica de cada uno de los elementos que lo conforma. Retomamos a manera de resumen estos conceptos previamente mencionados ya en este artículo, léase como guía para entender el modelo.

### **Satisfacción marital**

Selvini-Palazzoli (1991 en Juárez, 2006) mencionan que la satisfacción marital es la evaluación y definición del rol, producto de la posición que cada miembro toma dentro de la pareja conyugal,

conformada por los siguientes indicadores que de acuerdo con Pick (1988) al hablar de indicadores de la satisfacción marital mencionan que para llevarse bien con su pareja se requiere mayor gusto por interactuar, mayor gusto por conocer, menor frustración y temor en la relación. Cada uno de estos conceptos implica que la satisfacción marital incluye sentimientos de agrado hacia la relación marital así como también la percepción que cada miembro de la pareja tiene sobre esta situación.

Estas definiciones abarcan desde una necesidad de sobrevivencia humana, como puede ser la actitud que se tiene con respecto a la pareja y la relación hasta convertirse en un proceso evolutivo como la adaptación, acomodación o ajuste que permite a cada miembro tomar una posición de acercamiento o alejamiento dentro de la misma.

Se entiende que cada miembro de la pareja a partir de su historia llega con expectativas diferentes a la relación.

En la presenta investigación de acuerdo con la investigación teórica determinamos los siguientes factores como presentes dentro de la satisfacción marital.

### ***Ciclo vital de la familia***

Cada familia al igual que los sistemas vivos atraviesa por una serie de etapas en las que cada uno de sus miembros se va desarrollando, aprendiendo cosas, experimentando otras e interactuando con los miembros de sus familias en distintos niveles de acuerdo a la etapa en la cada uno se encuentra.

Desde el punto de vista sistémico la familia es más que la suma de sus partes y el ciclo vital de la familia es el contexto mayor para el desarrollo de los miembros de ésta.

Desde nuestro punto de vista, la familia es la unidad básica de desarrollo emocional, las fases y el curso de lo que puede ser identificado y predecible hasta cierto punto. Consideramos también que este punto de vista debe ser crucial para comprensión de problemas emocionales que desarrolla la gente según se mueva a través de este proceso que consideramos básico. Carter y McGoldrick (1989) plantea que el ciclo vital de cada pareja está constituido por épocas consistentes de equilibrio y transición.

### ***Etapas de la familia con hijos pequeños***

Cuando la familia está conformada entra en un proceso de cambio conforme cada uno de sus miembros se desarrolla, de esta forma el ciclo de vida de la familia es definido por et al., (1988) como

el desarrollo de etapas que siguen una progresión de complejidad creciente. Comprende la formación de la pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar o adolescentes y la familia con hijos adultos, para la presente investigación se consideraran las etapas de la familia con hijos pequeños y la etapa de la familia con hijos adolescentes.

La siguiente etapa que Minuchin y Fishman (1988) describe es la etapa de la familia con hijos pequeños. Esta etapa surge a partir del nacimiento del primer hijo, ante esta circunstancia la pareja comienza una nueva reestructuración, pues después de haber concluido la etapa anterior inmediatamente surge una nueva que implica responsabilidades, la repartición de las actividades y la nueva distribución de recursos tanto económicos como materiales e incluso de tiempo. Puede ser que esta etapa genere problemas en la pareja o bien que pueda compensar algunos aspectos y les permita modificar sus parámetros de interacción como pareja.

En el caso de que la pareja desee tener más descendencia se presentan otras situaciones por lo que Minuchin y Fishman (1988) menciona que cuando el hijo comienza a caminar y a hablar, los padres deben establecer controles que le dejen espacio y a la vez garanticen su seguridad y la autoridad parental. Cuando los hijos comienzan a crecer y cuando se presenta el nacimiento de otro hijo se deben evaluar algunas pautas de interacción y crianza que se aplicaron con el primer hijo, al mismo tiempo que surgen otras para el próximo hijo.

### ***Etapas de la familia con hijos en edad escolar o adolescentes***

Los hijos se van desarrollando y entran a la escuela es aquí cuando se presenta la siguiente etapa que Minuchin y Fishman (1988) denomina la etapa de la familia con hijos en edad escolar o adolescentes, la cual significa un gran cambio para la familia, pues los hijos comienzan a interactuar en un ambiente diferente al del hogar, se integran a alguna escuela donde compartirán experiencias y conocimientos con otros niños de su misma edad, en esta etapa la interacción que el niño han tenido con sus hermanos le servirá, pues con los hermanos tuvo sus primeras oportunidades de ensayar roles, compartir o bien hacerse notar.

En esta etapa la familia se reorganizara en el mejor de los casos para poder desempeñar las labores que la escuela demanda por parte de los hijos, el paso de la familia por esta etapa le permite a los hijos conocer otras pautas de interacción, reglas y valores diferentes a los que existen en su familia y su familia a la vez negociara ciertas reglas y deberá realizar ajustes. Conforme esta etapa se desarrolla surge también la posible separación de alguno de sus hijos del sistema familiar, ya sea porque decide formar una pareja, decida estudiar en el extranjero o bien que desee independizarse;

en México esta clase de situaciones debido al entorno económico suele ser complicado ya que por falta de recursos a algunos hijos se les dificulta independizarse y salir de casa para independizarse económicamente.

Los padres ante este tipo de modificaciones se encuentran ante una situación nueva y a la que deben re-acoplarse puede ser que tengan hijos pequeños de los cuales ocuparse, pero también puede ser que este sea el inicio para quedarse nuevamente como pareja y reestructurarse como familia, como subsistema conyugal, o bien fallar en los requerimientos de este cambio familiar.

### ***Hipótesis***

De acuerdo al modelo desarrollado se presentan a continuación las hipótesis.

- Cuando los hijos son pequeños los requerimientos de cuidado y apego hacia la madre son mayores, lo que produce que la pareja se divida entre la atención que debe ser prestada a cada uno de sus hijos y a su vez hacia la pareja, lo que podría generar conflictos con respecto a la repartición de las tareas instrumentales o requerimientos de mayor atención como pareja.
- Esto podría provocar que el hombre perciba esta atención hacia los hijos como un abandono y requiera mayor atención o confirmación de la existencia de la pareja, por otro lado es posible que en las mujeres la sobrecarga de trabajo y atención hacia los hijos la lleva a necesitar mayor apoyo, reconocimiento y afecto por parte de su pareja.
- En la etapa de los hijos adolescentes, los jóvenes ya no necesitan tanto cuidado o protección por parte de los padres, los cuales se puede contrapuntar en lo referente al establecimiento de límites y normas, provocando discusiones, en algunos otros casos, la pareja requerirá mayor apoyo por parte de su cónyuge para establecer estas normas o mantener los límites. En el caso de la sociedad mexicana la mujer es la que está a cargo de los hijos requiriendo así mayor apoyo de su pareja para proteger a sus hijos, así mismo durante esta etapa la pareja se enfrenta a miedos e incertidumbres con respecto a su futuro como padres y pareja.
- Podríamos esperar que en esta etapa la función como padres y su efectividad en el cuidado y apoyo hacia la pareja con los hijos provocará mayor satisfacción marital.
- Proponemos también que la percepción que cada miembro de la pareja tendrá de la situación variara de acuerdo con el género y la percepción social de la situación

## ***METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN***

De acuerdo con las investigaciones realizadas por Yela 2002 y Zuker (2005) estos datos aportaron una aproximación a lo que en las parejas sucede en dos etapas distintas del ciclo de vida de la familia, cabe recalcar que la población que se utilizó en estos estudios contenía características correspondientes a las que posee el grueso de la población, evitando ciertas características especiales que pudieran afectar la visión de las situaciones o el afrontamiento de las circunstancias que acontecen en las etapas del ciclo vital de la familia, las características en general de las poblaciones utilizadas en esas investigaciones fueron las siguientes:

### **Clase media**

- Escolaridad media
- Exentas de alguna problemática psicológica que ameritara tratamiento farmacológico
- Pertenecían a un área geográfica en particular.
- Las personas poseían una profesión desde técnica hasta carreras universitarias.
- Las parejas participantes trabajaban ambos miembros

La población que fue utilizada en nuestra investigación nos permitió obtener datos concretos, se procuro poseer una equidad en la percepción de las circunstancias, así mismo arrojó datos que permitieron diferenciar el comportamiento de los sujetos participantes en nuestro estudio del comportamiento de la población extranjera con la que se realizaron los estudios arriba mencionados, esto nos brindó información específica acerca de la situación familiar ante las cuestiones del ciclo de la familia en población mexicana.

Se eligió trabajar con esta población ya que brinda una aproximación cercana a la situación actual de las familias en México y por que muestra un sector de la población en el cual se desarrollan muchas de las situaciones que acontecen en la familia, a diferencia de otras poblaciones en las que por la carencia o el exceso de recursos impide la percepción o desarrollo de ciertas cuestiones propias del ciclo de vida familiar.

Para poder realizar esta investigación se procedió a revisar los diseños narrativos, en los cuales el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Resultan de interés los individuos en sí mismos y su entorno, incluyendo desde luego a otras personas, Creswell (2005) señala que el diseño narrativo en diversas ocasiones es un esquema de investigación, pero también una forma de intervención, ya que el contar una

historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras o consciente, se usan frecuentemente cuando el objetivo es evaluar una sucesión de acontecimientos; así mismo provee un cuadro microanalítico. Los datos se obtienen de autobiografías, entrevistas, etc.

Los diseños narrativos pueden referirse a: toda la historia de un individuo o grupo, un pasaje o época de dicha historia de vida o uno o varios episodios. Mertens (2005) divide a los estudios narrativos en a) de tópicos (enfocados en una temática suceso o fenómenos), b) biográficos (de una persona, grupo o comunidad; sin incluir la narración de los participantes en vivo.) y c) autobiográficos (de una persona, grupo o comunidad incluyendo testimonios orales en vivo de los actores participantes)

### ***Población***

Para poder llevar a cabo una investigación es necesario contar con una población en la que se pueda probar o verificar las hipótesis establecidas en la investigación. Diversas investigaciones en distintas poblaciones han llevado a cabo el estudio de parejas en diversas etapas del ciclo vital de la familia y los cambios que se generan al interior conforme pasa el tiempo. Estas investigaciones se han llevado a cabo en población de clase media, con estudios mínimos de preparatoria y donde ambos miembros de la pareja trabajan. Dentro de estos estudios resaltan los llevados a cabo por, Steinberg y Silverberg (1987), Gary (1998), Yela (2000), Cron (2001), Miller, et al. (2003), Zuker (2005) y Salmela (2006).

Para este estudio la población estuvo conformada por tres grupos de parejas casadas con hijos pequeños de 0 a 6 años de edad y tres grupos de parejas casadas con hijos adolescentes de 11 a 17 años de edad de clase media. Estas parejas son de origen mexicano y viven en el estado de México (Netzahualcóyotl y Aragón). Tuvieron un noviazgo de seis meses como mínimo y contrajeron matrimonio sin que la pareja estuviera embarazada.

### ***Instrumento***

El instrumento que se utilizó fue una entrevista que contenía preguntas específicas enfocadas en aspectos propios de la etapa del ciclo vital de la familia por la que atraviesan los participantes.

*Tipo de muestreo.* La muestra fue de casos-tipo, la muestra fue homogénea.

*Estrategia de muestreo y recolección de los datos.* Estudio de caso, en el que se eligió y estudió a los individuos pertenecientes a un sistema que cumplieron con los criterios establecidos por el estudio.  
*Universo de la investigación.*

- a) Temporal. Parejas con hijos pequeños y adolescentes.
- b) Social. Clase media.
- c) Étnica. Mexicanos, que habiten en la Ciudad de México

### ***Procedimiento***

Para comenzar con la recolección de los datos se aplicó la entrevista estructurada a una muestra de 12 personas, que estuvieron conformadas en parejas de marido y mujer casados por el civil, de estas 6 parejas, tres tienen hijos pequeños y 3 parejas tienen hijos en edad adolescente, fue necesario que vivieran juntos y que estuvieran dispuestos a participar.

Los participantes poseen como grado mínimo de estudios preparatorios y como máximo licenciatura. La entrevista se aplicó a estas personas ya que poseen las características establecidas para poder llevar a cabo la investigación.

Para formar la muestra se les invitó a las parejas. Una vez aceptada la invitación se procedió a entrevistarlos siguiendo las preguntas de la entrevista previamente estructurada a cada uno de los miembros de la pareja de forma separada.

Las instrucciones que se les proporcionaron antes de la entrevista fueron las siguientes: “Buenos días, como parte de una investigación que se está realizando en el área de posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM estamos entrevistando a los miembros de una pareja con la finalidad de saber el grado de Satisfacción marital que tienen cada uno como pareja. Es importante hacerles saber que todos los datos que proporcione serán mantenidos en confidencialidad y no es necesario que sepamos su nombre ni su dirección únicamente necesitamos conteste los cuestionarios que se les proporcionaron a cada uno y que cumpla con los siguientes requisitos: estar casados, tener por lo menos un hijo de 0 a 6 años de edad (que serán las personas que conformaran un primer grupo), tener por lo menos un hijo en edad adolescente de 12 a 18 años, vivir juntos, ser padres biológicos de sus hijos.

En caso de que las parejas no hubiesen cumplido con los criterios anteriormente descritos se le agradecería su interés diciendo lo siguiente: “Le agradecemos su interés en esta investigación, en

este momento es necesario que se cuente con todas las características antes mencionadas ya que este proyecto está enfocado a aspectos particulares. Muchas gracias.”

Al término de la entrevista se les dijo a los participantes lo siguiente: “Le agradecemos su participación en este estudio, de los resultado obtenidos se realizaran programas de intervención terapéutica relacionados con las parejas y su satisfacción marital. Muchas gracias”.

Una vez obtenidas las entrevistas se tuvo una muestra conformada por un grupo de parejas con hijos pequeños y un grupo de parejas con hijos adolescentes.

Posteriormente, se procedió a transcribir estas entrevistas para categorizar las respuestas y corroborar con el modelo anteriormente diseñado para explicar los componentes de la satisfacción marital. Ulterior a esta categorización se procedió a corregir el modelo el cual quedo conformado de la siguiente manera:

Figura 2. Modelo final de investigación



Después de la aplicación del cuestionario el modelo original fue modificado por el expuesto en la parte superior debido a que se obtuvo mayor información respecto a la conformación de las categorías existentes anteriormente. De tal manera se observa que tanto hombres como mujeres les dan importancia a los mismos puntos referentes al apoyo afectivo, apoyo instrumental y tiempo que pasan juntos; sin embargo el orden de importancia varía de acuerdo al género ya que a las mujeres

les resulta más significativo el apoyo en el cuidado de los hijos y la protección que su pareja les pueda dar a diferencia de los hombres que le dan más peso al aspecto económico, afectivo y de diversión.

Otro aspecto importante es que las categorías que teníamos anteriormente de manera más general fueron desglosadas al aplicar el cuestionario debido a que los participantes se mostraron más específicos respecto a aquellos factores que conforman la satisfacción marital, de acuerdo a su experiencia vivida, por lo que posteriormente a la categorización de las respuestas se modificó el modelo quedando más detallado respecto a los factores que incluyen las categorizaciones previas.

Podemos observar también que estos factores se mantienen sin importar la etapa de ciclo vital de la familia en la que se encuentren, siendo la categoría *“tiempo que pasan juntos”* la que sufre más cambios de una etapa a otra ya que se observa una mayor convivencia entre ambos miembros de la pareja conforme van careciendo sus hijos aunque sigue estando presente el cuidado y la protección a los mismos.

## ***DISCUSIÓN***

Los aspectos considerados dentro de las respuestas y que producen a la modificación del modelo son los siguientes:

### **HIJOS PEQUEÑOS**

- Parece ser que durante la época de acoplamiento una pareja atravesó por algunos problemas para llegar a acuerdos pero finalmente han podido encontrar un “método” para poder ponerse de acuerdo.
- No existe un tiempo específico para decidir tener hijos. Una pareja decidió tener hijos a los tres meses y la otra pareja se embarazó sin planearlo.
- Ambas parejas concuerdan en la idea de platicar juntos acerca del plan de vida que tienen en común.
- Para ambas parejas el tener metas y aspiraciones es importante.

Se observan diferencias de género en cuanto a las distintas percepciones de satisfacción marital. Para las mujeres el apoyo instrumental es esencial mientras que para los hombres el aspecto del apoyo laboral y económico prepondera sobre el instrumental.

De acuerdo con Ávila y Miranda (2008) la satisfacción en la vida de pareja es decreciente para las mujeres, y también para los varones a partir de los cinco años de matrimonio. Pero para ellas esta situación permanece estable hasta los 20 años y aún puede “revivir” la satisfacción. Ávila observó que pareciera que el gusto, el agrado y el interés de vivir con la pareja disminuyen conforme transcurre el tiempo y aumenta el número de hijas e hijos.

El estudio se hizo con una muestra de 180 hombres y el mismo número de mujeres, con el único requisito de estar casados o vivir en pareja. En total fueron 360 personas divididas en seis bloques de 30 hombres y 30 mujeres. Dicho estudio se realizó en la Ciudad de México entre personas, en su mayoría, de clase media.

Los participantes “valoraron” 63 diferentes actividades que efectúan dentro del matrimonio, como cocinar, lavar la ropa, planear los gastos, besar, abrazar, acariciar, visitar amigos; o alimentar, bañar o llevar a la escuela a las y los hijos, platicar o compartir los problemas del trabajo.

Encontrándose que para los hombres, las actividades que ocurren en esas nueve áreas son importantes en los primeros cinco años; en los siguientes cinco ya no son tan relevantes y así sucesivamente. Para después de los 30, en general ya no les importa su matrimonio.

En las mujeres, se detectó una función en forma de “U”. De uno a cinco años de matrimonio todo lo que ocurre es importante. Luego, el interés tiende a disminuir y permanece estable hasta los 20 años, cuando se incrementa de nueva cuenta, señaló Miranda.

También se encontró que la importancia del área sexual para ambos miembros de la pareja e independientemente de los años de matrimonio, no disminuye, sino que permanece constante. Por otra parte cuidar a la pareja cuando se enferma es una de las atenciones que más fortalecen la relación.

## ADOLESCENCIA

- Una de las situaciones que les ha costado más trabajo en esta etapa es llegar a acuerdos con sus hijos respecto a los permisos, por lo que se observa un mayor apoyo dentro del subsistema conyugal con la finalidad de lograr concretar acuerdos con sus hijos.
- Se observa que en esta etapa surge un reajuste como pareja y pasan más tiempo juntos, lo cual les resulta confortante y agradable tanto a los hombres como a las mujeres, aunque en un principio les cuesta adaptarse a este cambio.

## CONCLUSIONES

Existen diferencias entre el orden de los diferentes factores existentes en el modelo inicial en hombres y mujeres, aunque se observa que en ambos géneros se toman en cuenta todos los factores. También se observa que el grado de satisfacción marital va cambiando conforme sus hijos van creciendo, ya que cuando estos son adolescentes los hijos tienen mayor libertad y por lo tanto los padres pasan más tiempo junto lo cual les agrada sobre todo a los hombres.

## REFERENCIAS

- Arnaldo, O. (2001). Construcción y validación de un instrumento de conflicto para parejas mexicanas. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México. México.
- Ávila, R y Miranda P. (2008). CIMAC. Tu sexualidad. info. Recuperado el 17 de enero del 2009 en <http://tusexualidad.info/noticias-sexualidad/satisfaccion-en-vida-de-pareja-diferente-para-mujeres-y-hombres/gmx-niv118-con681.htm>
- Carter, E. y McGoldrick, M. (1989). *The Changing Family Life Cycle*. Boston: Allyn y Bacon.
- Cron, E. (2001). Job satisfaction in dual-career women at three family life cycles stages. *Journal Of Career Development*. 28.No.1
- Creswell, J. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River: Pearson Education.
- Estrada Inda, L. (1991). *El Ciclo Vital De La Familia*. Mexico: Posada.
- Gary R. (1998) Marital Satisfaction in Later Life: The Effects of Nonmarital Roles. *Journal of Marriage and the Family*.50, 3:775-782.
- Juárez, D. (2006). Satisfacción Marital en personas con distinta religión. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México. México.
- Mertens, D. (2005). *Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage.

- Miller, R., Yorgason, J., Sandberg, J. y White, M. (2003). Problems that couples bring to therapy: a view across the family cycle. *American Journal of Family Therapy*, 5(31), 395-407.
- Minuchin, S. (1988) *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós
- Pick, A. (1988). *Relación entre el número de hijos, la satisfacción marital y la comunicación con el cónyuge*. *Salud Mental* Vol (II) p. 15-20.
- Rivera, S. (1992). Atracción interpersonal y su relación con la satisfacción marital y la reacción ante la interacción de la pareja. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México. México.
- Steinberg L., y Silverberg S. (1987). Influences on marital satisfaction during the middle stages of the family life cycle. *Journal of marriage and the family* 49. 1987: 751-760.
- Salmela-Aro. (2006) Couples share similar changes in depressive symptoms and marital satisfaction anticipating the birth of a child. *Journal of Social and Personal Relationships*. 23. 5; pg. 781.
- Yela, C. (2000). Predictors and related factors for loving and sexual satisfaction. *European Review of Applied Psychology*, 50 (1) 235-242.
- Zuker, P (2005). Working marriages: The quality of marital interaction, marital flow, and marital satisfaction. *Dissertation Abstract International: Section B: The Science and Engineering*. Vol 66(3-b).

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

Su finalidad es que el terapeuta en formación sea capaz de elaborar programas y proyectos de salud comunitaria que involucre la prevención y resolución de problemas familiares y grupales; de igual forma incluye el desarrollo de dos productos tecnológicos que sean de utilidad a los problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario. Dentro de las habilidades que abarca este punto también se encuentra la asistencia a cursos y talleres, así como las ponencias realizadas en diversos foros, ya que en estas el terapeuta adquirirá otro tipo de conocimientos además de que dará a conocer el trabajo de investigación realizado por él mismo.

#### 3.1. *Productos Tecnológicos*

Durante mi proceso de formación como terapeuta elabore dos productos tecnológicos los cuales consistieron en un taller para varones titulado *“Cuestiones Masculinas y Encuentros Familiares: Aprendiendo a no ser un extraño en mi familia”*, el cual fue impartido en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, así como la participación como co-autora del programa del Seminario de Integración I, que se imparte en la Residencia en Terapia Familiar campus CU durante el primer semestre. A continuación describiré ambos productos.

##### 3.1.1. *Taller para padres “Cuestiones masculinas y encuentros familiares: aprendiendo a no ser un extraño en mi familia”.*

#### **Justificación**

Las familias mexicanas están en constante cambio y evolución; debido a las cuestiones sociales y económicas se han generado cambios con respecto a los roles que hoy en día desempeñan hombres y mujeres. Debido a esto las mujeres suelen tener más responsabilidades que antes y los hombres mayor presión para sostener sus hogares, estas y muchas otras cuestiones favorecen la falta de comunicación entre la pareja y la familia, crecen las tensiones se favorece situaciones poco positivas y útiles para los miembros de la familia.

Hoy en día los hombres necesitan más herramientas para sobresalir, incluso dentro de su familia, ya que en ocasiones los padres son a los que menos conocen o con quienes menos conviven debido a las presiones laborales que exigen mayor tiempo del acostumbrado. Según las estadísticas actuales,

cada vez son más los hombres que tienen que incorporarse a las labores domésticas o de cuidado de los hijos debido a múltiples razones, sin embargo cuando esto sucede, o cuando los varones pasan más tiempo en el hogar se encuentran como “extraños”, teniendo que responder en ocasiones a requerimientos que no comprenden dado que han estado acostumbrados a ser proveedores. El presente taller fue creado con la finalidad de proporcionar a los varones herramientas para un autodescubrimiento que les permita ser parte activa de su familia de una manera efectiva y positiva.

### ***Estructura del Taller***

**Objetivo General:** favorecer relaciones más equitativas entre géneros con la finalidad de facilitar la convivencia familiar y la inclusión del varón en las actividades hogareñas y de cuidado hacia los hijos.

**Objetivo específico:** que los padres de familia logren una mayor comprensión de la importancia de su participación y presencia en la dinámica familiar, mediante el desarrollo de estrategias útiles que les permitan integrarse a sus hogares de una manera equitativa, respetuosa e informada, acerca de las cuestiones de género y participación masculina dentro del hogar, con la finalidad de fortalecer los lazos familiares y la inclusión de todos los miembros en el ambiente familiar.

### ***Temario***

1. Masculinidad: *el hombre en el entorno social ¿mi historia me acompaña?*
2. *Roles de género historia y sociedad*
3. Diferencias entre hombres y mujeres
4. *Hacia la búsqueda de una nueva construcción de mi masculinidad ¿qué hombre quiero ser?*

### ***Metodología de la intervención***

**Sede.** Hospital Psiquiátrico Infantil. Dr. Juan N. Navarro

**Población.** Padres de familia que acuden con sus hijos a consulta externa

**No de sesiones:** 4 días en sesiones de 3 horas cada una

## **Procedimiento**

El taller fue promovido mediante carteles colocados en el área de consulta externa del hospital de día, específicamente en el servicio de terapia familiar y de pareja; dichos carteles iban dirigidos a la población de padres de familia varones. Una vez inscritos los padres de familia se presentaron a cada una de las sesiones. En la primera sesión se les entregó el manual del participante y se trabajó de acuerdo a lo planeado en cada una de las sesiones. En la primera sesión se solicitó a los participantes que externaran sus expectativas respecto al taller. Al final del mismo se cuestionó a los participantes acerca de la efectividad del taller y la aplicación práctica de lo aprendido en su vida personal y familiar así como el cumplimiento o no de las expectativas y deseos de aprendizaje.

## **Resultados**

Entre las expectativas de los asistentes al taller la mayoría comentó que deseaban adquirir y/o aprender técnicas o estrategias para poder sostener una mejor relación con los miembros de su familia, así como poder comprender mejor a su hijo o hija paciente del hospital. Entre los comentarios recibidos se pueden citar los siguientes:

*Participante 1. “Me pareció sumamente valiosa la oportunidad de poder reunirme cada sábado con otros varones padres de familia y que atraviesan en su vida familiar por situaciones parecidas a las mías, ya no me siento tan solo y me resulta más fácil comprender a mi esposa y su situación”.*

*Participante 2. “Me sentí cómodo participando y aprendiendo mas sobre mi posición como hombre no sólo como el que lleva dinero a la casa sino como alguien que tiene valor e importancia para su familia”.*

*Participante 3. “La experiencia de poder intercambiar puntos de vista y aprender y darme la oportunidad de explorar más acerca de mi mismo es una oportunidad que pocas veces se tiene y mas para comprender el daño que uno le provoca a la esposa y los hijos con ciertas acciones”.*

En general el taller tuvo una evaluación positiva por parte de los participantes ya que tanto los temas como las dinámicas tratadas fueron de interés colectivo, así como útiles.

## **Conclusiones**

Al término del taller los padres de familia que participaron pudieron tomar mayor conciencia de la importancia de su participación en el hogar y de las variantes que ha traído a su vida el tener a un hijo como paciente identificado. Algo que fue muy enriquecedor para los padres fue el hecho de poder compartir con otras personas su experiencia como padres de pacientes psiquiátricos, ya que esto

genera redes de apoyo útiles para el futuro, en dónde pueden conversar con otros hombres acerca de sus sentimientos, temores, enojos y esperanzas sin temor a ser juzgados o sentirse avergonzados.

Cabe mencionar que una característica primordial que permitió que el grupo se integrara y cada uno de los miembros se sintiera cómodo fue la posición cercana y de apoyo mutuo que se estableció como parámetro principal durante el desarrollo del curso, además el establecimiento de las reglas claras que se seguirían durante las sesiones y el compromiso total de respeto hacia las emociones, sentimientos y pensamientos de cada uno de los participantes.

### 3.1.2. Programa del Seminario de Integración I. Primer semestre.

*Descripción de la actividad.* En la Residencia de Terapia Familiar los alumnos de nuevo ingreso cursan el Seminario de Integración I. Dicho seminario fue impartido por la Dra. Luz Ma. Rocha y yo trabajé como Profesora Auxiliar con ella. La Lic. Paulina Carrillo elaboró una propuesta para impartir dicho seminario, sin embargo esta propuesta se fue modificando a lo largo del semestre, por lo que yo realicé dichas modificaciones las cuales fueron supervisadas por la Dra. Rocha.

*Justificación.* El Seminario de Integración que se aplicó a los alumnos de nuevo ingreso estuvo compuesto con actividades que tenían la finalidad de generar autoconocimiento, integración grupal y un ambiente de confianza entre los terapeutas en formación, ya que como es bien sabido es necesario contar con un autoconocimiento para poder estar conscientes de nuestras áreas de oportunidad y nuestras fortalezas a la hora de trabajar con pacientes ya que todo esto influye en nuestro desempeño como terapeutas.

*Programa.*

**SESIÓN 1.** *Objetivo de la sesión.* Generar integración grupal, conocer expectativas de la maestría y realizar el encuadre del seminario.

- 1.1. Registro
- 1.2. Presentación
- 1.3. Expectativas de la formación y del seminario
- 1.4. Actuando a mi compañero

**SESIÓN 2, 3 y 4.** *Objetivo de la sesión.* Lograr que los participantes se conozcan entre sí y favorezcan un buen clima grupal.

2.1. Apertura de la sesión

2.3. Dinámica “Se busca”

**SESION 4 Y 5.** *Objetivo de la sesión.* Indagar algunas historias significativas en la vida de los participantes, con la finalidad de generar autoconocimiento.

3.1. Apertura de la sesión

3.2. Dinámica “El baúl de los recuerdos”

3.3. Dinámica “La pelota preguntona”

**SESIÓN 6.** *Objetivo de la sesión.* Fomentar la comunicación entre los miembros del grupo, así como el auto-conocimiento de los participantes.

4.1. Ejercicio de relajación y visualización

4.2. Ejercicio de visualización “La silla vacía”

**SESIÓN DE LA 7 A LA 15.** *Objetivo de la sesión.* Generar un encuentro más cercano entre los miembros del grupo.

3.2. Esculturas Familiares y Constelaciones Familiares

**SESIÓN 16.** Que los alumnos vayan adquiriendo habilidades docentes ya que este es un requisito que la Residencia demanda.

6.1. Revisión de propuestas de trabajo para el siguiente seminario

6.2. Impresiones de los alumnos de la Maestría y del Seminario

## SESIÓN 17. Cierre del seminario

### 7.1. Convivencia grupal en la que los alumnos llevarán un platillo típico familiar

*Metodología didáctica.* El seminario abarca dinámicas enfocadas a lograr la integración del grupo así como el autoconocimiento de los terapeutas en formación. Para tal efecto, en este seminario, se realizarán dinámicas que nos lleven a los objetivos señalados anteriormente; todo esto en un clima de respeto y confidencialidad.

*Criterios de evaluación.* Al concluir el semestre cada alumno deberá entregar una reflexión sobre el seminario de integración ¿qué les pareció el seminario?, ¿qué les gusto?, ¿qué no les gusto?, ¿qué cambios harían?, ¿consideran que les fue útil? Si-no ¿porqué?

Asistencia                    20% (80% de asistencia mínima para obtener calificación)

Participación              40%

Reflexión final            40 %

*Evaluación de la experiencia.* Haber trabajado como profesora auxiliar en este seminario fue una experiencia por demás interesante para mí, ya que me permitió estar del otro lado del sistema, ya que anteriormente había estado como alumna y en esta ocasión me toco estar como profesora, así que pude comprender la importancia de la retroalimentación mutua, ya que esto enriquece el proceso para ambos subsistemas. Otro aspecto que considero vital en mi desempeño en esta experiencia fue haber contribuido como co-autora del programa ya que me permitió desenvolverme de una mejor manera, además de que me ayudo a contribuir en los cambios que se le hicieron al programa original, todo esto con base a los comentarios recibidos por la Dra. Luz María, así como de la retroalimentación de los alumnos ya que esta nos va marcando la pauta de aquello que puede ser de utilidad para el desarrollo del seminario.

### 3.2. Programa de intervención comunitaria

**Nombre del taller:** Taller emocional para padres: ya tengo el diagnóstico: ¿y ahora qué hago?

**Objetivo General:** facilitar la comprensión y aceptación emocional por parte de los padres con respecto al diagnóstico psiquiátrico emitido hacia su hij@.

**Objetivo específico:** qué los padres de familia se familiaricen con el diagnóstico emitido hacia su hij@.

- Qué los padres de familia identifiquen las emociones despertadas a raíz del diagnóstico y tratamiento hacia sus hijos, con la finalidad de encontrar la manera de expresar estas emociones de manera efectiva en pro de la convivencia familiar.
- Brindar a los padres herramientas para un adecuado manejo de los límites con sus hijos y pareja para fortalecer lazos familiares.
- Establecer redes de apoyo entre los padres de familia cuyos hijos comparten diagnósticos psiquiátricos similares.

### ***Justificación***

Aunque no se les reconoce como un problema de salud pública, diversos padecimientos psiquiátricos son responsables de que miles de niños mexicanos sufran discriminación y dificultades para lograr su desarrollo integral, ante la mirada preocupada de sus familias y profesores.

Gran parte de la población tiende a pensar que las enfermedades de orden psiquiátrico que aquejan a los niños son invención de los tiempos modernos, pero la verdad es que están frente a nuestros ojos todos los días. Los padecimientos mentales y emocionales de los niños y los adolescentes forman parte de un panorama controvertido, que no es aceptado por la población en general ni por muchos padres de familia, los cuales incluso comentan que lo que le ocurre a los niños se debe a su edad y que con el tiempo “desaparecerá”. Muchos padres se niegan a reconocer que existan la depresión, la angustia u otras alteraciones severas en el niño, pero se ha constatado que es posible. Cabe mencionar, que los trastornos emocionales y psiquiátricos son producto de muchos factores que confluyen, aunque hay que reconocer que algunos agentes del medio socioeconómico o familiar servirán como detonantes o precipitantes de un problema, aunque resulta de suma importancia el desarrollo psicosocial del niño, su seguridad para enfrentar retos y la manera en que entiende su circunstancia. Un chico que ha sido maltratado psicológicamente será, en consecuencia, un individuo que arrastre consigo un costal de prejuicios, temores y reclamos que impedirán explotar sus capacidades, así como también una familia que no comprenda la situación emocional del niño no podrá proporcionarle un ambiente propicio para su correcto desarrollo y seguimiento de un tratamiento adecuado.

A pesar de que los hospitales psiquiátricos proporcionan atención y hospitalización a niños con algún padecimiento psiquiátrico, en muchas ocasiones, los padres desconocen dicho padecimiento y los efectos del mismo sobre la conducta, emociones y pensamientos de sus hijos, llegando incluso a

pensar que son rebeldes, dichas situaciones llegan a poner en entredicho sus propias habilidades como padres y la credibilidad de ellos frente a sus hijos, generándoles diversas emociones que van desde el franco enojo hasta depresiones severas. Por tal motivo consideramos de suma importancia que los padres tengan información básica acerca del diagnóstico emitido hacia sus hijos, para que puedan comprender cuales son las conductas relacionadas, las emociones y el tratamiento adecuado, de igual forma, consideramos importante, que los padres puedan expresar las emociones resultantes, sin temor a ser juzgados y con la libertad de poder expresar a sus hijos las emociones positivas que surjan sin recurrir a la sobreprotección, así como también que desarrollen habilidades efectivas para poder guiar a sus hijos con límites y disciplina hacia un correcto seguimiento del tratamiento adecuado.

Creemos que es necesario desarrollar un taller para que los padres contacten con las emociones que les genera el tener un hijo paciente de un hospital psiquiátrico, y que implica una reorganización familiar en términos de recursos financieros, temporales y familiares. El hospital Juan N. Navarro brinda atención integral para los niños y sus padres, contado con diversos servicios que abordan las diferentes áreas que rodean al niño. Este taller tiene la finalidad de reunir padres de niños con diversas situaciones a fin de que compartan sus experiencias como padres de un paciente psiquiátrico y de la misma manera puedan establecer redes de apoyo comunitario.

### ***Metodología de la intervención***

**Sede.** Hospital Psiquiátrico Infantil. Dr. Juan N. Navarro

**Población.** Padres de familia que acuden con sus hijos a consulta externa

**No de sesiones.** 4 días en sesiones de 3 horas cada una

### ***Procedimiento***

Se invitó a los padres de familia que asistieran al área de consulta externa del hospital psiquiátrico infantil Juan N. Navarro a participar en el taller **Ya tengo el diagnóstico ahora que hago...** solicitándoles se registraran en el área de terapia familiar y de pareja, los participantes debieron anotarse en una lista en donde especificaron su nombre, edad, nombre de su hijo y el padecimiento por el cual es paciente del hospital, así mismo, el día de su inscripción se les solicitó como tarea para el primer día del curso que investigaran en internet o por otros medios la definición de dicho diagnóstico y todas aquellas dudas que surgieran al respecto, dicha tarea debieron traerla consigo el primer día del curso.

El primer día del curso a su llegada se les proporcionó un gafete con su nombre y el manual de participante en donde se detallaron las actividades a realizar por sesión, posterior a esto se procedió a la presentación de las facilitadoras, acto seguido se les solicitó a los participantes que respondieran a un cuestionario de expectativas del taller, en la última sesión este cuestionario fue igualmente solicitado pero respondiendo si el taller cubrió o no sus expectativas. Posterior a este cuestionario se procedió a iniciar las sesiones de acuerdo a lo descrito en el manual del facilitador. Cada sesión tuvo una duración de 3 horas y fue impartido en cuatro días distintos. Con una duración de 12 hrs en 4 semanas. Al finalizar el taller, los participantes se hicieron acreedores a una constancia de participación.

### ***Comunidad beneficiada***

Padres e hijos pacientes del hospital Psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro.

***Terapeutas a cargo:*** Araujo Moctezuma Brenda Elena y García López Consuelo.

### ***Temario***

Tema 1. Conociendo la situación ¿cuál es el diagnóstico?

- ▣ *¿Cómo vivo esta situación?*
- ▣ *¿Qué pienso?*
- ▣ *¿Qué siento?*
- ▣ *¿Qué haré?*

Tema 2. Manejo de emociones

- ▣ *¿Cómo puedo demostrarle afecto a mi hijo?*
- ▣ *Planes de acción para controlar las emociones*

Tema 3. ¿Cómo puedo establecer límites con mi hij@?

- ▣ *¿Qué son los límites?*
- ▣ *Tipos de límites*
- ▣ *Estrategias para establecer límites*
- ▣ *Planes de acción*

### ***Resultados:***

Al finalizar el taller se aplicó nuevamente el cuestionario de opinión y se obtuvieron los siguientes resultados: el 60% de los participantes mencionó que el taller les facilitó la comprensión y aceptación

emocional respecto al diagnóstico psiquiátrico emitido hacia sus hijos, mientras que el 40% señaló que les sirvió en alguna medida (gráfico 1).

A el 60% de los participantes el taller los ayudo a familiarizarse con el diagnóstico emitido hacia su hijo y al 36% les ayudo algo (gráfico 2).

Gráfico 1. Comprensión y aceptación del diagnóstico  
1. Facilitar la comprensión y aceptación emocional por parte de los padres con respecto al diagnóstico psiquiátrico emitido hacia su hij@.

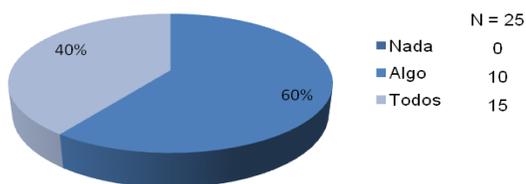
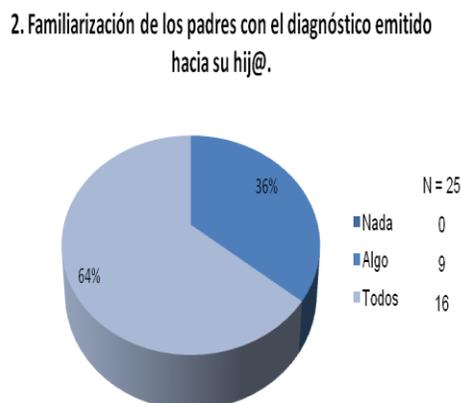


Gráfico 2. Familiarización con el diagnóstico de su hijo  
2. Familiarización de los padres con el diagnóstico emitido hacia su hij@.

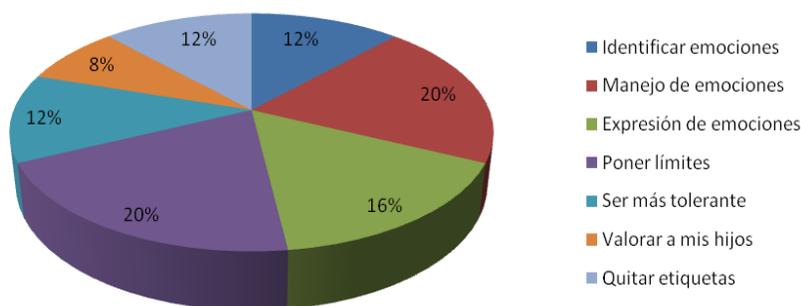


El 48% de los encuestados señaló que los **conocimientos adquiridos** eran buenos, mientras que a un 52% les parecieron excelentes.

En relación a lo más importante que aprendieron un 20% señaló que a establecer límites, el mismo porcentaje apuntó que a manejar sus emociones y el 16% mencionó que a expresar sus emociones (Gráfico 3).

Gráfico 3. Algo importante que aprendieron

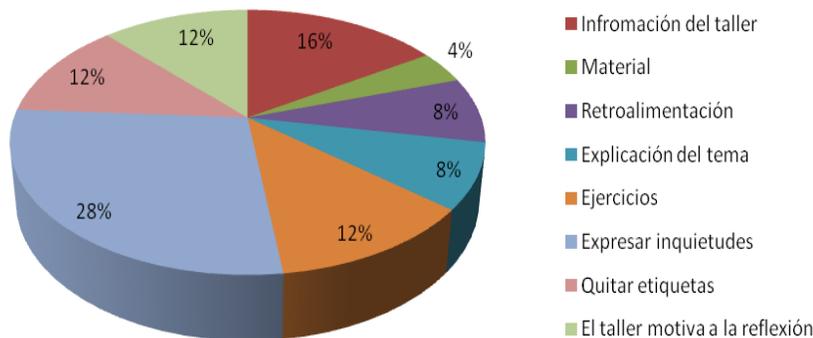
1. Descripción de algo importante que aprendió



En el gráfico 4 se puede observar que al 28% de los participantes le gusto que pudieron expresar sus inquietudes, mientras que al 16% le gustó la información del taller.

Gráfico 4. Lo que más les gustó del taller

## 2. ¿Qué le gustó más de este taller?



### 3.3. Asistencia a foros académicos y presentación del trabajo realizado

Durante mi estancia en la maestría tuve oportunidad de acudir a diversos foros académicos tanto como ponente, como asistente, a continuación mencionaré dichos foros.

*Congresos, cursos y/o talleres a los que asistí:*

- Curso “Consulta a Bases de Información Psicológica” del 7 al 10 de agosto de 2007, con una duración de 10 horas, este curso fue impartido en las instalaciones de la biblioteca de posgrado de la Facultad de Psicología campus CU por la Psic. Ma. Guadalupe Reynoso Rocha, durante el taller de inducción que se les da a las generaciones de nuevo ingreso a la residencia en Terapia Familiar.
- Taller teórico práctico del Dr. Carlos Sluzki titulado: “Humillación, Vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar”, este taller fue impartido en las instalaciones de Hotel Royal de Pedregal en la Ciudad de México los días 27 y 28 de Octubre del 2007 y tuvo una duración de 12 hrs. Dicho evento fue organizado por el Instituto Latinoamericano de Estudios de la familia (ILEF).

- V Congreso Nacional de la asociación de especialistas en salud mental del Instituto Mexicano del Seguro Social del 3 al 6 de febrero del 2008 en las instalaciones del Centro Médico Siglo XXI del Seguro Social ubicado en la Ciudad de México.
- Taller Intersemestral de “Conciencia Corporal” que se llevó a cabo del 4 al 8 de agosto de 2008 y tuvo una duración de 33 horas. Dicho taller fue impartido por la Dra. Gabina Villagrán en el Jardín Botánico de CU.
- Curso “El duelo, una situación universal”, coordinado por la Dra. Esther Althaus Roffé con una duración de 5 horas y que tuvo lugar el día 11 de octubre de 2008. Este taller fue organizado por el ILEF.
- II Congreso Internacional de Psicología “La Investigación en Psicología: entre lo real y lo posible”, llevado a cabo del 27 al 31 de octubre de 2008 en la Ciudad de Morelia, Michoacán.

*Ponente:*

- En el II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología en la mesa temática “Instrumentos de Medición en Terapia Familiar”, llevado a cabo los días 18 y 19 de agosto de 2008 en la F.E.S. Iztacala de la UNAM.
- En el II Congreso Internacional de Psicología “La Investigación en Psicología: entre lo real y lo posible”, llevado a cabo del 27 al 31 de octubre de 2008 en la Ciudad de Morelia, Michoacán.

En ambos congresos presente el trabajo de investigación realizado en colaboración con la Dra. Dolores Mercado y la Lic. Consuelo García durante los dos primeros semestre de la residencia, dicho trabajo se titula “Escala de límites en la familia con hijos adolescentes”. Para finalizar quiero mencionar que desde mi punto de vista es muy importante fomentar la participación de los estudiantes en este tipo de foros ya que nos proporciona información actualizada sobre los diferentes trabajos que se están realizando en el campo de la psicología y más específicamente en la terapia familiar, además de que nos permite escuchar la explicación dichos trabajos desde las voces de sus propios autores. Por otro lado participar como ponente fue una experiencia muy enriquecedora ya que me aporó más herramientas dentro de mi formación como terapeuta, psicóloga, investigadora y docente, áreas que intenta cubrir la residencia en terapia familiar.

## 4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

Implica el desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, a través de un compromiso personal y social que demostrarán con una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios, así como con los colegas.

### 4.1. *Ética en la práctica profesional*

La Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C. promulga y aprueba el Código de Ética ([www.amtf.com.mx](http://www.amtf.com.mx), 2008) por el cual se rigen los terapeutas familiares y de pareja, que comenzó a ser efectivo a partir del 3 de diciembre de 1997. Este código consta de ocho apartados y a continuación los mencionaré:

- 1. Responsabilidad con los pacientes.** Los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada. De tal manera que estarán conscientes de la influencia que pueden ejercer con sus pacientes y evitarán abusar de su confianza y dependencia. De igual forma se buscarán respetar los derechos de toma de decisiones de sus pacientes y los ayudarán a entender las consecuencias de tales decisiones. Finalmente los terapeutas no utilizarán la relación profesional con sus pacientes para su propio beneficio.
- 2. Confidencialidad.** Los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, ya que en una relación terapéutica el paciente puede ser más de una persona. Por lo que no podrán hacer declaraciones en relación a las confidencias de los pacientes, excepto en los siguientes casos: (a) si lo determina la ley, (b) para prevenir daño a una o varias personas, (c) si el terapeuta es acusado de acciones civiles o criminales, (d) si existe una dispensa (exención) por escrito obtenida con anterioridad, la información podrá revelarse de acuerdo a los términos que señale la dispensa. Respecto a la utilización del material clínico del paciente se estipula que los terapeutas podrán utilizar este material para enseñanza, escritura y presentaciones al público, sólo si ha obtenido autorización específica o cuando se hayan tomado los pasos necesarios para proteger la identidad y confidencialidad del paciente.
- 3. Capacidad e integridad profesional.** Los terapeutas deberán mantenerse actualizados en las investigaciones, conocimiento y práctica de la terapia familiar a través de actividades de educación continua. En caso de ser presentados problemas o conflictos personales que pudieran deteriorar el desarrollo de su trabajo o juicio clínico será necesario que busquen ayuda profesional correspondiente para solucionar sus problemas. Finalmente deberán ejercer

especial cuidado al hacer sus recomendaciones y dar opiniones en testimonios u otra afirmaciones públicas y/o privadas.

4. **Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados.** Los terapeutas deberán tomar conciencia de la posición de influencia que ejercen sobre los estudiantes y supervisados para evitar el abuso de confianza y dependencia de tales personas. Por lo tanto deberán evitar relaciones duales que puedan dañar su juicio profesional y aumentar el riesgo de abuso. Cuando no se pueda evitar este tipo de relación deberán tomar las precauciones profesionales apropiadas para asegurar que su juicio no sea alterado y así evitar que se dé la oportunidad al abuso.
5. **Responsabilidad con los participantes de investigación.** 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 de los estándares profesionales que deban regir la conducta de los investigadores.
6. **Responsabilidad a la profesión.** Los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión.
7. **Arreglos Financieros.** Los terapeutas deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios, y deberán verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional.
8. **Publicidad.** Los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas.

Los apartados que abarca el código ético del terapeuta familiar y de pareja nos invitan a hacer una reflexión sobre el quehacer terapéutico, hacia la actualización constante de nuestras herramientas de trabajo, hacia un persistente auto-monitoreo y revisión de nuestros prejuicios sistémicos (Des Champs y Torrente, 1996) y paradigmas, así como en el papel que desempeñan los terapeutas que supervisan y propagan su conocimiento a las nuevas generaciones.

Dentro de la ética del terapeuta no hay que olvidar que como personas todos tenemos prejuicios, que son aquellos supuestos básicos a los cuales ponemos atención, y se van conformando de acuerdo a nuestra manera de vivir. Así lo que llegamos a entender puede tener que ver más con nuestros propios límites como personas que con lo que el paciente necesita, de ahí la importancia del auto-conocimiento y el auto-monitoreo constantes, ya que así podremos identificarlos y actuar para que no

interfieran en la dinámica del proceso (Andersen, 1995).

Es de suma importancia no perder de vista que a pesar de que el código ético es una guía para el terapeuta, lo más importante es la actitud que demuestre el terapeuta ante cada situación que se le presente. López Negrete (2005) menciona al respecto que existe la **ética de principio**, que se refiere a conocer los estatutos, reglamentos y bases, y la **ética de virtud**, la cual considera la individualidad de cada caso para hacer la conexión entre el código y la situación particular que se está tratando. Esto se logra cuestionándose si el procedimiento será el más adecuado para el paciente. Es decir, que no hay que perder de vista la individualidad de cada caso, ya que esto nos conducirá a un adecuado manejo del mismo, ni tampoco hay que olvidar los principios que rigen el código ético; de tal manera que lo ideal es estar bien informado para así aplicar nuestro conocimiento siempre en beneficio del paciente y respetando las singularidades de cada caso.

Becvar y Becvar (2006), mencionan que los retos éticos del terapeuta sistémico son evitar patologizar y evitar dar la impresión de que tenemos acceso a la única verdad. Situaciones como estas se presentan comúnmente debido a que la imagen que se tiene del terapeuta a nivel social es el de un experto que sabe que es lo “bueno” y lo “malo” y por lo tanto su trabajo consistirá en decirle al paciente que debe hacer desde el punto de vista “bueno”, ya que el terapeuta tiene la verdad absoluta. Lo mismo ocurre al momento de poner etiquetas para patologizar a alguien y en este caso en particular me gustaría compartir una vivencia que tuve mientras daba un curso en el psiquiátrico infantil “Juan N. Navarro” ya que lo que se trataba de hacer era que los padres de los pacientes le quitaran la etiqueta de enfermedad que tenían sus hijos para poder relatar una historia alterna sobre ellos, pero esto fue algo muy difícil para los padres de familia, ya que en el contexto que vivimos al etiquetar a las personas con “x” padecimiento nos tranquiliza ya que conocemos el nombre de lo que adolece y esto nos orientará en la manera de enfrentarlo. Por lo que a nivel institucional resulta un poco más complicado no patologizar a los pacientes.

Finalmente hay que recordar que todas las acciones que realicé el terapeuta tendrán como fin buscar el beneficio del paciente y de esta manera obtendrá resultados satisfactorios en su labor profesional.

#### *4.2. Aspectos éticos que se presentaron durante la formación*

Durante la formación como terapeuta familiar nos enfrentamos a diversas situaciones en la práctica clínica en donde se ponen en juego diversos aspectos de la ética como profesionista. Esto se puede observar desde el momento en que se elige un modelo para trabajar con el consultante, considero que no hay que perder de vista que la técnica siempre debe estar al servicio de las familias y/o personas y no a la inversa ya que como terapeutas en formación puede presentarse el caso que debido a que estamos revisando algún modelo es especial nos guiamos solo por este. Sin embargo,

el conocimiento que vamos adquiriendo a lo largo de la maestría nos va dando herramientas con las cuales trabajar, ya que al familiarizarnos cada vez más con los diversos modelos del enfoque sistémico e irlos poniendo en práctica nos va dando recursos con los cuales podemos enriquecer el proceso terapéutico.

En la Residencia siempre se trato con confidencialidad cada uno de los casos tratados ya que como lo señala el código ético del terapeuta familiar está es uno de los pilares en la práctica ya que al hablar de confidencialidad, hablamos de respeto hacia las otras personas, por lo que al iniciar cada proceso terapéutico se hacía del conocimiento de la familia y/o consultante la forma de trabajo en cada centro y lo que implicaba, ya que en algunas ocasiones era necesario grabar videos para posteriormente analizar los casos buscando siempre el beneficio de los consultantes y a la vez retroalimentar al terapeuta en cuestión.

Dentro del respeto que se genera en la relación terapeuta-consultante están presentes los tiempos del paciente ya que en algunas situaciones estos tiempos no coincidían con los tiempos que se preveía para alcanzar a notar algún cambio. No hay que olvidar que cada persona es diferente y que aunque dentro del contrato terapéutico se establezcan cierto límite de sesiones, estas pueden modificarse de acuerdo a de las necesidades del consultante; con esto quiero decir que hay que ser flexibles y adaptarnos al proceso de cada persona.

Otro situación que se presentó durante la residencia al atender consultantes era el impacto que los casos podían llegar a generar en el terapeuta en formación, ya que en algunas ocasiones la problemática llegaba a mover fibras sensibles en el mismo o en el equipo; dada esta situación considero muy importante que se cuente con un trabajo terapéutico ya sea previo o en ese momento ya que no estamos exentos de identificarnos con alguna de las problemáticas presentadas y esto puede llegar a mermar nuestro desempeño. Aquí también es muy importante poder reconocer que casos si podemos llevar y cuáles no y en caso de ser necesario remitir algún caso con otro compañero.

Finalmente no hay que olvidar que tanto el sistema que se forma en terapia involucra no sólo al consultante y al terapeuta, sino que envuelve al equipo terapéutico y supervisor, quienes estarán al pendiente de las interacciones que se vayan generando dentro del subsistema terapeuta-paciente con la finalidad de alcanzar la metas y objetivos que plantee el consultante y el trabajo que se realice será siempre buscando el beneficio del consultante.



# CAPÍTULO IV

## CONSIDERACIONES FINALES

---

“Lo maravilloso de aprender algo, es que nadie puede arrebatárnoslo”.

**B.B. King.**

### 1. RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS

Dentro de la Residencia de Terapia Familiar se buscan desarrollar diversas competencias y habilidades en los terapeutas en formación, ya que el terapeuta familiar además de contar con habilidades clínicas que le permitan detectar, evaluar y elaborar un tratamiento, debe poseer habilidades teórico conceptuales que le ayuden a formular intervenciones más eficaces de acuerdo a las problemáticas que se presentan en la sociedad. De igual manera es importante que el terapeuta familiar cuente con habilidades de investigación y enseñanza, ya que de esta forma será capaz de diseñar programas de difusión, educación e intervención con la finalidad de dar solución o prevenir los problemas psicosociales que se dan en las familias y en la comunidad. Finalmente no hay que olvidar el compromiso que se adquiere como psicólogo y terapeuta al trabajar con los usuarios del servicio ya que la actitud que debe preponderar es una en la que estén siempre presentes valores como el respeto, la tolerancia, el compromiso, la honestidad, confidencialidad y sobre todo no perder de vista la ética que nos rige como terapeutas.

En relación a la epistemología sistémica debo decir con sinceridad que no conocía mucho al respecto, si tenía información de algunos modelos, pero nunca había revisado tan de cerca y detenidamente cuál era el origen de la terapia familiar sistémica y para mí fue muy grato poder aprender al respecto, ya que siempre he considerado que la epistemología es la base de todo y esta nos ayuda a comprender de una mejor manera la teoría. Hablando específicamente de la epistemología sistémica me parece que la circularidad que nos proporciona enriquece cualquier proceso en el que sea utilizada, ya que comúnmente estamos acostumbrados a ver las cosas de manera lineal, sin embargo, dejar de enfocarte en esa linealidad y voltear hacia los otros ángulos nos proporciona un panorama más completo de la imagen. Si citaré todo lo que aprendí en la residencia, sólo en este rubro no acabaría, ya que abarcaría la epistemología, los modelos modernos y posmodernos, con un sinfín de detalles entre cada uno de ellos.

Al hacer una comparación entre el antes y el ahora puedo decir que mi bagaje teórico se incrementó notablemente y que esto me es de utilidad en la práctica clínica ya que la teoría no sólo es para aprenderla si no para aplicarla y es precisamente cuando la aplicamos que vemos su utilidad y esto nos permite enriquecer los proceso terapéuticos en los que estemos, tanto para beneficio de los consultantes como de nosotros mismos como terapeutas.

Considero que las habilidades clínicas se van desarrollando con la práctica, por lo que cuando inicie en la residencia yo me sentía un tanto insegura ya que pensaba que no contaba con las herramientas necesarias para poder realizar un buen trabajo terapéutico, pero quiero decir que con el paso del tiempo fue adquiriendo seguridad, además de que sentirme preparada teóricamente me ayudó a fortalecerme. A la par descubrí la importancia de cualidades que considero necesarias en el quehacer terapéutico y que como personas vamos desarrollando en la vida cotidiana, como la empatía, el lograr conectarte con los consultantes de una manera que se cree un vínculo que permita seguir con el proceso, la importancia del respeto, del compromiso y la honestidad, así como la obligación que se adquiere de estar en constante comunicación con uno mismo para lograr un auto-conocimiento que nos permita fluir de una manera más eficaz como terapeutas, ya que si esto no se logra nuestros prejuicios sistémicos, ideologías y demás pueden interferir en la práctica.

Las habilidades de investigación y enseñanza son habilidades que se fomentan en la UNAM desde la licenciatura, por lo que ya contaba con algunas herramientas que utilicé al desarrollar los proyectos realizados durante la residencia. Sin embargo siempre se aprende algo nuevo y lo que yo me llevo de aprendizaje va más relacionado con la relevancia de la investigación, ya que en México desafortunadamente no se fomenta mucho, sin embargo, las aportaciones que se generan con ésta son invaluable. Dentro de la investigación realicé dos proyectos uno cuantitativo y otro cualitativo, por lo que pude aprender más de ambas metodologías, así como enriquecer y refrescar los conocimientos previos.

En relación a la enseñanza, al haber participado con la Dra. Luz Ma. Rocha en el Seminario de Integración I fue una experiencia bastante enriquecedora para mí, ya que me sentí apoyada por ella en todo momento y eso influyó en mi desempeño como profesora auxiliar, además de que co-participar en la elaboración del programa de estudios hizo que me diera cuenta de la importancia de la flexibilidad y retroalimentación para ir generando cambios durante el transcurso del semestre ya que no hay que perder de vista que todo es adaptable y modificable de acuerdo a las interacciones que se vayan generando entre el sistema profesores-alumnos.

Finalmente la ética, compromiso, respeto y responsabilidad debe imperar en la figura del terapeuta de tal manera que todo el trabajo realizado durante el proceso terapéutico le sea de utilidad y beneficio al paciente o familia.

## 2. INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL

A través de la participar en diversas sedes clínicas se logro tener una mayor incidencia en el campo psicosocial, y desde mi punto de vista está fue una de las experiencias más ricas que pude tener dentro de la maestría ya que el trato con gente de diversos estratos sociales y con características tan variadas me deja reflexionando en lo trascendental que resulta como personas y terapeutas conocer más allá de el contexto en el que nos desenvolvemos, con la finalidad de poder comprender lo que sucede fuera de él y que a la larga esto no se convierta en una limitante en nuestro desempeño terapéutico.

En el transcurso de la residencia se presentaron casos con diversas problemáticas que fueron atendidos en diferentes modalidades abarcando la manera individual, de pareja y familiar. En la sede de la Facultad la mayoría de las personas que asistían a terapia pertenecían a la UNAM (ya sea como académicos, administrativos o estudiantes), mientras que en las sedes alternas acudían personas de diversos lugares. Entre las problemáticas atendidas a nivel grupal prevalecían los conflictos de pareja, problemas entre padres e hijos, violencia, adicciones, entre otras.

La incidencia en el campo social no se da solamente a nivel terapia, si no que abarca la creación de programas de intervención comunitaria, que se diseñan tomando en cuenta las problemáticas que tienen mayor repercusión en el ámbito social, por lo que durante la residencia tuve la oportunidad de desarrollar dos talleres para la población que acudía al Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” y que fueron recibidos con gusto e interés por los usuarios. Esta experiencia me hace darme cuenta de la importancia de trabajar de manera multidisciplinaria en las instituciones de salud, ya que esto proporciona un servicio más integrativo, que finalmente beneficia todos.

## 3. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

La experiencia vivida durante la terapia familiar me deja aprendizaje no solamente a nivel intelectual, sino en otras áreas de mi vida. A qué me refiero al aseverar esto, bueno a que los conocimientos que fui adquiriendo con el paso de los semestre los fui integrando a la par en mi vida cotidiana y esto me

ayudó y me sigue ayudando a comprender diversas situaciones personales, esto aunado a el proceso personal terapéutico que inicié cuando ingrese a la maestría y en el cual continúo a la fecha.

Además de desarrollar diversas habilidades, aprender diferentes modelos y teorías, vencer obstáculos para probar mis habilidades de enseñanza y participar en el diseño de diversos programas comunitarios, tuve la oportunidad de coincidir con diez psicólogos, que al igual que yo buscaban prepararse en los menesteres de la terapia familiar, así que gracias a ellos aprendí a convivir con personas con personalidades tan variadas, que en ocasiones generaban hostilidad, pero en otros momentos creaban momentos de aprendizaje muy ricos, gracias a la diversidad de opiniones, y bueno sin olvidar los ratos de esparcimiento en el que las relaciones fluían sin mayor problema.

Reflexionado sobre qué es aquello que más se queda en mí de la maestría no puedo dejar de mencionar que aprender y comprender más sobre la Teoría de la comunicación marca un antes y un después en mí, Bateson con su teoría del doble vínculo me ayuda a entender cómo se dan los procesos comunicacionales y lo fácil que es crear relaciones en las que prolifera el doble vínculo, así como el impacto que este puede generar en nuestros interlocutores. Otro momento importante para mí es cuando comienzo a empaparme de la posmodernidad, la terapia narrativa, el equipo reflexivo, el poder identificar nuestros relatos predominantes y crear relatos alternos, así como dejar de ver al terapeuta como el experto y a partir de aquí trabajar con los consultantes viéndolos siempre como expertos en su vida. Otra situación relevante para mí fue el contactar con mis prejuicios y estar atenta de cuando éstos puedan salir a flote en la terapia.

Estas son algunas de las reflexiones que me deja mi paso por la residencia de terapia familiar, la cual siempre será parte de mí y de mi vida.

#### 4. IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA, EN EL PROFESIONISTA Y EN EL CAMPO DE TRABAJO

Como terapeuta hay que estar siempre consciente de los compromisos que adquirimos en nuestra profesión y las responsabilidades que esto conlleva, ya que el ejercicio de la terapia necesita de personas que estén calificadas para poder ejercerla, al referirme a personal calificado me refiero a varias esferas ya que además de la actualización constante de conocimientos considero importante estar o haber estado en un proceso personal terapéutico, ya que finalmente al trabajar con personas que pueden presentar problemáticas iguales o parecidas a las que nosotros hemos tenido puede facilitar el proceso, si es que ya resolvimos esa situación, pero en caso contrario puede interferir en el.

Es de suma importancia que los terapeutas seamos capaces de identificar qué casos si podemos llevar y cuáles no, de ahí lo valioso de conocer cuáles son nuestros alcances y limitaciones, ya que si no somos capaces de reconocerlas no podremos brindar un servicio útil a los consultantes, además de tener presente el papel que juega este punto dentro de la ética del profesionista de la salud. Por este motivo recalco la importancia del auto-conocimiento y auto-monitoreo.

En cuanto al campo de trabajo del terapeuta familiar considero que es vasto, aunque desafortunadamente aún no se explota como debería. Tomando en cuenta todas las habilidades con las que contamos al salir de la residencia me parece que podemos abarcar diversas áreas de intervención, y desde mi muy particular punto de vista la prevención podría ser una de las áreas de trabajo a desarrollar, esto con la finalidad de informar e intervenir en la comunidad antes de que se presente la problemática.

Finalmente no hay que olvidar que el aprendizaje seguirá a lo largo de nuestra vida, por lo que nunca dejaremos de aprender, ni de prepararnos en este quehacer terapéutico que tanto disfrutamos y que nos llena de tantas enseñanzas tanto a nivel profesional como personal.



## REFERENCIAS

- Andersen, T. (1995). El Lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y familia*. 8 (1) 3-7.
- Andersen, T. (1994). *Equipo Reflexivo*. Ciudad de México: Paidós,
- Andersen, T. (1990). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about dialogues*. New York: Norton Books.
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26 (4), 415-428.
- Anderson, H. (2003). *Postmodern social construction therapies*. Recuperado el 13 de noviembre de 2009, de [www.harlene.org/writings/](http://www.harlene.org/writings/)
- Anderson, H. (1999). Reimagining family therapy: reflections on Minuchin invisible family. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 1-8.
- 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.
- Andolfi, M. (2003). *El coloquio relacional*. Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (1997). *Terapia Familiar*. Ciudad de México: Paídos.
- Arnaldo, O. (2001). *Construcción y validación de un instrumento de conflicto para parejas mexicanas*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (2008). *Código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C.* Recuperado el 14 de agosto del 2010, de [http://www.amtf.com.mx/index.php?page=C\\_digo\\_tico](http://www.amtf.com.mx/index.php?page=C_digo_tico)
- Ávila, R. y Miranda, P. (2008). *CIMAC. Tu sexualidad. Info*. Recuperado el 17 de enero de 2009, de <http://tusexualidad.info/noticias-sexualidad/satisfaccion-en-vida-de-pareja-diferente-para-mujeres-y-hombres/gmx-niv118-con681.htm>
- Barker, P. (2007). *Basic family therapy*. New York: Wiley-Blackwell.
- Bateson, G. (1993). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Planeta.

- Batliwala, S. (1997). El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción. En León, M. (comp.). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Colombia: Editores del tercer mundo y facultad de ciencias humanas.
- Becvar, D. y Becvar, R. (2006). *Family Therapy: a systemic integration*. Boston: Pearson Education.
- Beltran, L. (2004). *Terapia Familia. Su uso hoy en día*. En Eguiluz, L. (comp.). Ciudad de México: Pax.
- Bertalanffy, V. (1991). *Teoría general de los sistemas*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Bochner, A., Kruger, D. y Chielewiski, T. (1982). Interpersonal perception and marital adjustment. *Journal of communication*. 32 (3), 135-149.
- Booth, T. y Cottone, R. (2000). Measurement, Classification and Prediction of Paradigm Adherence of Marriage and Family Therapists. *American Journal of Family Therapy*, 28 (4), 329-346.
- Boscolo, L. y Beltrado, P. (1996). *Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas*. Buenos Aires: Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, K. y Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Broderick, C. y Schrader, S. (1991). The History of Professional Marriage and Family Therapy. En A. Gurman y D. Kniskern (eds.). *Handbook of Family Therapy*, 2. New York: Brunner/Mazel.
- Brown, G. (1970). Crises and life changes preceding the onset or relapse of acute schizophrenia: clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 116,327-33.
- Bruner, J. (1986). *Ethnography as narrative*. En Turner, V. y Bruner, E. The anthropology of experience. Chicago: University of Illinois Press.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Carter, E. y McGoldrick, M. (1989). *The Changing Family Life Cycle*. Boston: Allyn y Bacon.
- Carrizo, B. (1992). *Familia y sexualidad. México*. CONAPO. México: Porrúa.
- Cedeño, L. (2006). *Relación entre el empoderamiento y la conducta reproductiva y anticonceptiva*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. México: UNAM
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.

- Comisión Nacional de Derechos Humanos (2005). Boletín de Prensa N° 57/2005. Recuperado el 8 de enero de 2010, de <http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=bol 5705>
- Consejo Nacional de Población (2005). Carpeta Informativa. Principales Indicadores Demográficos. Recuperado el 9 de enero de 2010, de [http://www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_Carpeta\\_informativa\\_2005\\_CONAPO\\_](http://www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Carpeta_informativa_2005_CONAPO_)
- Consejo Nacional para las Adicciones (2008). Recuperado el 11 de enero de 2010, de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08\\_NACIONAL.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf)
- Crago, H. (2006). *Couple, Family and Group Work: First Steps in Interpersonal Intervention*. New York: Open University Press.
- Craig, G. (1998). *Desarrollo Psicológico*. Ciudad de México: Prentice – Hall Hispanoamérica.
- Creswell, J. (2005). *Educational research: Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River: Pearson Education.
- Cron, E. (2001). Job satisfaction in dual-career women at three family life cycles stages. *Journal Of Career Developmet*. 28 (1).
- Chomsky, N., Moreno, E. y Sumiel, J. (1985). *Crecimiento y desarrollo*. México: Organización Panamericana de la salud.
- Dattilio, F. (1998). *Case Studies in Couple and Family Therapy: Systemic and Cognitive Perspectives*. New York: Guildford Press.
- Des Champs, C. y Torrente, F. (1996). Los prejuicios sistémicos. *Perspectiva sistémica* (45).
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in Brief Therapy*. New York: Norton & Co.
- De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*. 23,11-17.
- Dean, R. (2001). The Myth of Cross-Cultural Competence. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 82 (6), 623-30.
- Denborough, D. (2001). Exploring the Field's Past, Present and Possible Futures. *Family Therapy*. South Australia: Dulwich Centre Publications.
- DIF (2007). Protección a la familia con vulnerabilidad. Recuperado el 10 de Marzo de 2010, de <http://dif.sip.gob.mx/familias/?contenido=236>

- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax.
- Elkaïm, M. (1996). Constructivismo y construccionismo social y narraciones: ¿están en el límite de lo sistémico? *Psicoterapia y familia*, 9 (2), 4-12.
- Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Familias (2005) DIF. México. En Orozco, M. (2006). El Trabajo Infantil como factor de vulnerabilidad para el Desarrollo Social. Recuperado el 12 de octubre de 2009, de <http://www.dig.gob.mx/cenddif/default.asp?id=67&mnu=67>
- Epston, D., White, M. y Murray, K. (1996). Una propuesta para reescribir la terapia. Rose: la revisión de su vida y un comentario. En McName, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Espina, J. y Cáceres, J. (1999). Una psicoterapia breve centrada en soluciones. *Revista de la Asociación española de neuropsiquiatría*. 19 (69), 23-38.
- Espinosa, M. (2004). El modelo de Terapia Breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En Eguilúz (comp.) *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. Ciudad de México: Pax.
- Estrella, R. (1991). *Comunicación marital y estilos de comunicación: construcción y validación*. Tesis de Doctorado no publicada. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades, resultados definitivos informe ejecutivo (1999). DIF Nacional UNICEF. Recuperado el 28 de abril de 2010, de <http://www.izt.uam.mx/amet/vcongreso/webamet/indexedemesa/ponencias/Mesa%208/Orozco m8.pdf>
- Estrada Inda, L. (1991). *El Ciclo Vital De La Familia*. Ciudad de México: Posada
- Feixas, V. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwe.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, D. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fishman, H. y Rosman, B. (1990). *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Barcelona: Gedisa.
- Fleuridas, C., Nelson, S. y Rosenthal, M. (1986). The evolution of circular questions: training family therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 113-127.
- Floyd, F. (1988). Couples' Cognitive/Affective Reactions to Communication Behaviors. *Journal of Marriage and the family*. 50(2), 523-532.
- Foucault, M. (1979). *Vigilar y Castigar*. Madrid: Siglo XXI.

- Freedman, S. (1996). Couple's Therapy: changing conversations. En Rosen, H. y Kuehlwein, K.T. (eds.) *Constructing Realities: Meaning Making perspectives for psychotherapists.*(pp.413-453). San Francisco: Jossey-Bass.
- Freidberg, A. (1989). Terapia Breve: Premisas terapéuticas, pensamiento sistémico, marco de referencia subyacente a la terapia breve. *Psicoterapia y Familia* (2):1. Pag.30-39.
- Gary, R. (1998). Marital Satisfaction in Later Life: The Effects of Nonmarital Roles. *Journal of Marriage and the Family*.50 (3) 775-782.
- Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Goldenberg, I. y Goldenberg, H. (2000). *Family Therapy. An overview*.U.S.A.: Thomson Learning.
- Gómez, P. (1996). *Anorexia nerviosa: La prevención en familia*. Madrid: Pirámide.
- González, N. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Gove, W., y Tudor, J., (1973). Adult sex roles mental illness. *American Journal of Sociology*, 78, 812-835.
- Gurman, A. y Fraenkel, P. (2002). The history of couple therapy: a millennial review. *Family Process*, 41(2), 199-260.
- Haley, J. (1993). Ideas y conceptos que perjudican a los terapeutas. En M. Berger. (Ed.). *Más allá del doble vínculo*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto de Santa Cruz.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una Terapia Familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (2002). *Family therapy: An intimate history*. Nueva York: Norton.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En McName, S. y Gergen, K, (eds.), *La terapia como construcción social*. Barcelo: Paidós.
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. Nueva York: Basic Books.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2005). Hogares y su distribución porcentual según sexo del jefe para cada entidad federativa. Recuperado el 8 de febrero de 2010, de <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/477.pdf>

Instituto Nacional De Estadística, Geografía e Informática e Instituto de las Mujeres (2003). Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Recuperado el 8 de enero de 2010, de [http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/ENDIREH06\\_marco\\_concep.pdf](http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/ENDIREH06_marco_concep.pdf)

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2002). Estadísticas a propósito del día del niño. Recuperado el 17 de noviembre de 2009, de <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2002/nino02.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública (2003). Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM). Recuperado el 12 de febrero de 2010, de <http://www.insp.mx/bidimasp/documentos/encuestas/Encuesta%20Nacional%20violencia%20contra%20mujeres%202003.pdf>

Jackson, D. (1965). The study of the family. *Family Process*, 4.

Juárez, D. (2006). *Satisfacción Marital en personas con distinta religión*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. México: UNAM

Kabber, N. (2001). Resources, agency, achievements: reflections on the measurement of women's empowerment. En *Discussing women's empowerment*. Estocolmo: Sida studies.

Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Ciudad de México: Paídos.

Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., Lucker, G., y Zárata, M. (2002). *Psicología social de las Américas*. México: Pearson Educación.

Krause, I. (2002). *Culture and System in Family Therapy*. New York: Karnac.

Laing, R. y Esterson, A. (1967). *Cordura, locura y familia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Lax, W. (1995) Offering Reflections, en Friedman, S. (Ed.), *The Reflecting Team in Action*. New York, Guilford Press.pp-145-166

Lebow, J. (2005). *Handbook of clinical family therapy*. New Jersey: John Wiley and Sons.

- Leff, J. (1980). "The interaction of life events and relatives expressed emotions". *British Journal of Psychiatry*, 136, 146-153.
- León, M. (1997). El empoderamiento en la teoría y en la práctica del feminismo. En *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Colombia: Editores del tercer mundo y facultad de ciencias humanas.
- Levin, S., London, S., y Tarragona, M. (1998). Hearing more voices: beyond traditions in writing, research, and therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 17(4): 1-87.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia*. Terapia narrativa y construcción social. Ciudad de México: Pax.
- Lipchick, E. (2004). *Terapia Centrada en la solución. Más allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Long, J., y Porter, K. (1984). Multiple roles of midlife women: a case for new directions in theory, research and policy. En G., Baruch and J., Broock-Gunn (Eds.). *Between youth and old age: women midlife* (109-160). New York: Plenum.
- López-Negrete, (2005). Seminario sobre la dimensión ética en el ejercicio profesional de la psicoterapia sistémica. En Vargas, J. (2009). *Familiarizándome con la Terapia Sistémica*. Tesis de Maestría no publicada. México: UNAM.
- Lyddon, W. (1998). Formas y facetas de la psicología constructivista. En Neimeyer, R. y Mahoney, M., (comp), 1998. *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Macías, R. (1995). *La Familia*. México: Conapo.
- Macías, R. (1988). Notas para la historia de la terapia familiar en México. *Psicoterapia y Familia*, 1 (1), 23-27.
- Madanes, C. (2001). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Madanes, C. (1989). The Goals of Therapy. *British Journal of Family Therapy*. 11, 35 -45.
- Maldonado, I. (1997). Evaluación crítica de la corriente narrativa y conceptos interrelacionados en terapia familiar. *Revista de Psicología Iberoamericana*, 5 (3) 13-21.
- Madsen, W. (1999). *Collaborative therapy with multi-stressed families: from old problems to new futures*. New York: The Guilford Press.

- Mandigan, S., y Law., I. (Eds.). (1988). *PRAXIS. Situating Discourse, Feminims and Politics in Narrative Therapies*. Vancouver, Canada: Yaletown Family Therapy.
- McGoldrick, M. (1998). *Re-Visioning Family Therapy: Race, Culture, and Gender in Clinical Practice*. New York: Guilford Press
- McWhiter, E. (1991). Empowerment in cousling. *Journal of couseling & development*, 69, 222-227p.
- Méndez, M. ( 2008). *Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna: Un acercamiento al tratamiento de familias con enfermos crónicos*. Tesis de maestría no publicada. México: UNAM.
- Mertens, D. (2005). *Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Miller, R., Yorgason, J., Sandberg, J. y White, M. (2003). Problems that couples bring to therapy: a view across the family cycle. *American Journal of Family Therapy*, 5(31), 395-407.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Ciudad de México: Gedisa.
- Minuchin, S. (1977). *Families of the slums: an exploration of their structure and treatment*. Nueva York: Basic Books
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1988). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós
- Molina, J. (2001). Bases teóricas y epistemológicas de la Terapia Familiar. *Tesis para obtener el grado de maestría en análisis experimental de la conducta*. México: UNAM.
- Morgan, A. (2000). *What is a Narrative Therapy? An easy-to-read introduction*. Australia: Dulwich Centre Publication
- Neimeyer, R. (2000). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En M. Mahoney y R. Neimeyer (Eds.). (2000). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ng, K. (2003). *Global Perspectives in Family Therapy: Development, Practice, and Trends*. New York: Brunner-Routledge.
- Nichols, M. y Schwartz, R. (2006). Recent Developments in Family Therapy: Integrative Models. En *Family therapy: concepts and methods*. Boston: Pearson/Allyn y Bacon.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Harder.
- O'Hanlon, W. (1999). Terapia orientada a soluciones. En S. O'Hanlon y B. Bertolino (comp.). *Desarrollar posibilidades* (pp.275-298). España: Paidós.

- O'Hanlon, W. y Weiner, M. (1990). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. México: Paidós.
- Organización de Naciones Unidas (2007). Statistics and indicators on women and men Recuperado el 9 de abril de 2010, de <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/tab5a.htm>
- Organización de Naciones Unidas (2007b). Statistics and indicators on women and men. Women's wages relative to men's. Recuperado el 9 de abril de 2010, de <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/ww2005/tab5g.htm>
- Organización de Naciones Unidas (2008). World Drug Report. Recuperado el 8 de febrero de 2010, de [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2007/WDR%2007\\_Spanish\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2007/WDR%2007_Spanish_web.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Recuperado el 8 de febrero de 2010, de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf)
- Pakman, M. (2002). Poética y micro-política. Terapia familiar en tiempo de posmodernismo y globalización. *Psicoterapia y familia*, 15 (81) 57-70.
- Pantoja, P. y Santamaría, C. (2007). *La comunicación como alternativa en la comunicación de los problemas de pareja*. Tesis de Licenciatura no publicada. México: UNAM.
- Peiser, C. y Heaven, L. (1996). Family influences on self-reported delinquency among high school students. *Journal of Adolescence*, 19,557-568.
- Pick, A. (1988). *Relación entre el número de hijos, la satisfacción marital y la comunicación con el cónyuge*. *Salud Mental*. 2,15-20.
- Pineda, I. (1997). *Encaminándose hacia el empoderamiento. Ponencia presentada en el seminario Latinoamérica*. Estudios e investigación sobre mujer y género en América Latina y el Caribe. Nicaragua.
- Presidencia de la República (2008). Primer informe de Gobierno 2007-2012. Recuperado el 13 de marzo de 2010 del sitio web de la Presidencia de la República: [http://primer.informe.gob.mx/3.7-\\_FAMILIA\\_NINIOS\\_Y\\_JOVENES/](http://primer.informe.gob.mx/3.7-_FAMILIA_NINIOS_Y_JOVENES/)
- Quiroga, A. (1987). *Enfoques y perspectivas en psicología social. Desarrollos a partir del pensamiento de Enrique Pichón-Riviere*. Buenos Aires: Cinco.

- Rappaport, J. (1984). Terms of empowerment/ Exemplars of preventions: Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*. 15 (2), 121-143.
- Rice, F. (1997). *Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital*. México: Pearson Educación.
- Rivera, S. (1992). *Atracción interpersonal y su relación con la satisfacción marital y la reacción ante la interacción de la pareja*. Tesis de Maestría no publicada. México: UNAM.
- Roca, M. (2003). *Efectos de los estilos de comunicación y los estilos de negociación en la satisfacción de pareja*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Rodríguez, C. (2004). La Escuela de Milán. En Eguilúz, L. (comp). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*, México: Pax. P. 161-195.
- Roizblatts, A. (2006). *Terapia Familiar y de Pareja*. Chile: Mediterráneo
- Salmela-Aro. (2006). Couples share similar changes in depressive symptoms and marital satisfaction anticipating the birth of a child. *Journal of Social and Personal Relationships*. 23 (5) 781.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar. Modelos y Técnicas*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Schön, D. (1991). *The reflective practitioner: How professionals think in America*. New York: Basic Books.
- Schuler, M. (1997). Los derechos de las mujeres son derechos humanos. La agenda internacional del empoderamiento. En M. León (Compilador). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Colombia: Editores del tercer mundo y facultad de ciencias humanas.
- Schuler, M. y Kadirgamar-Rajasingham. (1992). *Legal Literacy: a tool for women's empowerment*. Washington, D.C.: OEF International.
- 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. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). Paradoja y Contraparadoja. *Un nuevo modelo en la terapia familiar de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.

- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*. 19(1), 21-34.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Sholevar, G. y Schwoeri, L. (2003). *Textbook of family and couples therapy: Clinical applications*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Shotter, J. y Katz, A. (1993). Articulating a practice from within the practice itself: Establishing formative dialogues by the use of a social poetics. *Concepts and transformations*, 1, 213-237. Disponible en: <http://pubpages.unh.edu/~jds/page2.htm>
- Silverman, M. y Silverman, M. Psychiatry Inside the Family Circle. *Saturday Evening Post*, 46-51. 28 July 1962.
- Slee, T. (1996). Family climate and behavior in families with conduct disordered children. *Child Psychiatry and Human Development*, 6, 255-265.
- Slideshare, present yourself. Terapia Familiar en México (2009). Recuperado el 29 de marzo de 2010, de <http://www.slideshare.net/pei.ac01/terapia-familiar-en-mexico> 29 de marzo 2010
- Sluzki, C. (1985). Cibernética y terapia familiar: un mapa mínimo. En: *The Family Therapy. Networker*. 9 (1) 26.
- Sprenkle, D. y Bischof, G. (1994). Contemporary family therapy in the United States. *Journal of Family Therapy*, 16(1), 5-23.
- Stein, L. (1990). Powerful ideas about empowerment. *Administration in social work*. 14, 29-42.
- Steinberg, L. y Silverberg, S. (1987). Influences on marital satisfaction during the middle stages of the family life cycle. *Journal of marriage and the family*. 49, 751-760. Terapia Familiar en México (2009). Recuperado el 29 de marzo de 2010, de <http://www.slideshare.net/pei.ac01/terapia-familiar-en-mexico>
- Tomm, K. (1984). One perspective on Milan systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*. 10 (2), 113-125.
- Van Buren, J. (2009). Multisystemic therapy. *Encyclopedia of Mental Disorders*.

- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. Eguluz. (comp.), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. Ciudad de México:Pax.
- Villanueva, G. (2008). *La comunicación e interacción en la pareja*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Villatoro, J., Quiroz, N., Gutiérrez ML., Díaz, M. y Amador, N. (2006). ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006. Recuperado el 13 de febrero de 2010, de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100769.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100769.pdf)
- Von Foerster, H. (1991). *Las Semillas de la Cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Warren, H. (1995). *Diccionario de psicología*. México: FCE.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- White, M. (2006). *Outsider Witness format*. Teaching notes. Narrative Teaching Partnership, Dulwich Centre Publications, Adelaide, Australia.
- White, M. (2004). *Workshop Notes*. Published at [www.dulwichcentre.com.au](http://www.dulwichcentre.com.au)
- White, M. (1995). *Re-Authoring Lives: Interviews and Essays*. Adelaide, South Australia. Dulwich Centre Publications.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics*. New York: Wiley
- Witzezaele, J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto: historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- Yela, C. (2000). Predictors and related factors for loving and sexual satisfaction. *European Review of Applied Psychology*, 50 (1) 235-242.
- Young, K. (1997). El potencial transformador en las necesidades practicas. Empoderamiento colectivo y el proceso de planificación. En León, M. (Comp.), *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Bogotá: Tercer mundo.

Zuker, P. (2005). Working marriages: The quality of marital interaction, marital flow, and marital satisfaction. *Dissertation Abstract International: Section B: The Science and Engineering*. 66(3-b).



## ANEXO

### ASOCIACIONES CIVILES QUE ATIENDEN A FAMILIAS

Formación y Desarrollo Familiar, A.C.

Villa del Norte No. 5071, Fracc. Villa del Norte, 32260, Cd. Juárez, Chih.

Almacén de Recursos para la Asistencia de Familias Marginadas en el Valle de Mexicali, A.C. Marmoleros Sur No. 1808, Col. Libertad, 21030, Mexicali, B.C.

Asociación Mexicana para la Superación Integral de la Familia de San Luis Río Colorado, A.C. Av. Chihuahua No. 287, Col. Ruíz Citines, 83439, San Luis Río Colorado, Son.

Rescatando a la Familia, A.C.

Av. del Magisterio No. 449. Vol. Maestros Federales, 21370, Mexicali, B.C.

Centro de Reintegración Familiar de Menores Migrantes, A.C.

Carpinteros No. 1515, Col. Industria, 21010, Mexicali, B.C.

Vida y Familia de Campeche, A.C.

Mina No. 7, Col. San Román, 24040, Campeche, Camp.

Centro de Orientación Familiar de Tapachula, A.C.

Carretera a Nueva Alemania Km 3 s/n, 30700, Tapachula, Chis.

Fundación Mexicana para la Familia, Salud y Educación, A.C.

Venustiano Carranza No. 1204, Altos, Col.

Familias y Sociedad, A.C.

Oaxaca No. 86, Int. 303, Col. Roma, 06700, México, D.F.

Asociación Nacional de Padres de Familia por una Formación Integral, A.C.

Calle 13 de Septiembre, No. 17, Int. 2, Col. Miguel Chapultepec, 11850, México, D.F.

Centro de Desarrollo para la Familia Blanca Castañeda, A.C.

Gabriel Guerra manzana 117, Lote 21, Col. Zona Escolar Cuauhtemoc, 07230, México. D.F.

Coordinadora de Servicios de Apoyo a la Familia, A.C.

General Gómez Pedraza No. 51-2, Col. San Miguel Chapultepec, 11850, México, D.F.

Instituto de Educación Familiar, A.C.

Fuente del Pescador No. 131, Col. Lomas de Tecamachalco, 52780, 52780, Huixquilucan, Méx.

Asociación Mexicana para la Superación Integral de la Familia, A.C.

Heriberto Frías No. 715, Col. Narvarte, 03020, México, D.F.

Fundación Mujer y Familia, A.C.

Risco No. 267, Col. Jardines del Pedregal, 01900, México D.F.

Instituto de Cultura para la Prevención de la Violencia en la Familia, A.C.  
Ingenio San Gabriel No. 146, Col. Rinconada Coapa, 14330, México, D.F.

Profesionistas ante la Violencia Intrafamiliar y Sexual, A.C.  
Tacubaya No. 2772, Col. Jardines del Pedregal, 01900, México, D.F.

Instituta de la Familia, A.C.  
Av. Jalisco No. 8, Col. Progreso, 01080, México, D.F.

Instituto de Cultura para la prevención de la Violencia en la Familia, A.C.  
Ingenio San Gabriel No. 146, Col. Rinconada Coapa, 14330, México, D.F.

Asociación Mexicana para la Superación Integral de la Familia León, A.C.  
Soria No. 1006, Col. San Juan Bosco, 37330, León, Gto.

Matrimonio Familia y Comunidad, A.C.  
Licenciado Verdad No. 141, Col. Centro, 37000, León Gto.

Instituto de Rescate Familiar para los Niños Hambrientos de México, A.C.  
David Ceballos No. 7, Col. Centro, 49600, Zapotiltic, Jal.

Consultoría y Mejoría Familiar, A.C.  
Av. Soto y Gama s/n, Col. Rancho Nuevo, 44320, Guadalajara, Jal.

Alcance y Vida Integración Familiar, A.C.  
Nuestra Señora de Lourdes manzana 17, lote 6, Col. Tres Marías, 56600, Chalco, Méx.

Asociación Pro Ayuda Familiar, A.C.  
Juárez No. 38, Col. Atizapán Centro, 52900, Atizapán, Méx.

Integrando a la Familia con Amor, A.C.  
El Dorado No. 67, Col. Club de Golf La Hacienda, 52959, Atizapán, Méx.

Mundo Familiar, A.C.  
Cerrada Delicias No. 5, Fracc. Las Delicias, 56982, Atlautla, Méx.

Clínica de Desarrollo Humano y Familiar, A.C.  
Priv. Jardín Morelos No. 121, Col. Centro, 58000, Morelia, Mich.

Casa de Formación y Promoción de la Familia, A.C.  
Morelos No. 240, Col. Los Presidentes, 62980, Tlaquiltenango, Mor.

Enfoques Integrales para la Familia, A.C.  
Parvial Tezontepec No. 3, Col. Centro, 62550, Jiutepec, Mor.

La Familia un Proyecto del Futuro, A.C.  
Jorge Treviño No. 203, Col. Los Puentes 1er. Sector, 66460, San Nicolás de los Garza, Monterrey, N.L.

Centro de Adaptación e Integración Familiar, A.C.  
Belisario Domínguez No. 1640, Col. Obispado, 64060, Monterrey, N.L.

Centro de Investigación Familiar, A.C.  
Av. Lázaro Cárdenas No. 923, Col. Ampliación Valle del Mirador, 64750, Monterrey, N.L.

Familia y Juventud, A.C.  
AV. Revolución no. 2000, Int. M-15, Col. Buenos Aires, 64800, Monterrey, N.L.

Fundación para el Desarrollo Familiar, A.C.  
Antiguo camino a Villa Santiago No. 3107 altos, Col. Altavista Sur, 64710, Monterrey, N.L.

Pro Superación Familiar Neolonesa, A.C.  
Baudelaire No. 910, Col. Obispado, 64060, Monterrey, N.L.

Centro de Atención Psicológica y Familiar, A.C.  
Manuel Ordóñez No. 2900, Col. Cumbres de Santa Catarina, 66350, Santa Catarina, N.L.

Centro de Estudios Familiares y Sociales, A.C.  
Priv. Sierra Alta No. 102, Col. Sierra del Valle, 66228, San Pedro Garza García, N.L.

Familia Integrada en Comunidad, A.C.  
Río de la Plata Oriente No. 309. Int. 1, piso 4, Col. Del Valle, 66220, San Pedro Garza.

Familia Fuerza del Futuro de Puebla, A.C.  
Cholula No. 37, Col. La Paz, 72160, Puebla, Pue.

Centro Educativo Familiar  
Calle 9 Poniente, No. 2512, Col. La Paz, 72160, Puebla, Pue.

Un reto Familiar, A.C.  
Manzana 31, lote 18, Col. Región 75, 77527, Benito Juárez, Q. Roo.

Bienestar para la Vida. Instituto de Apoyo a la Familia, A.C.  
Calle 5 No. 1111, Col. Industrial Aviación, 78140, San Luis Potosí, S.L.P.

Familia en Movimiento, A.C.  
Perfecto Amézquita No. 118, Fracc. Tangamanga, 78260, San Luis Potosí, S.L.P.

Asociación Mexicana para la Superación Integral de la Familia, A.C.  
Primo de Verdad No. 142, Col. Pitic, 83150, Hermosillo, Son.

Centro de Orientación Familiar de Matamoros, A.C.  
Calle Sexta No. 99, Col. Centro, 87300, Matamoros, Tamps.

## **Instituciones de Asistencia Privada**

Círculo de Integración Familiar, I.A.P.  
Plaza de Armas No. 39, Col. Las Plazas, 76180, Querétaro, Qro.

Caritas Salud Familiar y Comunitaria, I.A.P  
Providencia No. 339, Col. Del Valle, 03100, México, D.F.

Armonía Familiar. I.A.P.  
Shakespeare No. 43, Col. Anzures, 11590, México, D.F.

Centro de Formación Familiar María Dolores Leal, I.A.P.  
Martínez Castro No. 13, Col. San Miguel Chapultepec, 11850, México, D.F.

Asociación para la Orientación e Integración de la Familia, I.A.P.  
Río Chico No. 26, Col. Puente Colorado, 01730, México, D.F.

Bienestar e Integración Familiar, I.A.P.  
Nogal No. 31, Col. La Cruz, 10800, México, D.F.

Fundación con los Niños y Familias del Campo, I.A.P  
Av. Insurgentes Sur No. 1991, Torre B, Piso 13, Col. Guadalupe Inn, 01020. México, D.F.

Vida y Familia México, I.A.P.  
Circuito Educadores No. 63, Ciudad Satélite, 53100, Naucalpan, Méx.

Centro de Atención Familiar, I.A.P.  
Av. 5 de mayo No. 548-A, Col. Jardines de Catedral, 59670, Zamora, Mich.

Centro de Enlace Familiar de Sonora, I.A.P.  
Sonora s/n, esquina con Rosales, Col Centro, 83000, Hermosillo, Son.

## **Sociedades Civiles**

López Ortega Magallanes y Asociados Orientadores Familiares, S.C.  
Amargura No. 74, Col San Angel, 01000, México, D.F.