



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

**“USO DE LAS CARTAS EN LA TERAPIA FAMILIAR”.**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :**

**MÓNICA REYES CÁRDENAS.**

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. SILVIA GUADALUPE VITE SAN PEDRO.

COMITÉ TUTORIAL: MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUÁREZ.

MTRA. MARÍA CRISTINA HEREDIA ANCONA

MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS.

DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN.

MÉXICO, DF.

OCTUBRE 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



“Si el hombre tiene miedo de andar, que no suelte la mano de su madre.  
Si tiene miedo de caerse, que permanezca sentado.  
Si tiene miedo al accidente, que deje su coche en el garaje.  
Si tiene miedo de escalar, que se quede en el refugio.  
Si tiene miedo de que no se abra el paracaídas, que no salte.  
Si tiene miedo a la tempestad, que no leve anclas.  
Si tiene miedo de no saber construir su casa que la deje en proyecto.  
Si tiene miedo de equivocarse de camino, que se quede en casa.  
Si teme el esfuerzo, el sacrificio y el futuro, que renuncie a vivir y que,  
Perezoso, se encierre y se acurruque...  
Entonces...  
Podrá quizás sobrevivir pero ya no será un hombre,  
Porque lo propio del hombre es poder razonablemente arriesgar su  
Vida.  
Podrá fingir que ama pero no sabrá amar.  
Porque amar es ser capaz de arriesgar su vida por los otros,  
Por otro.  
Podrá engendrar pero no será padre ni madre,  
Porque ser padre y madre es, como la semilla en la tierra, aceptar el  
Riesgo supremo de perder su vida para que nazca la espiga  
(Quoist, 1999, p. 126)”.

“Aunque hable las lenguas de los hombres y de los ángeles, si no tengo caridad soy como bronce que suena o címbalo que retiñe. Aunque tenga el don de la profecía, y conozca todos los misterios y toda la ciencia; aunque tenga plenitud de fe como para trasladar montañas, si no tengo caridad, nada soy. Aunque reparta todos mis bienes, y entregue mi cuerpo a las llamas, si no tengo caridad, nada me aprovecha (1Cor 13, 1-3)”.

“Nada grande se ha hecho en el mundo sin una gran pasión (Hegel, s.f.)”.

*Porque la terapia sin amor nada es.*

*Yo soy Mónica, hija de Dios Padre, Dios Hijo y Dios Espíritu Santo.  
Yo soy Mónica, hija de la Ciudad de México.  
Yo soy Mónica, esposa amada y amante de Domingo, hijo de Julián y Catalina.  
Yo soy Mónica, hija de Rolando, hijo de Otilio y Micaela.  
Yo soy Mónica, hija de Edna, hija de Abraham y Agustina (y Lupita y Raque).  
Yo soy Mónica, hermana de Tania y Flor, hijas de Rolando y Edna.  
Yo soy Mónica, prima, ahijada, sobrina, cuñada, concuña, madrina comadre,  
nuera, tía, tía abuela, tía bisabuela y futura mamá.  
Yo soy Mónica, amiga en la UNAM (de Martha, Tere, Vane, Mari, Yas, Nora,  
Angie, Karla y Laura).  
Yo soy Mónica, amiga en LU (de Gualli, Cecy, Mario, Manuel, Jonah, Ingrid,  
Juan Carlos, Tania, Peter, Chris, César, Lili...).  
Yo soy Mónica, amiga en el West (de Mar, Ana, Arantza, Soft, Gaby, Vero).  
Yo soy Mónica, hija de la UNAM, hija del pueblo de México.  
Yo soy Mónica, alumna de Silvia Vite, Blanca Barcelata, Guadalupe Santaella,  
Carolina Díaz-Walls, Noemí Díaz, Raymundo Macías, Jacqueline Fortes,  
Dolores Mercado, María Elena Rivera, Rozzana Sánchez, Jorge Molina,  
Arturo Lara, Ignacio Ramos, Luz María Rocha, Gerardo Reséndiz, Erika  
Trujillo, Miriam Zavala, Nora Rentería y Flavio Sifuentes; alumnos de la vida.  
Yo soy Mónica, que recibió mucho apoyo y motivación para hacer esta tesis  
especialmente de Silvia Vite y Gerardo Reséndiz.  
Yo soy Mónica, compañera de esta tropa de saltimbanquis del diálogo formada  
por Lili, Hernán, Gina, Paula, Denisse, Ruth, Edmí y Eduardo.  
Yo soy Mónica, co-investigadora de la esperanza y el cambio junto a cada  
familia que tuve la fortuna de atender en estos dos años.  
Yo soy Mónica, alumna de las personas de la tercera edad con las que el  
INAPAM y la fundación Bringas Hagenbeck me dejaron entrar en contacto  
para hacer investigación e intervención comunitaria.  
Yo soy Mónica, heredera de la Terapia Familiar, heredera de la Filosofía, la  
Biología, la Medicina, la Antropología, la Literatura, la Cibernética, la Teoría  
de la Comunicación Humana, la Literatura... herederas del saber humano.  
Yo soy Mónica, beneficiaria de la confianza y espacios de los Centros de  
Servicios Psicológicos: Dr. Guillermo Dávila, Julián McGregor, San Lorenzo y  
del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.  
Yo soy Mónica, beneficiaria del CONACYT en el período 2008-2010.  
Yo soy Mónica y agradezco y me enorgullece profundamente poder escribir mi  
nombre junto a sus nombres en el gran libro del anhelo de la Vida.*

## ÍNDICE.

<b>CONTENIDO.</b>	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.</b>	1
<b>I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.</b>	2
<b>1.1 Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.</b>	2
1.1.1 Características del campo psicosocial.	2
1.1.2 Principales problemas que presentan las familias.	3
1.1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	10
<b>1.2 Caracterización de los escenarios donde se realizará el trabajo clínico.</b>	12
1.2.1 Descripción de los escenarios.	12
1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios (personal, redes, roles, organigrama, sectores implicados, fuentes de referencia, contexto, etc.).	12
1.2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.	19
<b>II. MARCO TEÓRICO.</b>	21
<b>2.1 Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.</b>	21
2.1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna.	21
2.1.1.1 Presupuestos generales de la Teoría General de los Sistemas.	22
2.1.1.2 Teoría de la Comunicación Humana.	23
2.1.1.3 Cibernética.	24
2.1.1.4 Constructivismo.	27
2.1.1.5 Construccinismo Social	29
2.1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna.	30
Modelo Estructural.	30
Modelo Estratégico.	36
Terapia Breve Centrada en los problemas.	43
Terapia Breve Centrada en soluciones.	48
Escuela de Milán.	55
Modelo Narrativo.	62
Modelo Colaborativo.	68
Equipos reflexivos.	73
<b>III DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.</b>	77
<b>3.1. Habilidades clínicas terapéuticas.</b>	
3.1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia que se atendió.	77
3.1.2 Análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica con las dos familias elegidas.	78
3.1.3 Análisis y discusión de un tema, caso de familia o modelo terapéutico pertinente a los casos de las familias consultantes.	106

3.1.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en las observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.	119
<b>3.2. Habilidades de investigación.</b>	121
3.2.1 Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa.	121
<b>3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria.</b>	137
3.3.1 Productos tecnológicos realizados.	137
3.3.2 Programa de intervención comunitaria.	137
3.3.3 Reporte de asistencia aforos académicos y de la presentación del trabajo realizado en foros académicos.	143
<b>3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional.</b>	144
3.4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional	144
<b>IV. CONSIDERACIONES FINALES.</b>	147
<b>4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.</b>	147
<b>4.2 Incidencia en el campo psicosocial.</b>	150
<b>4.3 Reflexión y análisis de la experiencia.</b>	151
<b>4.4 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.</b>	152
<b>REFERENCIAS.</b>	154
<b>Referencias bibliográficas.</b>	154
<b>Medios electrónicos.</b>	161
<b>Anexo1. Instrumento de evaluación del rol parental en el adulto mayor.</b>	166

## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

En este trabajo ofrezco una integración de los contenidos que trabajé durante el programa de Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar. El objetivo principal es ofrecer una visión de tipo sistémico del proceso de aprendizaje y formación que se obtiene en este programa y describir qué alcances puede tener la terapia familiar en el campo psicosocial en el que están insertas las familias mexicanas actualmente. El primer capítulo trata sobre los antecedentes y el contexto en el que está inmersa la terapia familiar, en particular en México. El segundo capítulo trata sobre el marco teórico que da forma a la terapia familiar, tanto en su rama sistémica como en la postmoderna. Además resumo los principales modelos de terapia revisados en el programa. En el tercer capítulo hago una semblanza del desarrollo y aplicación de las competencias profesionales adquiridas en las áreas clínicas, de intervención y de investigación. Agrego consideraciones éticas pertinentes, pues como terapeutas familiares tenemos la responsabilidad comunitaria de ofrecer un trabajo de calidad, comprometido con la ética y los valores de todos los involucrados. Finalmente realizo algunas consideraciones finales en donde describo un análisis general de la experiencia.

El programa de Maestría con Residencia en Terapia Familiar de la UNAM forma parte de la joven historia de la terapia familiar en México, que se remonta a los años sesenta cuando el Dr. Macías impartió una cátedra sobre “Terapia y Dinámica Familiar”. Posteriormente, en 1969, junto con Lauro Estrada y Roberto Derbez, el Dr. Macías formó un curso de especialización en terapia familiar. Poco a poco surgieron diferentes Institutos y Escuelas, así como programas de especialización en diferentes universidades dedicados a la preparación de terapeutas especialistas en el campo, entre los que destacan el IFAC, la Universidad de las Américas, el IMF, el ILEF, el Instituto Personas, el Instituto Cencalli, el Instituto Mexicano de Terapias Breves, Crisol; y la Universidad Nacional Autónoma de México (Eguiluz, 2004).

La Facultad de Psicología de la UNAM y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, iniciaron en el 2001 cuatro nuevos programas de Posgrado, entre ellos el de Terapia Familiar Sistémica. Se espera que los egresados de este programa, que es de tiempo completo y tiene estándares de excelencia; obtengan conocimientos, habilidades y destrezas para ejercer de manera profesional. Este reporte busca hacer explícito un compromiso personal con estos objetivos y clarificar en qué medida he logrado responder a estas expectativas, entendiendo que sólo es el principio de un largo camino por recorrer.

# I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.

“A veces nuestro pensamiento sobre las familias linda con lo místico. Los imbuimos de poder como si no hubiese fuerzas en el universo exterior que se impusieran sobre ellos (Papp, 1990, p. 219)”.

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

Nos encontramos en un período de grandes cambios a nivel global y a nivel nacional. En el 2011 hay más habitantes en el mundo que nunca y esto hace que se multipliquen los recursos humanos, pero también se crean retos y problemas derivados de un planeta cada vez más complejo y tecnologizado. Tomando en cuenta esto, la ONU (como se cita en Objetivos de desarrollo del Milenio México, 6-8 de septiembre, 2000), planteó como metas del milenio para lograr un mayor bienestar de las personas: erradicar la pobreza extrema y el hambre, ofrecer educación universal, garantizar que haya igualdad entre los géneros, reducir la mortalidad de los niños, mejorar la salud materna, combatir el VIH, SIDA, garantizar una sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial del desarrollo. Nuestro país se subscribió a estas metas y ha estado trabajando en esta dirección y teniendo avances importantes, aunque aún falta mucho camino por recorrer. Las familias mexicanas enfrentan hoy en día problemas como pobreza, violencia intrafamiliar o rezagos educativos que aumentan la disparidad social. El trabajo de los terapeutas familiares es una herramienta útil para ayudar a las familias a enfrentar mejor estas problemáticas así como las derivadas de su ciclo vital.

### 1.1.1 Características del campo psicosocial.

A pesar de que se ha hablado mucho sobre la desaparición de los modelos tradicionales de familia, el mismo tema de familia sigue siendo relevante para la población mexicana, que continua viviendo organizada en grupos familiares. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las familias en México (ENDIFAM, 2005) reportó que sólo el 6.6% de los hogares lo constituyen personas que no viven con su familia. ¿Pero cómo viven las familias, particularmente en la ciudad de México? ¿Cuáles son los retos que tienen que encarar en su vida diaria? ¿Cuáles son las áreas de oportunidad en las que los terapeutas familiares pueden tener un impacto que ayude a mejorar la calidad de vida de las familias?

*Composición.* En general, la ENDIFAM (2005) reportó que un 67.8% de los hogares tiene arreglos familiares nucleares, porcentaje que sólo disminuyó en un punto desde 1982. Los hogares extensos representan un 25.7% de los casos; y únicamente el 6.6% está conformado por hogares unipersonales u otros. Con respecto al estado de formalización de su relación marital, un 68% de las familias están casadas por lo civil, por lo religioso o por ambos; mientras que el 32% restante lo conforman un 18% de uniones libres, 5% de separados, 5% de familias con madres solteras, y 4% de familias con personas divorciadas.

Por otro lado, el INEGI (2010b) reportó que de la población mayor a 15 años, el 40.5% está casada (porcentaje que disminuyó en 11.57% en los últimos veinte años), 14.4% vive en

unión libre (porcentaje que aumentó casi un 95% en el mismo período), divorciados vive el 1.5%, separados el 3.7% y los solteros constituyeron el 35.2% de la población mexicana en ese grupo de edad.

El INEGI (14 de febrero, 2009) reportó que en el 2008, por cada 100 matrimonios **nuevos** se presentaron 13.9 divorcios, lo que significó un aumento en esta tasa de 267.3% en comparación con la tasa del 1994, que fue de 5.2 divorcios por cada 100 matrimonios nuevos.

En el 2009, la tasa de fecundidad en México fue de 2.3 hijos por cada mujer, tasa que disminuyó en el 2010 a 2 hijos por cada mujer. En el DF se calculó que cada mujer tuvo en promedio 1.72 hijos (INEGI, 2009). Cabe señalar que la proporción requerida para mantener una población constante (tasa de recambio poblacional) es de 2.1, por lo que en el DF ya tendríamos problemas poblacionales que se subsanan gracias a la inmigración interestatal.

*Cercanía familiar.* De acuerdo con la ENDIFAM (2005), más del 80% de hijos e hijas vivían en el mismo pueblo o ciudad que sus padres. Pero no sólo se registró una cercanía geográfica; al preguntar sobre las personas que consideran cercanas a los entrevistados, tanto hombres como mujeres mencionaron a los hermanos y a los padres entre las diez personas percibidas como más cercanas a ellos. Esto no quiere decir que la familia sea la única red de apoyo de las personas, pues la cuarta parte de las personas más cercanas de los entrevistados (tanto hombres como mujeres), la conforma el grupo de amigos.

Incluso en las familias que tienen algún miembro que ha migrado, se observó que sí tenían comunicación con sus parejas en el 94.6% de los casos (de la zona urbana), alcanzando más del 80% el porcentaje de entrevistados que se comunica diario o semanalmente con el migrante. Más del 85% recibió ayuda económica de los ausentes ante una crisis. Con respecto al apoyo emocional tres cuartas partes dijeron recibirlo por lo menos a veces, pero un 22.1% contestó que no cuenta con este apoyo ante las crisis. En este caso se observó una cercanía percibida en cuanto a ayuda económica e instrumental pero una disminución en la cercanía afectiva.

### **1.1.2 Principales problemas que presentan las familias.**

Poco menos de tres cuartas partes de las personas en la ENDIFAM (2005), dijeron recibir mucho cariño en sus familias de origen, pero en contraste, resalta que más del 20% dijo que recibe poco o ningún cariño de sus familias. Las nueve causas por las que más conflictos se presentaron fueron: permisos/autoridad, asuntos económicos, convivencia/comunicación, conducta/educación de los hijos, problemas de carácter o de opinión, adicciones, cuidado y orden del hogar, celos/infidelidad/ violencia, problemas con la parentela u otros.

*Situación económica.* De acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), en el 2010 en México vivía en situación de pobreza alimentaria el 18.2% de las personas; con pobreza de capacidades (no alcanzan a cubrir los gastos de la canasta alimentaria, educación y salud) vive el 24.7%; y con pobreza de patrimonio (no alcanzan a cubrir gastos para alimentación, salud, educación, vestido,

calzado, vivienda y transporte público) el 47%. Para el DF, se calculó un 5.4% de pobreza alimentaria, un 10.3% de pobreza de capacidades, y un 31.8% con pobreza de patrimonio, lo que a pesar de todo colocó al distrito, en el segundo mejor lugar en el país, sólo detrás de Nuevo León.

*Educación.* De acuerdo a este mismo organismo, en el DF el 2.59% de la población mayor a 15 años es analfabeta. De la población entre 6 y 14 años, no asiste a la escuela el 2.71% y un 28.28% de la población mayor a 15 años no terminó la educación básica (CONEVAL, 2010). Además, se ha calculado que entre los jóvenes hay entre 285 mil (Notimex, 18 de agosto 2010) y 7 millones (Instituto Mexicano de la Juventud, IMJUVENTUD 2005), que no estudia ni trabaja, lo cual representa un importante reto social para el país pues aumenta el riesgo de que los jóvenes entren en actividades delincuenciales y adicciones. Del grupo de jóvenes que no estudia ni trabaja, las mujeres predominaron, llegando a registrarse el 34.9% de las mujeres sin ocupación, lo cual puede disminuir su calidad de vida y sus oportunidades de crecimiento y superación laboral (IMJUVENTUD, 2005).

*Género.* Con respecto a la meta de garantizar la igualdad ente los géneros, se observa que en México se están dando avances, pero aún quedan rezagos de una cultura basada en la preponderancia económica, social y cultural del hombre sobre la mujer.

La CONAPO (2009) reportó que los hogares con jefatura femenina aumentaron del 17% al 23.1% del total de hogares en el 2005. Con respecto a la situación laboral, se observó cada vez mayor participación de las mujeres, aumentando el número de mujeres que trabaja en sólo 5 años en un 12.24% (Secretaría de Trabajo y Previsión Social, 2010). Además, las mujeres sin ingresos propios en el área urbana disminuyeron del 54.8% en 1994 al 35.4% en 2008 (Observatorio de Igualdad de Género de América latina y el Caribe), situación que modifica la dinámica de las familias, que se empiezan a replantear los roles sociales que deben cubrir mujeres y hombres en casa y fuera de ella.

En una encuesta hecha por el INAH (Aguilar y Molinari, 2009) a habitantes de la zona metropolitana de la Ciudad de México, se encontró que:

Los entrevistados están de acuerdo con estas afirmaciones.	Hombres	Mujeres
Ambos deben ayudar con los ingresos.	83.6%	92.8%
Es igual el trato a los hijos que dan las madres trabajadoras con respecto a las que no lo son.	72.2%	77.4%
Ser ama de casa es tan bueno como trabajar.	73%	64.8%
El niño sufre si la mamá trabaja.	70.9%	66.5%
Los padres son tan buenos como las madres para cuidar a los niños.	69.4%	63.2%
La mujer, más que trabajo quiere hogar.	61.9%	51.6%
El hombre necesita un hijo para realizarse.	37.5%	25.2%

En la ENDIFAM (2005) se hicieron afirmaciones relacionadas con roles de género y se observó que en el área urbana estuvieron de acuerdo con ellas de la siguiente manera:

“Un joven tiene que tener muchas experiencias sexuales para llegar a ser un hombre de verdad”	7.9%
“Un hombre que no puede mandar en su familia es poco hombre”	12.8%
“El hombre debe tener siempre más libertad que la mujer”	15%

“Una mujer debe conservarse virgen hasta el matrimonio”	38.7%
“La mujer es responsable de mantener a la familia unida”	42.8%
“No está bien que una mujer con hijos pequeños trabaje fuera de casa.”	48%
“Los homosexuales no deberían tener derecho a casarse tanto como las demás personas.”	52.9%

Se observa que hay un sector de la población que aún está de acuerdo con ideas tradicionales de género como que el hombre es quien debe mandar y tener más libertad en casa, y las mujeres no necesariamente deberían trabajar fuera de casa pues un 42.8% de los entrevistados les considera responsables de mantener a la familia unida.

Además, la Encuesta sobre Dinámica Familiar en la Ciudad de México y Monterrey (como se cita en García y Oliveira, 2006) reportó que los entrevistados estaban:

En desacuerdo con que cuando la mujer no cumple con sus obligaciones el marido tiene derecho a pegarle	94.3%	96.3%
De acuerdo con que una mujer tiene tanta capacidad como un hombre para ganar dinero y mantener a la familia.	93.6%	92.2%
De acuerdo con que los hijos pequeños pueden ser cuidados adecuadamente tanto por la madre como por el padre.	80.1%	81.3%
En desacuerdo con que si el sueldo del marido alcanza la mujer no tiene por qué trabajar.	38.6%	35.2%
En desacuerdo con que las mujeres con hijos pequeños no deban trabajar fuera de casa.	33%	24.6%
En desacuerdo con que el hombre deba responsabilizarse de todos los gastos.	33.7%	18%
En desacuerdo con que para la mujer la familia sea más importante que el trabajo.	9%	12.5%

Hay una transición en la aceptación de los roles de género tradicionales, pues mientras que algunos de estos enunciados aún suponen expectativas tradicionales sobre ambos miembros de la pareja, en otros enunciados se observa un cambio hacia mayor igualdad dentro de la misma. También García y Oliveira (2006) encontraron resultados mixtos, pues observan mayor participación de los hombres en el trabajo doméstico y el cuidado de los niños, pero alertan que no se han alcanzado porcentajes similares de trabajo doméstico entre hombres y mujeres, que superan el trabajo masculino en una proporción de 4 a 1 horas invertidas en el hogar. De la resolución de esta etapa de transición en cuanto a roles de género pueden surgir mayores recursos para las familias o por el contrario problemáticas y situaciones de estrés en el interior de las mismas.

De todos modos, aún falta por igualar la situación de hombres y mujeres en el mundo laboral. La Asociación para los derechos de la Mujer y el Desarrollo (2008) afirmó que la disparidad de salarios aún es grande, pues en México la mujer gana 0.89 pesos por cada peso que gana el hombre. Además, de los propietarios de tierras ejidales, las mujeres sólo fueron propietarias en el 21% de los casos, por lo que se situó al país en un lugar de gran rezago en este tema en comparación con otros países latinoamericanos.

*Salud.* La expectativa de vida aumentó a 73.8 en hombres y 78.7 en mujeres (CONAPO, 2010a). Se redujo la mortalidad infantil en un 73%. Pero en el DF la mortalidad materna no disminuyó entre 1990 y 1997, quedando estancada la cifra en 5.1 defunciones por cada 10,000 nacimientos registrados, siendo la principal causa la toxemia del embarazo o preclampsia. En la población en general disminuyeron las muertes por enfermedades

parasitarias y ahora son más comunes los padecimientos crónicos y degenerativos (CONAPO, 2010b).

*Adultos mayores.* Derivado del aumento en la expectativa de vida y de las políticas públicas implementadas a partir de los años setenta que redujeron la tasa de natalidad; en el país hay cada vez más adultos mayores en proporción al total de la población. En el DF se calcula que los adultos mayores representan un 9.9% de la población total, pero se espera que este porcentaje aumente al 14.6% para el 2020 (Consejo de Población del Distrito Federal, 2010). Esto podría representar un aumento en la cantidad de personas que padecen alguna enfermedad, por lo que se deben implementar una serie de medidas destinadas a garantizar el acceso al seguro médico de todos los adultos mayores, así como invertir en la prevención de enfermedades y acceso a un envejecimiento exitoso.

*SIDA.* La CONAPO (2000) reportó que ha habido un avance significativo en el porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usa métodos anticonceptivos, pero en el año 2000 aún había 29.2% que no los usa y 21.2% en el DF. Además, no todos los que usan métodos anticonceptivos eligen el condón, por lo que queda expuesto un porcentaje mayor a enfermedades de transmisión sexual como el SIDA. En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica Demográfica 2006 se enlistaron algunas razones que dieron las entrevistadas para no usarlos: que no los necesitan (por no tener pareja), que están o buscan estar embarazadas, que no están de acuerdo con ellos, miedo a los efectos secundarios, que no los conocen o que están dando pecho (Sistema Nacional de Información en Salud, 2006).

Se calcula que en el DF han aumentado, tanto el número de casos nuevos de SIDA como los casos acumulados. De acuerdo a la CONAPO (2010b), los casos nuevos aumentaron en un 43% entre 1990 y 1998, lo que es alarmante dada la gran cantidad de información y campañas que se han llevado a cabo para concientizar sobre el uso adecuado del condón que no parecen estar dando resultado. Debería haber una disminución en la tasa de mortalidad por este mal debido a que México está en proceso de alcanzar la meta de acceso universal a los tratamientos antirretrovirales, pero el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (2009) reportó que la tasa de mortalidad aumentó de 4.3 (por cada 100000 habitantes) a 4.8. La falta de impacto significativo de este programa puede deberse a que sólo recibe tratamiento el 27% mientras que un 59% desconoce su estado.

*Derechos de las minorías.* Para defender los derechos de las *familias diversas*, en el DF se hicieron reformas al código civil que permitieron los matrimonios homosexuales (ALDF 2009); haciendo extensivo a éste todos los derechos del matrimonio heterosexual, incluyendo la posibilidad de adopción y la capacidad de extender seguro social y pensión al cónyuge. Estas modificaciones entraron en vigor hasta el 2010. Estas medidas representan una alternativa (aunque controversial) al problema de los niños huérfanos en México, que la UNICEF (citado en el DIF, 2006) reportó que en el 2005 el país tenía 1.6 millones de huérfanos. Si el DIF reportó que en el 2006 sólo hubo 2,817 solicitudes de adopción y sólo 1,922 concluyeron en la adopción del menor; se concluye que la gran mayoría de los niños huérfanos siguen en espera de una familia que los acoja.

*Discapacidad.* El INEGI (2000b) calculó que en México vive con alguna discapacidad el 1.8% de la población, siendo las más comunes las discapacidades motrices (45.3%), visuales (26%) y mentales (16.1%). Con respecto a las causas por las que adquirieron la discapacidad, las tres primeras en orden de prevalencia son: haber sufrido una enfermedad; afecciones por edad avanzada; y por herencia o adquiridas durante el embarazo o al momento de nacer.

*Violencia.* En el 2003 el INEGI describió que en uno de cada tres hogares en la zona metropolitana se reportó algún tipo de violencia, siendo lo más común: gritos y enojos mayores como violencia emocional; y golpes con los puños y bofetadas en cuanto a la violencia física más presentada. Sin embargo, en este mismo reporte se agregó el dato proporcionado por el IMSS acerca de que en el 2002 registró hasta un 90% de mujeres que dijeron haber sufrido violencia psicológica, 44.7% violencia física, 32.1% sexual y 21.5% los tres tipos de violencia. En ese año el DIF atendió 13 mil casos de maltrato infantil.

En la ENDIFAM (2005) se reportó violencia física en 5.2 % de los casos, pero en la mitad de los hogares hubo gritos al presentarse algún conflicto. Aunque 76.3% dijo que dialogaron para llegar a acuerdos, un 40.3% admitió que terminaron haciendo lo que alguien de la familia dijo que debía hacerse, presumiblemente alguien de autoridad. La diferencia en cifras hace cuestionarse si habrá diferentes grados de apertura al problema de acuerdo a qué institución pregunta sobre el tema de la violencia, por lo que se hace obligatorio un tratamiento interinstitucional que ayude a obtener datos más veraces sobre la extensión del problema y así crear mejores estrategias de tratamiento.

INMUJERES (2007) señaló que a nivel federal se creó la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia en el 2007 (aunque se publicó hasta el 2009). Esta ley busca prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia; por lo que dificulta que se siga invisibilizando y normalizando el fenómeno de la violencia hacia la mujer; y se construya culturalmente como un problema que debe erradicarse con la participación de toda a la sociedad. Se enlistaron y definieron los tipos de violencia principales como: violencia familiar, laboral, docente, hostigamiento y acoso sexual, violencia en la comunidad, violencia institucional y violencia feminicida. Esta ley también aclara qué instancias deben responder y qué acciones deberán tomar para el cumplimiento de sus objetivos.

En el DF se aprobó en el 2007 una ley que apoya a las mujeres para *interrumpir su embarazo* antes de la semana 12 por causas económicas, sociales y familiares (INMUJER DF, 2007). Para un sector de la sociedad, se defienden los derechos reproductivos de las mujeres, que pueden decidir no tener hijos si consideran que éstos no contribuirán en ese momento a su bienestar.

Juárez, Singh, García, et al. (2006) estimaron que en México hay una tasa de aborto (33 por cada 1000) mayor a la media mundial (29 por cada 1000), que está aumentando y que presenta una tasa de hospitalizaciones relacionadas con el aborto que no disminuyó entre el 1990 y el 2006. Tomando en cuenta que los abortos inseguros son la quinta causa de mortalidad materna, se hace patente la necesidad de atender este importante problema de salud pública. Por eso resalta que esta ley no contempla penalizaciones para las personas que

practiquen abortos de manera clandestina sin medidas mínimas de seguridad para las mujeres, por lo que aún se podrían seguir realizando este tipo de abortos.

Un beneficio que podría surgir de esta ley es que por fin se cuente con un registro más cercano al número real de abortos practicados y que describa características de quiénes lo realizan y en qué circunstancias; de manera que se pueda estudiar el fenómeno con datos reales, pues hasta ahora se ha dificultado el registro de estos eventos por la estigmatización del aborto. El Instituto de las Mujeres del Distrito Federal (2007) reportó que desde que se aprobó esta ley han abortado más de 39 mil mujeres aunque no aclara cuántas han sufrido complicaciones con este procedimiento, refiriendo que son menos del 1%, ¿cerca de 390 mujeres? El Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE (2010), informó una cifra mayor: 48,138 mujeres se han practicado una *interrupción del embarazo* de las cuales sólo el 6% lo representan menores de edad y un 60% cuenta por lo menos con educación secundaria. Este grupo señala que con esta iniciativa, las mujeres pueden tener acceso al llamado *aborto seguro* y con esto disminuir las complicaciones y los ingresos hospitalarios posteriores al procedimiento; y aumentar su aceptación de métodos anticonceptivos con los cuales regular su fecundidad.

*Asociación Mundial para el desarrollo.* En este rubro se busca que más personas tengan acceso a las nuevas tecnologías de información y comunicaciones. En México, el INEGI (2000a, 2005, 2010a) ha reportado que:

2000	2005	2010
40% de la población tenía teléfono.	48.8% de las personas tenía teléfono fijo. 42% usaba telefonía celular, esto último representó un crecimiento del 6.7% en tan sólo un año.	
11.6% de las viviendas contaba con computadora.		29.8% de los hogares cuenta con computadora (INEGI, 2010a).
Sólo un 6% de los hogares tenía Internet.		22.2% de las viviendas cuenta con Internet. (INEGI, 2010a).

Se ha avanzado mucho, aunque se espera aumentar la proporción de gente con acceso a estos medios pues el acceso a la comunicación y las nuevas tecnologías marcarán mejores oportunidades de aprendizaje y desarrollo laboral para los jóvenes en un mercado que depende cada vez más de la tecnología.

*Migración.* La situación económica, y más recientemente la inseguridad derivada del narcotráfico, ha hecho que el número de mexicanos que ha migrado hacia Estados Unidos continúe aumentando, incluso a pesar de las medidas de protección a sus fronteras. El INEGI (2009) estimó que en ese año emigraron 557 mil mexicanos, principalmente a EU. La migración deja a las familias sin la presencia de sus familiares y podría dificultar la capacidad de crear vínculos afectivos entre los miembros a uno y otro lado de la frontera, pero por otro lado no deja de ser un importante recurso económico para el país, siendo la tercera fuente de divisas, que en el 2009 representó el arribo de 21 mil millones de dólares al país (Servicio de Estudios Económicos. Fundación BBVA México, mayo, 2010).

*Inseguridad.* Ordaz (14 de abril 2010) reportó que en México se registraron en los últimos seis años 22,700 muertos derivados del avance de los grupos dedicados al narcotráfico y el combate que hacia éste hace el Estado Mexicano. Esta cifra es importante por la pérdida de vidas humanas, pero también porque de acuerdo a Reuters (10 de agosto 2010), podría dejar en situación de orfandad a cerca de 50 mil niños que crecerán en un país en donde la inseguridad va en aumento.

*Adicciones.* El Instituto Nacional de Salud Pública (2008) encontró que en el DF, los fumadores activos constituyeron el 28.4% de la población (entre 18 y 65 años), el 25.2% son exfumadores que se concientizaron de los daños a la salud que esto provoca, y el 46.5% refirió nunca haber fumado. La Ley de Protección a la salud de los no fumadores en el Distrito Federal buscó promover una disminución en el consumo del tabaco, así como proteger la salud de la población reduciendo los espacios en donde se nos expone a la inhalación involuntaria del humo del tabaco (ALDF, 2004). Esta ley recibió apoyo de más del 88.1% de la población, pues con esta ley se ayuda a prevenir las muertes relacionadas con el tabaco, las cuales se calculan en 60 mil muertes al año en el país.

El Instituto Nacional de Salud Pública (2008) reportó con respecto a las drogas, que el 12.6% de hombres las consume, mientras que de mujeres es el 4.9%. Este estudio encontró una correlación entre no estudiar y el consumo de las drogas, por lo que se debe prestar especial atención a los jóvenes que actualmente no estudian. El porcentaje de adictos fue de 0.5%, cifra similar a la media nacional.

Finalmente, con respecto al alcohol se encontró que los hombres que lo consumen de manera consuetudinaria son el 6.9% y el 8.3% tiene una adicción al mismo. Las mujeres que lo consumen de manera consuetudinaria son el 2.3% y el 3.2% son dependientes a él, ambos porcentajes por encima de la media nacional.

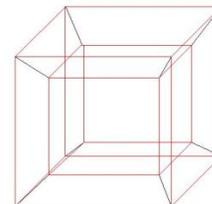
*Suicidio.* El INEGI (2008) habló de un total de 4,394 casos de suicidio en todo el país en el 2008, de los cuales el 7.48% de los casos corresponde al Distrito Federal. De estos, los hombres correspondieron a un 74.46% de los casos, contra un 25.53% de mujeres. También se encontraron diferencias importantes con respecto al estado civil de los que cometieron suicidio, pues un 46.5% eran solteros, 31% casados, 18.4% en unión libre y sólo un 1.6% de divorciados. Un factor que resalta es la falta de empleo en los que cometen suicidio, llegando a representar casi el 35% de los casos de suicidio reportados en el DF en el 2008.

El Instituto Mexicano de la Juventud (2009) reportó que el suicidio juvenil es la tercera causa de muerte entre los jóvenes, principalmente en hombres de 20-24 años y en mujeres de 14-19 años. Informaron de un total de 3, 321,000 jóvenes que han tenido ideación suicida, los cuales provienen en su mayoría del Edo. de México, DF, Jalisco, Guanajuato y Veracruz. Enlistaron como razones del suicidio la muerte de un ser querido, ser víctimas de violencia sexual y bajo rendimiento escolar. Pero también señalaron que la revista Jóvenes ha reportado como factores relacionados con el suicidio la presencia de trastornos mentales, familia fragmentada y ausencia de padre o madre.

Cabe señalar, que Eguiluz (2003) indicó que la cohesión familiar es un factor que se correlaciona negativamente con la ideación suicida, por lo que se debería continuar estudiando la importancia de un clima social familiar que funja como factor preventivo de la ideación suicida.

### **1.1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.**

En general entendemos las imágenes en tres dimensiones, y la figura representativa de esto sería un cubo. Sin embargo, en geometría se pueden crear figuras en cuatro dimensiones, como el hipercubo.



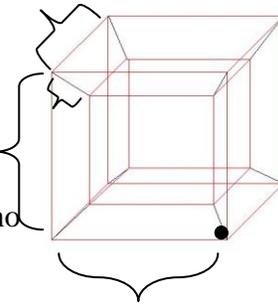
Para entender este tipo de figuras nuestra mente debe dar un salto, un cambio hacia otro nivel que considero que es paralelo al que la mente tiene que hacer para entender la Teoría General de los Sistemas, la cual es una metateoría y no una teoría cualquiera.

¿Qué ofrece la TGS a la terapia y a las familias? Una nueva forma de mirar conceptos centrales en la terapia: paciente, síntomas, cambio, salud, rol del terapeuta; y suma el estudio de las interrelaciones (en lugar de los síntomas) y el estudio del contexto dentro del cual se asocian significados a las conductas dentro de un determinado sistema. Así:

- El paciente deja de ser el foco de interés, que se vuelve la familia o sistema social.
- Los síntomas se estudian dentro de un contexto de retroalimentación recursiva de interacciones globales, ya no sólo como conductas aisladas.
- El cambio se analiza como parte de un circuito que tiende a la estabilidad (y por lo tanto tratará de reducir sus efectos) o como desviación que puede intensificarse y llevar a la creación de otros circuitos.
- La salud, vista desde un enfoque cibernético, no puede ser vista como un estado libre de síntomas, ya que la salud y la patología son dos caras de la misma moneda. Más bien, podría verse como un “equilibrio vital de diversas formas de experiencia y conducta” (Keeney, 1983, p. 144).
- El rol de terapeuta, quien influye activamente en el cambio, se estudia y se reflexiona como parte del sistema terapéutico. Bateson (como se cita en Keeney, 1983) alerta que los terapeutas deberían examinar sus intervenciones a profundidad para poder estudiar sus efectos dentro de la ecología más abarcadora de la cual forman parte.

En general, la TGS ofrece mayor profundidad y riqueza para entender fenómenos que aquejan a las familias como: violencia, pobreza, falta de educación y oportunidades, etc.; buscando el estudio de estos temas desde distintos enfoques y posturas y conectándolos en diferentes niveles. Un análisis sistémico de un fenómeno determinado podría ejemplificarse en la siguiente figura:

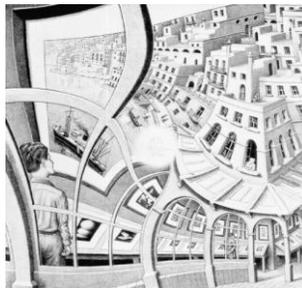
Descripción del sujeto que observa  
Descripción del fenómeno  
Descripción de la descripción del fenómeno  
Descripción de su interrelación con otros fenómenos



En el siguiente capítulo ofrezco una descripción más detallada de la Teoría General de los Sistemas y su impacto en la terapia familiar.

Por otro lado, las Terapias Postmodernas aportan la validación de múltiples realidades, analizan la participación activa del sujeto en la construcción de las mismas; y usan el lenguaje como una metáfora de la construcción activa del mundo en que viven las familias.

El sujeto deja de ser un ente pasivo que sufre la realidad y se vuelve cocreador de un sistema de significados que narra su realidad en un momento determinado con personas determinadas, pero que es libre de hacer modificaciones en estas narrativas y así enriquecer la historia de su vida con nuevas posibilidades. Las imágenes de Escher (1956), podrían ser paradigmáticas de la participación activa del sujeto en la construcción de la realidad.



Considero particularmente útil la validación postmoderna de las múltiples realidades en la sociedad actual, la que está experimentando una profunda transformación y que contempla la formación de diferentes formas de entender a la familia y convivencia familiar. En este sentido, la Postmodernidad ayuda a tener una postura de respeto y curiosidad auténtica por el otro, por lo local, por lo único de las personas que acuden a consulta; es decir, nos ayuda a tener una postura más ética y humana en nuestra terapia. En lugar de querer ceñir a las familias a aparentes parámetros de “normalidad”, desde estas posturas se trabaja de manera conjunta con los pacientes hacia el bienestar deseado por ellos.

Ya mencioné algunas problemáticas que serían comunes a diversas familias. ¿Pero qué significados asocia cada familia que llega a terapia con estas problemáticas? ¿Qué tipo de cambios esperan? ¿Cómo luchan activamente por resistirse a estos problemas que los aquejan y cómo defienden celosamente sus deseos, sus sueños, su esperanza de una mejor vida? Creo que esas son historias que también deben escucharse en nuestro trabajo y que la complejidad que ofrece la TGS y la postura ética que ofrece la Postmodernidad sí nos dan herramientas para embarcarnos con ellos en ese viaje.

## **1.2. Caracterización de los escenarios donde se realizará el trabajo clínico.**

Como parte de las actividades del Programa los alumnos deben llevar a cabo prácticas supervisadas, las cuales pueden realizarse en 5 sedes que describiré a continuación.

### **1.2.1 y 1.2.2 Descripción de los escenarios y análisis sistémico de los escenarios (personal, redes, roles, organigrama, sectores implicados, fuentes de referencia, contexto, etc.).**

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

El Centro fue inaugurado en 1981 por la Dra. 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 ubica en el sótano del Edificio de Posgrado Psicología (Edificio “D”), con dirección en Av. Universidad 3004 y cuenta con un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 19:00 horas. La directora del Centro es la Dra. Andrómeda Valencia Ortiz.

Esta sede cuenta con 26 cubículos divididos en dos alas; en el ala izquierda se encuentran 12 cubículos, en donde 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 y sanitarios. En el mezzanine están ubicadas otras 2 cámaras de Gesell con las mismas características que las mencionadas anteriormente. Regularmente se encuentra el equipo de observadores y supervisor de un lado del espejo, y del otro el terapeuta a cargo y la o las personas que solicitan el servicio.

La misión del centro es: contribuir a la formación y actualización del estudiante de Psicología a través de los diferentes proyectos de investigación en la atención psicológica que se brinda, siendo ésta de carácter Preventivo, de Tratamiento y Rehabilitación, certificados con calidad, excelencia y trato digno con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del Centro (Sánchez, 2009).

Hacia el exterior, el Centro está vinculado con instituciones como: DIF, AMATE, AMSSAC, IMP, INNN, Juzgado de lo Penal, INMUJERES, ADIVAC, ENLACE, SEP, Grupo de apoyo a esquizofrénicos y familiares, CAVI, Juzgado de lo Familiar, CENDI, e IFAL. Hacia el interior, el centro tiene 9 áreas de funcionamiento operativo (Cuadro 1).

En cuanto a los programas y proyectos que se trabajan en el Centro, están: a) Niño tel., b) Factores de riesgo para la salud mental y psicopatología del maltrato infantil, c) Psicoterapia en línea, d) Desarrollo y evaluación de Sistemas basados en tecnología de Realidad Virtual, e) Retroalimentación biológica, f) Programa de conductas adictivas, g) Programa de sexualidad humana, h) Evaluación de una intervención cognitivo conductual en mujeres con conductas alimenticias de alto riesgo, i) Suicidio adolescente en México en problema de salud pública prevenible, j) Los trastornos del sueño y las funciones ejecutivas en niños con depresión, k) Residencia: Programa tratamiento para adolescentes, l) Residencia: Programa

tratamiento infantil, m) **Residencia: Programa tratamiento familiar**, n) Residencia: Medicina Conductual y ñ) Residencia: Tratamiento y rehabilitación Neuropsicológica.

**Cuadro 1. Áreas de funcionamiento operativo del centro.**

COORDINACIÓN DE CENTROS DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA Y AL SECTOR SOCIAL



Los objetivos del Centro se centran en 3 funciones: Docencia, Investigación y Servicio.

Los estudiantes pueden obtener: A) Entrenamiento y supervisión. B) Trabajos de investigación en coordinación con el programa de Maestría y Doctorado de Psicología Clínica. C) Espacios en dónde puedan tomar cursos o talleres para incrementar sus habilidades como terapeutas. D) 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 se constituye por público en general, personas que laboran en la UNAM, estudiantes de la misma, y personas derivadas al centro por diversas instituciones como: Hospitales psiquiátricos, Escuelas públicas o privadas, DIF, CENDIS, etcétera. Sánchez (2009) señaló que el 60.19% de los pacientes que asistieron al centro son mujeres, mientras que 39.81% de los pacientes que asistieron son hombres. De las edades se observa que el 67.34% de los pacientes fueron adultos, 20.86% adolescentes, 10.40% niños, el resto de la tercera edad. Se atiende a personas con diferentes grados de escolaridad, de los cuales cerca de la mitad de las personas que asisten al centro cuentan con estudios a nivel superior.

Los motivos más frecuentes por los cuáles se solicita consulta son: depresión, ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta, problemas familiares, problemas de pareja, habilidades sociales, autoestima, manejo de emociones, duelo, dificultades académicas y sexuales, entre otros.

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

El procedimiento por el que deben pasar las personas que acuden al Centro para solicitar ayuda psicológica, inicia con la entrega de solicitudes que se realiza de lunes a viernes de 8:30 a 11:00. En este primer contacto se le pide a cada solicitante sus datos generales, motivo de consulta y la descripción del modo en que éste afecta distintos aspectos de su vida; en caso que se solicite el servicio para un menor de edad se pide que el niño o la niña acuda con el padre, madre o su tutor legal. Después, algún residente de maestría realiza la preconsulta, donde se indaga a profundidad acerca de la información que la persona vierte en su solicitud, poniendo énfasis en el motivo de consulta, organización familiar e historia del problema.

Posteriormente se realiza una evaluación psicométrica y luego, como última fase en el procedimiento de ingreso, se lleva a cabo la historia clínica, en donde se obtiene información más detallada. De esta forma se integra el expediente clínico, con lo que finalmente se les canaliza al servicio de algún programa de maestría u otra institución ajena al Centro si el caso no se puede atender en el mismo.

### **Centro Comunitario “San Lorenzo”**

Se localiza en la delegación Iztapalapa y pertenece a la fundación Bringas Haghénbeck, una institución de asistencia privada que desde hace 70 años brinda atención a diversas necesidades de la sociedad, tales como lo educativo, tercera edad y desarrollo comunitario. Este centro surgió en 1985 gracias a la labor social de Luz Bringas y María de los Ángeles Haghénbeck de la Lama. El centro tiene como visión el ser una institución social libre, autosuficiente y en constante desarrollo, con estándares de crecimiento a nivel nacional e internacional. Su objetivo es sostener, promover y apoyar el bienestar de niños, jóvenes y adultos, con el fin de mejorar su calidad de vida.

El Centro Comunitario San Lorenzo se encuentra en la colonia San Juan Xalpa, una de las 522 colonias que, junto con los 17 pueblos y ocho barrios que comprenden los 117 kilómetros cuadrados de la delegación Iztapalapa, sufren actualmente de graves problemas de narcomenudeo y violencia, tráfico de estupefacientes, armas y personas. Se han implementado programas gubernamentales como “Escuela Segura”, “Sendero Seguro”, “Mochila Segura”, “Comunidad Segura” y “Transporte Seguro”; los cuales han logrado avances pobres debido al miedo que vive la población y que limita el número de denuncias.

Por esta razón es importante la labor que el Centro ha estado realizando en la zona desde su aparición (Cruz, 2006).

Esta institución benéfica brinda atención a diversos sectores de la sociedad, como son: el educativo, la tercera edad y el desarrollo comunitario; cuenta con una oferta de educación abierta, escolarizada y semiescolarizada que pretende ampliar las expectativas y oportunidades, tanto académicas como laborales; por eso pone a disposición de su población estudios de primaria, secundaria y preparatoria abierta para adultos, cursos de secretariado asistido por computadora y talleres de cocina, cultura de belleza, computación, escuela para padres, etc. Sus instalaciones constituyen un espacio para que las familias desarrollen actividades educativas, culturales, deportivas, de capacitación y de integración comunitaria, con la intención de prever riesgos psicosociales y promover estilos de vida saludables en la población infantil, adolescente, adulta y de la tercera edad.

Entre los servicios que el centro proporciona están los grupos de alcohólicos y de drogadictos anónimos, círculos de adolescentes, clubes de la tercera edad, biblioteca (incorporada a la Red Nacional de Bibliotecas Públicas), servicios médicos y psicológicos.

Opera gracias al apoyo y colaboración de benefactores del sector privado, público y particulares, quienes aportan donativos en efectivo, especie o tiempo. El Centro Comunitario San Lorenzo es un elemento importante de la Fundación Bringas-Haghenbeck.

### **Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”**

Se ubica en la colonia Ruiz Cortínes, la cual, junto con su vecina Santo Domingo, son asentamientos en los pedregales de Coyoacán producidos por la migración de cientos de familias que llegaron de múltiples regiones de la República Mexicana, que ocasionaron choques interculturales entre quienes integraron esta naciente comunidad que hoy es una colonia urbanizada donde proliferan los grandes terrenos habitados por familias amalgamadas. Al ser una zona que cuenta con una gran diversidad de grupos humanos, en su mayoría de escasos recursos, se vuelve un escenario propicio para la investigación e intervención psicológicas, a partir de sus funciones primordiales: la formación, investigación, difusión y servicios a la comunidad.

La población que se atiende incluye a niños, adolescentes y adultos, mediante servicios como atención psicoterapéutica individual, de pareja, familiar y grupal (servicio que se proporciona desde diversas perspectivas teóricas); así como talleres y cursos que buscan prevenir/incidir en situaciones tan diversas como: violencia familiar, adicciones, problemas escolares, salud sexual y reproductiva, hábitos alimentarios, etc.

El personal de base está constituido por la Jefa del Centro (Dra. Noemí Díaz), una secretaria y personal de vigilancia. Cuenta con dos cámaras de Gesell, dos salones para talleres y varios cubículos en los que se puede atender a los pacientes.

En el centro se llevan a cabo los siguientes programas:

**Salud Comunitaria.** Este apartado involucra los temas de: a) Desarrollo psicosocial, b) Hábitos alimentarios, c) Familia y Salud Mental, d) Habilidades para la vida y e) Fortalecimiento de redes comunitarias.

**Género y Violencia.** Se enfoca en la prevención y atención de la violencia e incluye la puesta en práctica de grupos de reflexión.

**Adicciones.** En este rubro se trata la relación entre las adicciones, la violencia y la satisfacción marital.

**Problemas escolares.** El centro cuenta con un programa llamado: “La sala de libros mágicos”, en ella se fomenta la lecto- escritura y las matemáticas. Además se trabaja en la enseñanza inicial de lectura y la escritura. También hay un programa enfocado al éxito escolar en la secundaria.

**Servicio terapéutico.** Se ofrece terapia desde diferentes enfoques como: a) Humanista, b) Psicodinámico, c) Gestalt, d) Cognitivo- conductual y e) **Sistémico.**

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

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

El Centro comunitario de atención psicológica “Los Volcanes” 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.; cuando se realizó el plan de trabajo se tomaron en cuenta las funciones de docencia, difusión de la cultura e investigación que se realizan en la UNAM, así como la necesidad de cubrir los requerimientos de atención clínica psicológica de esta población que se ubica al sur de la Ciudad de México. Algunos de los problemas que se presentan en esta zona son: alto nivel de desempleo y subempleo, asentamientos irregulares y viviendas en malas condiciones, carencia de servicios y equipamiento urbano, carencia de servicios de salud y salud mental (que atiendan problemas de ansiedad, depresión, violencia familiar y social, alcoholismo y adicciones).

Siendo directora del centro la Mtra. Asunción Valenzuela, entre su personal se encuentran otros 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 Comunitario de Atención Psicológica “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 que permita a los habitantes de la comunidad 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 ofrecer servicios psicológicos de calidad al alcance de la comunidad en los aspectos de evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de los 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.

Esta sede busca 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.

La forma de atención es la siguiente: se llama o se acude al centro para sacar una cita (se atiende en ese momento). Se dan de una a tres entrevistas de evaluación. Después se decide si se dará un tratamiento, una orientación o se canalizará a otra institución especializada (por ejemplo, una institución psiquiátrica). Cada caso, después de la primera o segunda entrevista, se presenta al grupo y a la supervisora para ser discutido y evaluado. Este proceso es parte del formato de enseñanza del centro.

El Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” ofrece atención clínica a niños, adolescentes y adultos, y desde hace un poco más de seis meses el servicio también se presta a familias. Este servicio abarca: evaluación y diagnóstico, orientación individual y familiar, psicoterapia individual, psicoterapia de pareja, terapia de niños, psicoterapia familiar, psicoterapia de grupo e intervención en crisis.

Otro de los servicios que se ofrecen tiene como finalidad la prevención; por lo que en el Centro además se ofrecen diversas conferencias, talleres y asesoría a instituciones.

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

El hospital surgió de la necesidad de dar a los niños con trastornos mentales una atención diferente a la del adulto; es entonces cuando un grupo de médicos encabezados por la Dra. Matilde Rodríguez Cabo, inician una lucha por la reforma integral del nosocomio, creando un pabellón exclusivamente para niños.

Al cierre de este hospital que se llamaba “La Castañeda”, fueron separados adultos y niños; construyéndose entonces el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, que en su inicio tenía una capacidad de 200 camas. Su primer director fue el doctor Velasco Alzaga, distinguido psiquiatra con conocimientos en salud pública.

El hospital fue diseñado con un área de consulta externa y un área de hospitalización. El área de consulta externa inició como un servicio de consulta general, pero al pasar el tiempo hubo necesidad de integrar clínicas especializadas en trastornos específicos, con base en la población que demandaba un alto grado de subespecialización.

En esta área de consulta externa, los requisitos para la consulta de primera vez consisten en la asistencia de un niño acompañado por un adulto responsable (preferentemente padres o representante legal); donde han de presentar un documento de referencia de alguna institución, copia del acta de nacimiento, copia de la identificación oficial del familiar responsable o representante legal y un comprobante de domicilio.

Para las consultas subsecuentes es necesario contar ya con un expediente abierto:

La consulta externa cuenta con siete clínicas:

- 1) Clínica del Desarrollo: retraso mental y niños con alto riesgo.
- 2) Clínica de las emociones: ansiedad, depresión, fobias o reacciones de adaptación.
- 3) Clínica de Trastornos de la Conducta: Atiende a menores entre 6 y 12 años que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hiperquinéticos, trastornos del comportamiento social y trastorno disocial.
- 4) Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual): atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemas secundarios al abuso sexual. Cabe añadir que en esta clínica también se atiende a niños perpetradores de abuso sexual, siendo esta atención única en su género.
- 5) Psiquiatría legal: Atiende a menores que son referidos de juzgados para realizar peritajes psicológicos o psiquiátricos.
- 6) Hospital de Día: Atiende a niños con trastornos generalizados del desarrollo como autismo.

Por otra parte, los servicios de urgencias y hospitalización atienden los 365 días del año durante las 24 horas. Cuenta con dos unidades especializadas:

- PAIDEA: Atiende a personas que sufren farmacodependencia mediante actividades como educación física, terapia ocupacional y un tratamiento convencional. Esta unidad atiende de 8 a 4 de la tarde de lunes a viernes.
- Unidad de adolescentes para varones y mujeres: Atiende a adolescentes 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 de un modo multidisciplinario que tome en cuenta sexo, edad y padecimiento del paciente. Para este fin cuenta con cinco áreas: hospitalización continua, hospitalización parcial, consulta externa, Psiquiatría comunitaria (ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital) y 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:

- Consulta no urgente. Abarca problemas de aprendizaje escolar, problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo ni la vida del paciente ni la de otros, y problemas emocionales o del comportamiento de larga duración.
- Atención urgente. El servicio se da a personas que presenten conducta agresiva incontrolable, intento de suicidio, crisis de angustia, intoxicación actual por drogas o medicamentos, inquietud y agresividad incontrolable, falles graves de conducta que no puedan ser controladas por la familia.

El Hospital ofrece servicios multidisciplinarios dado que cuenta con profesionales paidopsiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, personal de servicios médicos, terapéuticos y de rehabilitación. El paidopsiquiatra es el especialista que tiene el primer contacto con el paciente y/o familiares; él a su vez coordina el equipo y es responsable de la atención integral del usuario. Estos equipos realizan las siguientes actividades:

- Psicología. Realizan psicodiagnósticos, dan psicoterapia individual o grupal; y proporcionan pláticas de información y orientación a los familiares de los pacientes.
- Enfermería. Cubren 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, fomento a la salud y rehabilitación de los usuarios del Hospital.
- Rehabilitación Psicosocial. Busca 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 interdisciplinario de áreas como: Educación Especial, Análisis Conductual Aplicado, Psicomotricidad, Terapia Familiar, Terapia de Pareja, Psicomotricidad, Psicopedagogía y Terapia Ambiental.

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

En primer semestre sólo trabajamos con la modalidad de “familias simuladas”, por lo que no tuvimos contacto directo con la población que acude a estos escenarios clínicos. Este trabajo sin embargo, permitió que adquiriéramos destrezas y confianza para atender familias en los semestres posteriores. Además, trabajamos la “familia de origen”, técnica que permite al terapeuta experimentar el trabajo sistémico y al mismo tiempo ser observador del análisis y del trabajo del equipo terapéutico.

A partir del segundo semestre empezamos a atender familias y se continuó haciéndolo hasta el cuarto semestre o hasta terminar los casos asignados. Todo el grupo participó como equipo terapéutico en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, y en el Centro “Dr. Julián McGregor”. El equipo se dividió para participar en las sedes externas: San Lorenzo, Los Volcanes y Hospital Psiquiátrico Infantil.

Considero una experiencia de profundo honor e interés el haber podido estar en todas estas sedes aprendiendo, dejándome impactar por las familias y sus problemáticas; y al mismo tiempo brindando un servicio.

## II. MARCO TEÓRICO.

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

#### 2.1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna. Teoría de los Sistemas, Teoría de la Comunicación, Cibernética, Constructivismo y Construcción Social.

La Terapia Familiar Sistémica cuenta con precursores que con sus ideas y teorías, o con prácticas innovadoras en el tratamiento de sus pacientes, influyeron en el surgimiento y enriquecimiento de la terapia familiar. Algunos de ellos son:

#### Precursores de la terapia familiar sistémica:

##### Epistemólogos

**Bertalanffy.** Propuso la Teoría General de los Sistemas en 1968, teoría que llevó a estudiar a la familia con base en su organización sistémica circular, y constituye una de las principales bases de la terapia familiar sistémica (Sánchez y Gutiérrez (2000).

**Keeney.** Aplicó la epistemología cibernética a la terapia familiar. La descripción cibernética de la familia permite estudiar al sistema desde su organización recursiva. Un síntoma se considera como parte de una secuencia recursiva dentro del comportamiento y la experiencia de la persona. También puede considerarse como parte de una pauta recursiva de interacción familiar (Keeney, 1987).

**Rosenblueth.** Trabajó junto a Wiener sobre la importancia de los procesos de retroalimentación en la conducta intencional. También participó en las posteriores conferencias de Macy, las cuales significaron un importante giro epistemológico en el área social (Vargas, 2004).

**Watzlawick y Beavin.** Junto a Jackson, recopilaron las ideas del grupo Bateson en el libro: *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas* (2002). En él introdujeron una visión pragmática (relacionada con la conducta) en la teoría de la comunicación humana y desarrollaron axiomas básicos de la comunicación.

**Wiener.** Participó en las conferencias de Macy, y junto a Von Neuman, introdujo la diferencia entre

##### Clínicos.

**Ackerman.** Promovió que los terapeutas vieran a toda la familia. Fundó el Instituto de la Familia en Nueva York donde se entrenaron terapeutas como Minuchin, entre otros (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Ackerman consideró los conflictos interpersonales como precedentes (y no resultado) de los conflictos intrapsíquicos. Él creía que la patología familiar se da cuando no hay adaptación a los nuevos roles establecidos por el desarrollo familiar (Ochoa, 1995).

**Bowen.** Asesoraba a las familias para que reconectaran con sus familias de origen como un camino para alcanzar la individuación y la autonomía. También habló de una transmisión multigeneracional de enfermedades emocionales (Hoffman, 2004).

**Erickson.** Desarrolló múltiples estrategias para dar terapia que fueron aplicaciones directas y antecedentes de formulaciones teóricas del grupo de Bateson. Su foco en el síntoma, y su uso de prescripciones y ordalías influyeron en la terapia estratégica (Vargas, 2004). Se enfatizó la relevancia de las técnicas de Erickson para “fomentar la resistencia”, que es base de las técnicas paradójicas (Hoffman, 2004).

**Jackson.** Habló por primera vez del uso de la terapia familiar para trastornos psiquiátricos que hasta entonces habían sido tratados con terapia individual. Fundó el MRI, institución dedicada al estudio de la terapia familiar. Trazó ocho presupuestos básicos sobre el sistema familiar que se referían a: la homeostasis, retroalimentación positiva y negativa, y a la redundancia. La puntuación y la causalidad circular fueron otros de sus presupuestos que supusieron un cambio de paradigma (Bertrando, y Toffanetti, 2004).

**Satir.** Fue invitada por Don Jackson a trabajar en el MRI (Bertrando y Toffanetti, 2004). Su método

claves digitales y analógicas. También mencionó que es posible comprender la comunicación en distintos niveles de tipo lógico o abstracción, lo que es clave para entender el concepto de doble vínculo del grupo de Bateson (Vargas, 2004).

recorre la evolución de los hechos más significativos en la vida familiar. Ella ayudaba a la familia a cambiar su estilo de comunicación y los llevaba a formas más sencillas de interacción y a consolidar las partes positivas de ese desarrollo. Satir convertía cualquier situación negativa en algo positivo para la familia (Hoffman, 2004).

### 2.1.1.1 Presupuestos generales de la Teoría General de los Sistemas.

Los sistemas son un: “conjunto organizado e interdependiente de unidades que se mantienen en interacción. Es un conjunto de elementos interrelacionados con capacidad de ejecución (*performance*), en particular en su adaptación al medio ambiente” (Umbarger, 1983, p.25). Todo organismo vivo, como la familia, es un sistema abierto.

La Teoría General de los Sistemas propuesta por Bertalanffy (1993) buscaba descubrir similitudes entre las construcciones teóricas de diferentes disciplinas, desarrollar modelos teóricos que tengan aplicación en por lo menos dos niveles de estudio y desarrollar un sistema de sistemas en las construcciones teóricas (Johansen, 1997).

Bertalanffy (1993) describió conceptos básicos para la Teoría General de los Sistemas:

- 1) *Sistema*. Conjunto de elementos en interacción.
- 2) *Sistema abierto y sistema cerrado*. Los sistemas cerrados están aislados del medio circundante, mientras que los sistemas abiertos sí permiten la entrada y salida de materia.
- 3) *Sistema relacional*. Conjunto de unidades relacionadas entre sí de modo que un cambio en una unidad supone un cambio en otra, lo que a su vez modifica a la primera, y así sucesivamente (Eguiluz, 2001).
- 4) *Organización*. Se considera a los organismos como sistemas organizados. Para entender la organización se utilizan nociones como: totalidad, crecimiento, diferenciación, orden jerárquico, dominancia, control y competencia (Bertalanffy, 1993).
- 5) *Totalidad*. La totalidad trata sobre “interacciones dinámicas manifiestas en la diferencia de conducta de partes aisladas o en una configuración superior, etc., en una palabra, “sistemas” de varios órdenes, no comprensibles por investigación de sus partes aisladas” (Bertalanffy, 1968, p. 37).
- 6) *Autorregulación*. Característica de los sistemas vivos que les permite establecer sus reglas de funcionamiento y ritmo de desarrollo (Eguiluz, 2001).
- 7) *Orden jerárquico*. Forma de organización que involucra diferentes niveles de complejidad que pueden ir desde estructuras estáticas como los átomos hasta sistemas simbólicos como el lenguaje o las matemáticas (Bertalanffy, 1993).
- 8) *Equipfinalidad*. Principio que se refiere a que “puede alcanzarse el mismo estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos” (Bertalanffy, 1993, p. 40). De forma complementaria, la *equicausalidad* se refiere a que partiendo de una misma condición se puede llegar a diferentes lugares (Ochoa, 1995).
- 9) *Entropía*. La tendencia de la naturaleza es hacia estados de desorden y de igualación de las diferencias. Pero el mundo vivo también evoluciona hacia un orden superior, esto es porque en los sistemas abiertos se da la producción de entropía, pero también la entrada de

entropía que puede ser negativa. Así los sistemas vivos evitan el aumento de entropía y se desarrollan hacia estados de orden y organización crecientes.

10) *Homeostasis*. Mantenimiento del equilibrio en el organismo vivo.

11) *Retroalimentación*. Mecanismo mediante el cual el sistema obtiene información referente a su desempeño y la usa para corregirse o autorregularse (Bertalanffy, 1993). Si el sistema responde reduciendo la desviación, se conserva la homeostasis, pero si responde ampliando la desviación, se observa cambio, crecimiento y diversidad (Umbarger, 1983).

La Teoría General de los Sistemas aplicada a la terapia familiar se basa en que la conducta de un miembro de la familia está relacionada con la de los demás miembros de la familia (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Esto significa que tienen una organización sistémica circular y el comportamiento de cada uno es resultado de múltiples causas. El objetivo en terapia será hacer más funcional o ligero el problema, así como la relación con su contexto.

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

“Estás en una sala y hay una gárgola que dice siempre la verdad y otra que dice siempre la mentira. En la sala hay dos puertas, una puerta que conduce al cielo y otra al infierno. Si tu no sabes que gárgola es cada una,

¿qué pregunta (solo una) deberás hacer para ir al cielo?

R: ¿Qué puerta me diría la otra gárgola que es la que me lleva al cielo?

(Adivinanza popular).

Los iniciadores de la nueva Teoría de la Comunicación Humana fueron Bateson y su equipo en Palo Alto. Bateson tomó herramientas de la antropología y la cibernética, y las relacionó al campo de la comprensión de la conducta. Aplicó el concepto de retroalimentación de la cibernética a las relaciones humanas. También se interesó en los diferentes niveles de aprendizaje y de la clasificación, lo que lo llevó a utilizar los niveles lógicos de Russell para investigar la comunicación humana (Vargas, 2004). Ruesch y Bateson (citados en Vargas 2004) consideraban que lo más importante en los procesos de interacción era el paso de información, ya que todo sistema se organiza en torno a la comunicación. Bateson introdujo la idea de que los mensajes tienen dos niveles: uno de contenido y otro de significado. También explicó que las paradojas se producen cuando los mensajes en un nivel lógico encuadran de una manera incompatible a los mensajes en otro nivel lógico (Ochoa, 1995).

Bateson y su equipo (Jackson, Haley, Weakland y otros) desarrollaron la teoría del doble vínculo (Eguiluz, 2001). En ella detallaron los elementos que predisponen al paciente a presentar esquizofrenia que son: a) Dos o más personas participan en una relación intensa significativa con gran valor para la supervivencia de por lo menos una de ellas, b) una experiencia recurrente con: c) un mandato primario negativo, d) un mandato secundario que contradice al primero (en un nivel más abstracto), e) un mandato negativo terciario: la metacomunicación es imposible, y f) un aprendizaje de la secuencia de estos patrones, que incluye un disparador de la secuencia. Dado el tipo de relación, se vuelve imposible que algún participante se salga del marco establecido (Bateson et al. en Bateson, 1998).

Estudiaron la comunicación esquizofrénica por medio de la observación de las interacciones del paciente con su familia. Esto ayudó a trascender las descripciones tradicionales de conductas individuales y los llevó a enunciar descripciones sobre los

procesos de interacción desde una perspectiva circular (Anderson, 1999a). Se dejó de pensar en conductas inadecuadas, desadaptativas acarreadas del pasado; y se empezó a considerar las conductas como adaptativas a la situación actual (Vargas, 2004).

En las terapias sistémicas se usa una concepción de la comunicación múltiple basada en ideas de Bateson, quien propuso la comparación de visiones múltiples como vía de acceso a las pautas que conectan. “Al orientarnos para ver las pautas que conectan, terminamos por vivenciar una estética de nuestro ecosistema” (Keeney, 1987, p. 158).

Betrando y Toffanetti (2004) narraron que el grupo se separó en 1962, pero *Jackson, Watzlawick, Haley y Weakland* volvieron a trabajar juntos en el MRI. Ellos recopilaron las ideas del grupo Bateson y del MRI, introdujeron una visión pragmática (relacionada con la conducta) en la teoría de la comunicación humana; y se interesaron más en la relación emisor- receptor que se establece por medio de la comunicación. De esta manera fundaron una primera teoría terapéutica con orientación sistémica en la que se establecen:

### **Axiomas básicos de la comunicación humana:**

- 1) *La imposibilidad de no comunicar.* Toda conducta dentro de una situación interpersonal es comunicación (Watzlawick, et al., 2002).
- 2) “*Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es por ende, una metacomunicación.*” (Watzlawick, et al., 2002, p. 56). El aspecto de contenido transmite información, mientras que lo conativo del mensaje se refiere a la relación entre los comunicantes.
- 3) “*Una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambios*” (Watzlawick et al., 2002, p. 60). Los participantes introducen una puntuación a la secuencia de los hechos, que informa y modifica la naturaleza de la relación.
- 4) *Existen dos niveles de comunicación humana:* la comunicación digital, que corresponde a la comunicación verbal; y la comunicación analógica, que corresponde a la no verbal. Se plantea que la comunicación del contenido se transmite de manera verbal, mientras que el aspecto relacional se transmite de manera analógica.
- 5) “*Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia*” (Watzlawick et al., 2002, p. 70). Son intercambios simétricos cuando cada participante tiende a igualar su conducta recíproca, y complementarios cuando la conducta de uno complementa la del otro.

### **2.1.1.3 Cibernética.**

Bertalanffy (1993, p. 20) señaló que la cibernética es: “una teoría de los sistemas de control basada en la comunicación (transferencia de información) entre sistema y medio circundante, y dentro del sistema; y en el control (retroalimentación) del funcionamiento del sistema en consideración al medio”.

En esto, concordó con Keeney (1987), Bateson (1997) y Johansen (1997), para quienes la cibernética es el estudio del control, la recursividad y la información, es decir, la

autorregulación. Bateson (1971, p. 345) amplió esta idea explicando que “cualquier conjunto operante de acontecimientos y objetos que posea la complejidad adecuada de circuitos causales y las relaciones de energía adecuadas mostrará con seguridad características mentales”. Las características mentales son: comparar, o dar respuesta a la diferencia; procesar la información; y actuar de manera autocorrectiva ya sea hacia un punto homeostático óptimo o hacia la optimización de ciertas variables.

Algunos conceptos de la cibernética son: la *circularidad*, que “se refiere a la repetición en la interacción de las partes de un sistema que actúa como un todo” (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 46), la *estructura* que es la totalidad de relaciones en un sistema abierto y la *retroalimentación*, recurso para la autocorrección y el aprendizaje (Keeney, 1987).

La retroalimentación se refiere a un mecanismo que introduce en el sistema los resultados de su desempeño y esto tiene retroactividad sobre las causas y así el sistema se convierte en circular (Wiener, 1948). Hay retroalimentación positiva y negativa, ésta última tiene un papel relevante en el mantenimiento de la homeostasis del sistema. El autor resumió que la cibernética se basa en dos principios: retroalimentación (causalidad circular) y homeóstasis (proceso que sostiene un equilibrio dinámico).

El estudio de la cibernética se divide en fases como sigue:

Cibernética “0 orden”. Herón de Alejandría, en 62 A.C. inventó el primer sistema cibernético (aunque no desarrolló teorías al respecto) que consistía de un mecanismo de retroalimentación negativa que regulaba el líquido que salía de una jarra (Cibanal, 2006).

Sluzki (1986) describió que en la cibernética se distinguen las etapas:

Cibernética del primer orden, de los sistemas observados.

En la cibernética de primer orden el sistema observado está separado del observador. De ésta se derivan dos etapas:

*La primera cibernética (de los sistemas homeostáticos)*, se enfoca en el modo en que los sistemas mantienen su organización por realimentación negativa o *morfostasis*. Cannon (citado en Bertrando y Toffanetti, 2004) describió que la homeostasis se refiere a la red de interacciones por las que el medio interior conservan un equilibrio dinámico. Ese equilibrio se logra en un sistema que permanece estable y al mismo tiempo procesa información y energía manteniendo un estado relativamente constante de actividad (Umbarger, 1983). Se consideraba que los procesos de ampliación de la desviación llevaban al caos, la desorganización y destrucción del sistema.

*La segunda cibernética (de los sistemas alejados del equilibrio)*. El interés se desplazó hacia los procesos que llevan a un sistema a ampliar su desviación (en contraste con los procesos que buscan la disminución de la desviación). Todo ser vivo requiere para sobrevivir de ambos procesos: morfostasis y morfogénesis (Maruyama, citado en Cibanal, 2006). Los sistemas cambian su organización por realimentación positiva (morfogénesis) en

los procesos de desviación y ampliación. Se empezó a considerar que los procesos que amplían las desviaciones del sistema pueden llevarlos también al cambio o la adaptación. Sluzki (1986) aclaró que no se elogia la entropía o las desviaciones demasiado grandes que llevan a los sistemas al caos; sino que se pasó a una visión homeodinámica, donde se subraya la dialéctica estabilidad-cambio

La morfogénesis fue introducida en la terapia por Minuchin y Fishman (1984). Ellos consideraron que las familias tenían problemas al atorarse en una fase homeostática; entonces el terapeuta debe hacer que ingresen “en un período de torbellino creador en que lo existente encuentre reemplazo mediante la búsqueda de nuevas modalidades. Es preciso introducir flexibilidad aumentando las fluctuaciones del sistema y en definitiva, llevándolo a un nivel de complejidad más elevado” (Minuchin y Fishman, 1984, p. 41).

La cibernética de segundo orden. En 1972 Mead habló sobre la Cibernética de la Cibernética, que después Von Foerster (1991) rebautizó como cibernética de segundo orden. En ese año hubo una serie de conferencias multidisciplinarias que buscaban combinar descubrimientos de matemáticas, fisiología e ingeniería con teorías del área humanista, aquí se desarrolló la cibernética actual.

Von Foerster (1991) señaló que la cibernética social debe ser una cibernética de segundo orden (de los sistemas observantes) que permita al observador entrar al sistema estipulando su propio propósito. Señala que es importante reconocer la interrelación que hay entre el observador, el lenguaje y la sociedad que forman los dos observadores conectados a través del lenguaje. Entonces, se deben estudiar también las propiedades del observador y esto lo tiene que hacer el propio observador. Es decir, observar la propia observación y dar cuenta del propio dar cuenta. La cibernética de segundo orden involucra al observador como parte del sistema observado a través de la autorreflexión, autonomía, recursividad y neutralidad (Cibanal, 2006).

Keeney (1987) aplicó el término de epistemología cibernética en la terapia familiar, y así conectó la epistemología de la cibernética y la teoría general de los sistemas. Implica que no se considere al terapeuta y al cliente como actores separados que actúan uno sobre otro, sino que se busquen las pautas de retroalimentación que conectan al terapeuta y cliente.

El autor (1983) apuntó también que se deben considerar los síntomas dentro de un contexto de retroalimentación recursiva. El síntoma tiene un papel en la búsqueda de la estabilidad familiar a través de los procesos de cambio. La tarea del terapeuta, según Hoffman (citado en Keeney, 1987) es identificar pautas recursivas problemáticas en el sistema familiar para plantear una intervención (Hoffman, citado en Keeney, 1987).

### **El Postmodernismo.**

La perspectiva postmodernista representó un giro conceptual sobre el hombre y el universo. Biever, Bobele, y Gardner (2005, p. 3) comentaron que bajo esta perspectiva “(...) se asume que no hay una realidad única o universal, sino muchas maneras de entender las conductas, las interacciones y los eventos; el lenguaje sirve como vehículo primario para la

transmisión de los significados y las comprensiones.” Asimismo, Andersen (1994, p. 47) coincidió en que ninguna descripción de la realidad es mejor que otras, por lo que en terapia se deben: “buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones de una situación que existan y promover la ulterior búsqueda de las que todavía no se hayan encontrado”.

Las ideas postmodernistas transformaron la forma de dar terapia familiar. El terapeuta dejó de ser el experto, único capaz de entender las quejas del cliente como síntomas de conflictos subyacentes de acuerdo a ideas teóricas sobre lo que es un funcionamiento “saludable”. En lugar de esto, la tarea del clínico es facilitar las conversaciones terapéuticas, donde se busca aprender acerca de las perspectivas y las comprensiones del cliente (Biever, Bobele y Gardner, 2005). Su postura tiene como características:

1) *La Colaboración*. El terapeuta y los clientes son ambos corresponsables del cambio. El terapeuta toma un papel activo y privilegia el estar con el cliente, en lugar de solo buscar sintomatología (Biever, Bobele y Gardner, 2005).

2) *El No- saber*. La tarea de los terapeutas es conducir una conversación que genere nuevas ideas y significados junto a sus clientes (Anderson y Goolishian, 1995). La postura del terapeuta se modifica hacia el no saber y estar en la posición de ser informado (Anderson, 1999a).

3) *La Curiosidad*. Actitud de interés en los temas del paciente, en lugar de tomar una postura investigadora donde se descubren “hechos” (Biever, Bobele y Gardner, 2005).

4) *La Reflexión*. Andersen (1994) describió que es el proceso mediante el cual se dan conversaciones internas y externas que permiten a terapeutas y clientes tanto hablar como escuchar. Son dos posiciones que ofrecen diferentes perspectivas con relación a los temas.

Biever, Bobele y Gardner, (2005) comentaron que la terapia postmodernista usa un tipo de conversación que permite la construcción de significados y comprensiones. La conversación terapéutica abre un espacio para el cambio (introduce posibilidades), es tentativa (las ideas se presentan de manera no autoritaria) y toma una postura “ambos...y” (valora la coexistencia de diferentes posturas). Además, la postura postmodernista ayuda a ampliar significados al asumir que los significados y las comprensiones son siempre cambiantes. Se busca determinar cómo y cuándo una teoría puede resultar útil.

#### **2.1.1.4 Constructivismo.**

Vico y Kant son dos antecedentes de la postura constructivista. Vico escribió (citado en Von Glasersfeld, 1994) acerca de que el hombre sólo puede conocer lo que él mismo produce y menciona que todas las cosas con las que poblamos nuestra experiencia son cosas construidas por nosotros mismos. Kant (citado en Von Glasersfeld, 1994) consideró que todo lo que podemos analizar, integrar y dale una estructura; es producto de nuestra propia capacidad de representación. Por eso todo conocimiento debe ser construido y no puede tener pretensiones ontológicas de objetividad (Von Glasersfeld, 1994).

Cibanal (2006, p. 41) señaló que “una de las características principales de constructivismo es el reemplazo de la noción de descubrimiento por el de construcción o invención”. El constructivismo no se basa en *qué* conocemos sino que se plantea *cómo* conocemos. Foerster (citado en Keeney, 2007) comentó que se cambia la perspectiva al pasar de la insistencia en sistemas observados a la insistencia en sistemas observadores. El conocimiento no se recibe pasivamente sino que se construye activamente por el sujeto. Bajo este enfoque, lo que el terapeuta percibe en la terapia familiar ofrece información sobre lo que observa y sobre quién lo observa (Keeney, 2007).

El Constructivismo considera al conocimiento como construcción de la experiencia y de la acción del sujeto (Neimeyer, 1997). Es una invención de nuevos marcos de interpretación y se evoluciona hacia una mayor comprensión. Neimeyer (1997) mencionó que el conocimiento delata diferencias y se estructura en sistemas auto-organizados y jerárquicos. Se considera que hay una diversidad de posibles significados e interpretaciones alternativas, en lugar de sólo un conocimiento verdadero.

Estos cambios en la concepción del conocimiento y el hombre (organismo proactivo, orientado a metas), diferencian la Terapia Constructivista de la Terapia Cognitiva tradicional. Se considera que la intervención y evaluación será sobre constructos y narraciones personales (no sobre pensamientos automáticos y creencias irracionales aisladas) y buscará un tratamiento creativo que facilite el desarrollo por medio de una terapia menos estructurada y más exploratoria. El rol del terapeuta también cambia, se vuelve “reflexivo, elaborador e intensamente personal” (Neimeyer, 1997, p. 206).

Debido a que se busca explicar y desafiar los acuerdos contractuales entre las familias que se sostienen por medio del lenguaje, se desarrollaron las preguntas circulares, que buscan “los significados de los miembros de la familia, sus interdependencias y su relación con la conducta” (Neimeyer, 1997, p. 213). Otra aportación es la prescripción de rituales terapéuticos que ayudan a reconstruir un problema familiar y que permiten explorar interpretaciones distintas sobre el mismo problema.

Lyddon (1998) clasificó la psicología constructivista en: 1) Material, que incluye las perspectivas radicales, 2) Eficiente, que contiene los modelos de procesamiento de información y la teoría del aprendizaje social, 3) Formal, aquí entra el construccionismo social y la psicología narrativa y 4) Final, donde se incluyen las teorías evolutiva y dialéctica, la perspectiva de sistemas y la psicología transpersonal.

Dentro del Constructivismo hay diversos enfoques que varían según: si usan terminología cognitiva; si negocian vigorosamente el cambio terapéutico o prefieren una facilitación respetuosa; si aceptan al realismo ontológico; y si confirman un modelo paradigmático o narrativo de investigación psicoterapéutica. Neimeyer (1998) consideró que estas divisiones son características de una postura postmoderna (que acepta múltiples visiones de la realidad) y favorecen el diálogo.

#### **2.1.1.5 Construccionismo social.**

Gergen (citado en Anderson, 1999a) comentó que la construcción social busca explicar cómo la gente da cuenta del mundo en que vive, incluyendo su participación. El discurso sobre el mundo no es un reflejo de éste, sino un recurso de intercambio social.

Anderson (1999a) aclaró que mientras para el constructivismo radical, toda comunicación y comprensión son construcciones interpretativas por parte del *sujeto*, para el construccionismo social, es el contexto *interaccional* y comunal el que produce significación. Consideró que la mente es relacional y el desarrollo del sentido es discursivo. En esto concordó con Hoffman (1996), quien señaló que el lenguaje mediatiza el intercambio social del que surgen las ideas, conceptos y recuerdos. Todo conocimiento evoluciona en el espacio interpersonal dentro de los ámbitos de interacción cotidiana. Para esta autora, el individuo desarrolla su identidad sólo a través de la comunicación permanente con las personas íntimas a él.

Anderson (1999a) propuso que se conceptualice al contexto como un territorio multirrelacional y lingüístico donde se considere que las conductas, sentimientos y comprensiones son comunales. El contexto se da en una pluralidad compleja donde siempre cambian las redes de relaciones; y que está a su vez dentro de territorios, prácticas y discursos locales y más amplios.

Gergen (2006a) consideró la terapia como un acto colaborativo y sobre ella señaló que:

- 1) *El sufrimiento o la enfermedad mental no existen antes del proceso colaborativo.* El terapeuta es colaborador activo en la generación de sentido; y el sufrimiento o la enfermedad del cliente, y sus recursos o su flexibilidad; dependen de esta colaboración.
- 2) *El tratamiento terapéutico en sí mismo no existe.* Las aportaciones del terapeuta no adquieren significado antes de que los pacientes se adhieran a ellas.
- 3) *El acuerdo terapéutico es una forma de acción colaborativa.* La comprensión requiere una coordinación mutua a través de palabras, miradas y posturas.
- 4) *El cambio terapéutico surge de la acción colaborativa.* El cliente está inmerso en una red relacional a partir de la cual se nombra el *problema* (no de una condición psicológica previa). El desafío es transformar la red relacional para que se resuelva, disuelva o reconstruya el problema. El lenguaje es el recurso más importante.
- 5) *Tal vez la gran resistencia al cambio no exista.* La historia relacional del cliente puede ser lo que actúe como obstáculo al cambio. El cliente puede estar escuchando esquemas relacionales pasados de una manera íntima, y el terapeuta quedar excluido de esta conversación. Se debe establecer un vínculo entre la conversación con el cliente y la conversación íntima que el cliente escucha.
- 6) *La revelación terapéutica es un movimiento horizontal.* No se investiga la profundidad de los deseos, recuerdos o motivaciones del cliente, sino que se le invita a participar en una relación donde la profundidad se crea como tema de conversación.
- 7) *Cualquier enunciado acerca del sentido lo transforma.* Cualquier interpretación terapéutica de las palabras y acciones del cliente *crea* sentido en ellas.
- 8) *La terapia puede obrar maravillas pero lo importante es la puesta en práctica.*

9) *Las prácticas terapéuticas deben transformarse continuamente.* Se debe apoyar la evolución del lenguaje y la terapia para que sigan vinculándose con la realidad social del cliente siempre cambiante.

El giro conceptual que ofrece el Socioconstruccionismo, es que tomemos en cuenta la relevancia del lenguaje en la construcción social de la realidad y en los significados implícitos en el discurso con el que nos comunicamos (Biever, Bobele y Gardner, 2005).

### **2.1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna.**

#### **MODELO ESTRUCTURAL.**

- El hogar, la casa- unos cuantos cuartos pequeños en los cuales se amontonaban un hombre, una mujer periódicamente embarazada y una camarada de críos de todas las edades. Ni aire, ni espacio; una cárcel insuficientemente esterilizada; oscuridad, enfermedades, hedores.

(...) Nuestro Freud fue el que primero reveló los espantosos males de la vida familiar. El mundo estaba lleno de padres, y lleno por consiguiente de miseria; lleno de madres, y por lo tanto de perversiones, desde el sadismo a la castidad; lleno de hermanos, hermanas, tíos, tías; lleno de locura y suicidio  
(Huxley, 1998, p. 52, 54).

#### **ANTECEDENTES.**

Minuchin es el principal exponente de la terapia estructural. Trabajó en un programa para delincuentes menores y mencionó que “(...) el desafío particular era ayudarlos a encontrar formas concretas para calibrar relaciones. Estábamos preocupados por ayudar a familias desorganizadas a dar más orden a sus relaciones” (Simon, 1996). Posteriormente, Minuchin inició el programa “La dinámica de las familias pobres” por medio del cual dio apoyo y orientación a familias portorriqueñas de clase baja.

Desarrolló un modelo que pudiera aplicarse a familias con pocos recursos económicos y educativos. En 1967, publicó su obra “Family of the Slums” (barrios miserables) en la que cooperaron Montalvo, Guernsey, Rosean y Schumer (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Dirigió una clínica de orientación infantil en Filadelfia y trabajó al lado de Haley y Montalvo. En este centro estudiaron la influencia de la familia en el mantenimiento de los síntomas psicósomáticos del paciente identificado.

#### **REPRESENTANTES PRINCIPALES.**

Minuchin, Fishman y Montalvo son los principales exponentes de este modelo.

#### **PRINCIPIOS BÁSICOS Y CONCEPTOS.**

Este modelo busca cambiar la organización de la familia, ya que cuando se transforma su estructura, cambian las posiciones y experiencias de cada miembro de la familia. Esta es una terapia enfocada en el presente (Minuchin, 1979).

Se basa en los siguientes **axiomas**:

- 1) El individuo y su contexto ejercen influencia recíproca por medio de pautas repetidas de interacción. El individuo debe adaptarse a su sistema social, la familia.
- 2) Al modificar la estructura familiar se producirán cambios en la conducta y en los procesos psíquicos de los miembros de ese sistema.
- 3) “Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente, su conducta se incluye en ese contexto” (Minuchin, 1979, p. 31). Se crea un nuevo sistema, el terapéutico, que gobernará la conducta de sus miembros, terapeuta y familia.

El sistema familiar tiene las siguientes **propiedades**: 1) La transformación en su estructura permite el cambio. 2) Se organiza con base en el apoyo, regulación, y socialización de sus miembros. El terapeuta no se une a la familia para educarla sino para modificar su funcionamiento y que así pueda desarrollar sus tareas de manera más eficaz. 3) El sistema familiar tiene posibilidades de auto perpetuación, por lo que el cambio promovido en terapia se mantiene en ausencia de ésta gracias a sus mecanismos de autorregulación.

Los principales **conceptos** del modelo de terapia estructural son:

Familia: Sistema abierto en transformación que se adapta a los diferentes requerimientos de las etapas de desarrollo por las que pasa, manteniendo una continuidad y fomentando el crecimiento psicosocial de cada miembro (Minuchin, 1979).

El desarrollo de la familia transcurre en etapas con períodos de equilibrio y períodos de desequilibrio hacia un estadio más complejo en el que se elaboran aptitudes y tareas nuevas (Minuchin y Fishman, 2008). El ciclo vital de la familia incluye cuatro etapas que son: formación de la pareja, familia con hijos pequeños, familia con hijos en edades escolares y adolescentes; y familia con hijos adultos (Minuchin, 1979).

Los tipos de familia según su estructura son: Familias de pas de deux, familias de tres generaciones, familias con soporte (con hijo parental), familias acordeón, familias cambiantes, familias huéspedes, familias con padrastro, familias con un fantasma, familias descontroladas y familias psicósomáticas.

Estructura familiar: “Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (Minuchin, 1979, p. 86). La familia opera a través de pautas transaccionales (acerca de cuándo cómo y con quién relacionarse) que regulan la conducta de sus miembros. Cambiar la forma habitual de interacción desequilibra las formas de contener el síntoma, por lo que la familia debe reestructurarse sobre bases menos patológicas (Ochoa, 1995). Minuchin y Nichols (1993) actualmente prefieren la metáfora de “mantener la temperatura corporal” (en lugar de la metáfora estructural), ya que señala más claramente la posibilidad de cambio y flexibilidad.

Subsistemas: Son elementos del sistema familiar por medio de los cuales se desempeñan las funciones familiares. Los subsistemas pueden diferenciarse por generación, sexo, interés o función. En cada subsistema al que pertenecen, los individuos poseen desiguales niveles de

poder y aprenden habilidades diferenciadas (Minuchin, 1979). Minuchin y Fishman (2008) usaron el término holón (en lugar de subsistemas) para describir las partes del sistema y para enfatizar la dualidad de ser una parte y un todo al mismo tiempo.

Holón individual: “Incluye el concepto de sí mismo en contexto” (Minuchin y Fishman, 2008, p. 28). El individuo y su contexto ejercen influencia recíproca entre sí.

Holón Conyugal: Pareja de adultos que se unen con la intención de construir una familia. Cumple dos funciones: fijar límites que los protejan de la intromisión de otros para poder satisfacer sus necesidades psicológicas; y construir un modelo de relaciones íntimas que ayude al crecimiento de los hijos.

Holón Parental: Incluye las funciones de procreación, crianza de los hijos y de socialización. Puede incluir figuras distintas a los padres como una abuela o tía.

Holón Fraternal: Se da una relación de iguales en donde se aprenden habilidades de negociación, cooperación y competencia.

Límites: Los límites ayudan a delinear los subsistemas de una familia. “Son las reglas que definen quiénes participan (en el subsistema) y de qué manera” (Minuchin, 1979, p. 88).

La claridad de los límites en una familia es un parámetro útil para su evaluación. El *aglutinamiento* se da en familias con límites difusos en su interior, lo que hace que el sistema se sobrecargue y carezca de recursos para adaptarse ante el estrés. Las familias *desligadas* tienen límites muy rígidos que dificultan la comunicación entre sus miembros y la función de protección (Minuchin, 1978).

Adaptación: Es la capacidad de transformación constante de la familia para enfrentar los requerimientos de cambio y crecimiento, además de conservar su continuidad.

Jerarquías: La organización familiar se refiere a los niveles de autoridad y de poder dentro de la familia (Galicia, 2004).

Alianzas: Unión entre dos o más miembros del sistema que busca lograr un beneficio y que pueden ser flexibles, patológicas, rígidas o permanentes (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Coalición: Alianza en contra de un miembro excluido (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Tríadas rígidas: Problema que ocurre cuando el límite entre el subsistema parental y el del hijo se hace difuso; y con que el límite en la tríada padres- hijos se torne rígido. Se usa al hijo en los conflictos de los papás por medio de: *triangulación* (cada padre le pide que se una a él contra el otro), *rodeo* (desviando el estrés conyugal hacia el hijo problemático); y *coalición estable* (un padre se asocia al niño en coalición contra el otro (Minuchin, 1979).

Coparticipación: Es la actitud con la que el terapeuta se acerca a la familia y les comunica que los comprende y trabaja para ellos (Minuchin y Fishman, 2008). La coparticipación se puede hacer desde distintas posiciones de proximidad con la familia.

## FASES Y TÉCNICAS.

**Desarrollo de la terapia:** La terapia tiene dos momentos principales: la formación del sistema terapéutico y la reestructuración de la familia.

El sistema terapéutico lo constituye el terapeuta y la familia. Las operaciones de asociación son métodos para la creación del sistema terapéutico donde el terapeuta se sitúa como líder. En la fase de formación del sistema terapéutico ocurre:

1.- *Unión y acomodamiento.* La unión son las operaciones que ayudan a que el terapeuta se relacione con la familia. Minuchin refiere que la unión es cuando los conoce, los escucha, los mira y hace conexiones. Él pone atención a enunciados positivos, signos de competencia personal y también a áreas de estrés (Minuchin y Nichols, 1993). El acomodamiento se refiere a las acciones del terapeuta para buscar una alianza. Se usan tres técnicas: *Mantenimiento* (apoyo programado a la estructura familiar como el terapeuta la percibe), *rastreo* (Planteamiento de preguntas que amplíen temas centrales) y *mimetismo* (acomodarse al estilo familiar y a sus modalidades afectiva).

2.- *Diagnóstico.* Hipótesis que se desarrolla a partir de las experiencias relacionadas a la unión e interacción con la familia. Es una evaluación interpersonal que incluye las transacciones familiares en su contexto habitual e incluye 6 áreas:

- Estructura. Pautas preferibles y alternativas disponibles.
- Flexibilidad y reestructuración de las alianzas y coaliciones ante el cambio.
- Resonancia del sistema familiar. Sensibilidad ante las acciones de los otros.
- Contexto vital. Fuentes de apoyo y estrés en su ecología.
- Estadio del desarrollo vital y rendimiento en las tareas apropiadas.
- Formas que los síntomas usan para continuar con la forma habitual de interacción.

3.- *El contrato terapéutico.* La familia y el terapeuta llegan a un acuerdo que se desarrolla con el tiempo; y explícita tanto la logística de la terapia (lugar, foco, frecuencia y duración) como el problema y objetivos del trabajo. El éxito de la terapia requiere que todo el sistema se ponga de acuerdo en los objetivos a alcanzar (Ochoa, 1995).

4.- *La unión con subsistemas.* El terapeuta se acomoda a las pautas internas del subsistema en estilo, afecto y lenguaje. Inicialmente, se invita a todos para identificar cómo participan en mantener las pautas transaccionales disfuncionales. Permite evaluar el poder de los miembros para efectuar o resistir el cambio e inhibe despliegue de secretos.

5.- *La unión y reestructuración.* Las operaciones reestructurantes incluyen realizar tareas en el hogar y requiere cambios específicos en la organización familiar, e intervenciones que la familia debe enfrentar para lograr un cambio. Involucra:

- *Captar las pautas transaccionales* de la familia. Es útil la dramatización de: las pautas familiares, la forma en que resuelven conflictos, forman alianzas, o la forma en que se propaga el estrés. Se observan secuencias en la comunicación. Se manipulan las

transacciones habituales por medio de redistribuir espacialmente a los miembros para estimular el diálogo y trabajar con límites.

- *Señalamiento de límites.* Se busca el grado correcto de permeabilidad de los límites. En una familia aglutinada se clarifican los límites para crear un intercambio flexible entre autonomía e interdependencia. En una familia desligada se reduce la rigidez para incrementar el apoyo.

- *Intensificación del estrés.* Las familias desarrollan pautas de enfrentamiento disfuncionales, con el PI en el centro de ellas. Producir estrés permite explorar sus alternativas y capacidades de flexibilidad, reestructuración y crecimiento sin ayuda. Se intensifica el estrés bloqueando las pautas transaccionales habituales, acentuando diferencias, desarrollando el conflicto implícito y bloqueando la evitación de éste, y con uniones en alianza o coalición contra un miembro central.

- *Asignación de tareas.* Crean un marco de desenvolvimiento. Señalan áreas de exploración que no se desarrollaron en forma natural o áreas en que se necesita trabajar. Dramatizan las transacciones y sugieren cambios. El terapeuta fija las reglas y determina la conducta en la sesión, pero los cambios se llevan al hogar. Señalan posibilidades de reestructuración y prueban la flexibilidad familiar.

- *Utilización de los síntomas.* Combatir la tendencia a centrarse en el portador del síntoma. Facilita el diagnóstico y la modificación de pautas disfuncionales ya que ayuda a revelar aspectos disfuncionales subyacentes. Se a) exagera el síntoma, b) se adopta un nuevo síntoma que permita desplazar el foco momentáneamente (mientras se desarrolla una estrategia) o se c) reetiqueta el síntoma (modificación del afecto por otro más funcional).

- *Manipulación del humor.* El afecto puede estar restringido, rígido entonces se exagera el afecto o se modelan otros. En familias donde las emergencias son continuas, se requiere aumentar la intensidad del afecto para que comprendan que el cambio es necesario. Puede servir para manipular distancia. La redesignación de un afecto puede servir para ampliar respuestas de relación. Se señala que un enojo exagerado a veces esconde tristeza.

- *Apoyo, educación o guía.* Se le enseña a la familia de qué modo apoyarse y a los padres a responder en forma diferencial a sus hijos. El terapeuta se incorpora al sistema asumiendo funciones ejecutivas, sirviendo como modelo, y luego permite a los padres reasumir estas funciones.

## **ESTRATEGIAS.**

Minuchin y Fishman (2008) usaron tres estrategias principales para promover el cambio: cuestionar el síntoma propiciando un reencuadramiento, cuestionar la estructura de la familia propiciando una reestructuración; y cuestionar la realidad familiar, propiciando la ampliación de la misma.

1.- *Cuestionamiento del síntoma.* El terapeuta cuestiona la definición del problema así como la respuesta que la familia da al mismo. Al modificar esta concepción, los miembros se moverán a buscar respuestas diferentes. Las técnicas que se usan para esto son:

- Escenificación. Se le pide a la familia que interactúe en presencia del terapeuta y se construye una secuencia de 3 movimientos. En primer lugar se observa la interacción como sucede espontáneamente, después se provocan las interacciones disfuncionales y por último se promueven alternativas de interacción. Esta técnica provee una mejor visión de las reglas que rigen sus pautas de interacción.

- Enfoque. Se refiere a prestar atención a una información e ignorar otra, de forma que la familia presta atención a temas que el terapeuta considera relevantes (Ochoa, 1995).

- Logro de intensidad. El terapeuta busca hacer llegar su mensaje, para lo que necesita hacer oír la diferencia y que la familia no asimile el mensaje como si fuera idéntico a sus esquemas previos. Incluye la repetición del mensaje, repetición en interacciones isomórficas, cambio de tiempo en que las personas participan en una interacción, cambio en la distancia entre personas empeñadas en una interacción y resistencia a la presión ejercida por la pauta interactiva familiar.

2.- *Cuestionamiento de la estructura familiar.* Se cuestiona la demarcación que los miembros hacen de sus roles y funciones. Modificar la proximidad de los holones da lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar. Las técnicas que se utilizan para esto son:

- Fijación de fronteras. Regulan la permeabilidad de las que separan a los holones entre sí. Se usan constructos cognitivos o maniobras concretas para crear fronteras nuevas. Extender una interacción también puede ser un recurso para fijar fronteras.

- Desequilibramiento. La meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. Se da por medio de alianzas con miembros de la familia, alianzas alternantes, ignorar a miembros de la familia e incluso por medio de coaliciones.

- Complementariedad. Una meta en terapia es que las personas puedan vivenciar su pertenencia a una entidad que rebasa al ser individual. Mediante las técnicas relacionadas con la complementariedad, se busca cambiar la relación jerárquica de los miembros de la familia. Esto se logra cuestionando la idea íntegra de la jerarquía. El terapeuta modifica la epistemología de los miembros en 3 aspectos: el problema, la idea lineal de que un miembro pueda controlar el sistema; y el modo en que la familia recorta los sucesos.

3.- *Cuestionamiento de la realidad familiar.* Las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada. Para modificar esta visión se elaboran nuevas formas de interacción. La realidad conflictiva y rígida se reencuadra y aparecen nuevas posibilidades ante las nuevas percepciones. Las técnicas que se utilizan para esto son:

- Constructos cognitivos. La familia escoge un esquema explicativo de la realidad y la manera como construye su realidad afecta su estructura familiar y viceversa. En la terapia se

debe entender la realidad familiar, pero también ayudar a construir una realidad más amplia que incluya modalidades de interacción más funcionales. Se utilizan: símbolos universales, verdades familiares y consejo especializado.

- Intervenciones paradójicas. Se usan si se observa resistencia en la familia, que pide que le ayuden a cambiar y al mismo tiempo desea seguir igual. Se redefine el síntoma (como algo positivo) o se prescribe. También se pide a algún miembro que invierta su conducta habitual hacia un tema importante, lo que puede hacer que otra persona cambie.

- Lados fuertes. Se enfatizan los recursos que la familia ya trae. Se cuestiona la respuesta ante el PI (que tiende a estar organizada con base en su problemática) o se cuestiona la percepción familiar de tener pocas alternativas de interacción.

### **CONSIDERACIONES FINALES.**

Minuchin y Fishman (1984) ofrecieron una descripción detallada y clara sobre sus técnicas y esto permite que los terapeutas principiantes podamos tener un modelo de referencia para atender a nuestros pacientes bajo un enfoque conceptual preciso. Además, el modelo toma en cuenta el momento del ciclo vital por el que pasa la familia y esto contextualiza las crisis por las que atraviesan. Es muy útil que la terapia estructural se haya creado con población hispana de bajos recursos, similar a la población que acude en México a terapia familiar.

Una limitante de este modelo es que no ofrece lineamientos tan claros para trabajar con los diferentes tipos de familia que están emergiendo actualmente y que son cada vez más comunes. Cada vez son más comunes las familias reconstruidas, compuestas, sin hijos, etc. Esto aumenta la complejidad para establecer con la familia los cambios necesarios en su estructura para adaptarse y quizás no se beneficien en la misma medida de esta terapia.

### **MODELO ESTRATÉGICO.**

- Es contrario a la etiqueta bostezar en presencia de un rey - le dijo el monarca. Te lo prohíbo.
  - No puedo evitarlo - respondió el principito muy confundido. - Hice un largo viaje y no he dormido...
  - Entonces - le dijo el rey - te ordeno bostezar. No he visto a nadie bostezar desde hace años. Los bostezos son para mí una rareza. ¡Vamos! bosteza de nuevo. Es una orden.
  - Me siento intimidado... ya no puedo... - dijo el principito todo colorado.
  - Hum! Hum! - respondió el rey. - Entonces te... te ordeno bostezar unas veces y otras veces...  
Balbuceaba un poco y parecía incómodo.
- Porque el rey cuidaba especialmente que su autoridad fuera respetada. No toleraba la desobediencia.  
Era un monarca absoluto. Pero, como era muy bueno, impartía órdenes razonables.  
(Antoine de Saint Exupéry, 1943)

### **ANTECEDENTES.**

Galicia (2004) enumeró 3 influencias en el trabajo de Haley y Madanes, que son:

\* *Bateson y Weakland* trabajaron con Haley en los inicios del grupo de Palo Alto, antes de que se formara el MRI, sobre las paradojas en la comunicación y su relación con la esquizofrenia, la hipnosis y la terapia. En 1963 el autor publicó sus reflexiones de este trabajo en *Estrategias de Psicoterapia*, donde se plantea como unidad de análisis de la

terapia a la díada y posteriormente a la tríada (Galicia, 2004).

\* *Minuchin* y *Montalvo* trabajaron con Haley y Madanes en la Clínica Infantil de Filadelfia. Haley, Madanes y Minuchin buscaban conectar un determinado patrón estructural con los problemas clínicos observados (Bertrando y Toffanetti, 2004).

\* Al trabajar con *Erickson*, Haley desarrolló las ideas principales que dirigen su terapia: en las relaciones humanas siempre hay luchas para decidir quién dicta las reglas, los síntomas son maniobras para definir el poder dentro de la relación, y que el terapeuta debe poder resolver estas luchas, manteniendo su propia posición de poder (Bertrando y Toffanetti, 2004). Haley retomó de Erickson la postura del terapeuta como alguien activo y directivo (Galicia, 2004). Haley también tomó de Erickson las *ordalías benévolas*, que alientan el síntoma para que el paciente ya no pueda seguir usándolo (O'Hanlon, 1993). Haley y Madanes fundaron el Instituto de Terapia Familiar en 1975 en donde trabajaron juntos muchos años (Bertrando y Toffanetti, 2004).

## **PRINCIPIOS BÁSICOS.**

La terapia estratégica incluye diversos enfoques que tienen en común la posición activa del terapeuta en sesión y el diseño de un enfoque adecuado para el cambio y específico para cada problema (Haley, 1983). Es un tratamiento directivo ya que se persuade al paciente para que participe activamente en la producción del cambio (Haley, 1989).

Sánchez y Gutiérrez (2000) señaló que el objetivo es ayudar a los pacientes a superar los problemas que presentan, para lo cual se requiere definir el problema de manera soluble. Haley (1983, p.35) agregó que “la terapia es la introducción de variedad y riqueza en la vida de una persona, entonces su meta es liberar a ésta de las limitaciones y restricciones de una red social en dificultades”.

Para Ochoa (1995) el objetivo de la terapia es modificar las secuencias de conducta relacionadas con una jerarquía incongruente, ampliando las alternativas del sistema tanto conductuales como epistemológicas. Para cambiar estas secuencias se impide que se formen coaliciones intergeneracionales y se impide el uso de los síntomas como estrategia para encubrir las luchas por el poder en el sistema familiar.

El trabajo de Haley se distinguió por el uso de las directivas, las cuales son todo lo que se hace en terapia, pues cada acción constituye un mensaje para que la otra persona haga algo. El término se refiere a las tareas que el terapeuta usa en la sesión (Galicia, 2004).

O'Hanlon (1993) subrayó algunos elementos observables en el trabajo de Erickson:

- Disposición del terapeuta para usar y modificar las técnicas de manera que expresen su individualidad y que se adapten a un paciente único.
- Se espera el cambio pues se considera que éste es inevitable.
- Hay un énfasis en lo positivo.
- Se acepta lo que el paciente trae: resistencias, ideas rígidas, síntomas.
- Énfasis en las posibilidades.

- Disposición de asumir la responsabilidad tanto en el terapeuta como en el paciente.
- Bloquear la conducta sintomática, lo cual se hace reetiquetando el síntoma, haciéndose cargo de ella, o estableciendo una ordalía que la dificulte.
- El cambio se produce *en relación* con el terapeuta.
- Uso de anécdotas, analogías, chistes, para afianzar ideas o sumar posibilidades.
- Disposición a dar de alta cuando el problema ha sido resuelto.
- El enfoque está centrado en el presente, con foco en las interacciones.

Sobre la evaluación de la familia en la terapia, se deben considerar los siguientes aspectos:

**Poder y organización:** La organización familiar involucra una jerarquía con desigualdad entre los miembros en cuanto al poder y a las tareas a cumplir según el lugar que se ocupa (Haley, 2002).

**Jerarquía:** La organización familiar determina niveles de autoridad y de poder en la familia (Galicia, 2004). La jerarquía se delinea observando las *secuencias* de hechos repetidos en relaciones interpersonales dentro de la organización familiar, un sistema autorregulante (Haley, 2002).

**Síntomas:** Son señal de que en la familia no hay reglas ni un orden jerárquico claro y se perpetúan por la forma en que el paciente se comporta y por la influencia de otros. Para cambiar un síntoma se debe inducir al individuo para que cambie su conducta y a sus íntimos para que modifiquen su conducta hacia él (Haley, 2002). Los síntomas son conductas que forman parte de una secuencia entre varias personas y que se adaptan a sus relaciones interpersonales, incluyendo al terapeuta (Madanes, 1984). Se considera que el síntoma cumple una función en el sistema que debe ser reconocida.

**Incongruencias jerárquicas:** Éstas ocurren cuando dos jerarquías diferentes se presentan simultáneamente (Madanes, 1984). Por ejemplo, los miembros de una pareja son al mismo tiempo superiores e inferiores al otro, lo cual crea una incongruencia que buscará resolverse por medio de los síntomas presentados.

**Coaliciones:** Alianza en contra de un tercer miembro excluido. Es inapropiada al traspasar los límites intergeneracionales, como cuando un padre se une al hijo contra el otro padre (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

**Conflictos bigeneracionales y trigeneracionales:** Son conflictos creados por coaliciones intergeneracionales (Haley, 2002).

**Pautas:** Son abstracciones que señalan cómo están organizadas la conducta y el pensamiento de la persona (O'Hanlon, 1993). Las pautas rígidas fomentan la patología.

**Control de la relación.** Siempre se busca definir el tipo de relación que prevalecerá y esto se hace por medio de la comunicación digital y la analógica (Haley, 2002).

**Relación simétrica, complementaria o metacomplementaria:** Son tipos de relación que se refieren a la forma de definir el poder y la jerarquía. En la relación simétrica se intercambia

el mismo tipo de conducta y ambos toman la iniciativa. En la relación complementaria se intercambian diferentes conductas, hay una posición inferior y el otro es quien toma la iniciativa. En la relación metacomplementaria uno permite o fuerza al otro a realizar conductas que definan la relación en cierta forma (Haley, 2002).

**Comunicación digital y analógica.** La comunicación digital es aquella donde cada mensaje se refiere a una sola cosa y no incluye otros mensajes. La analógica se refiere al tipo de mensajes que engloban múltiples referentes. Cada mensaje comunica el mensaje y además establece un contexto para el mismo (Haley, 2002).

**Comunicación metafórica.** La terapia se centra en la comunicación que expresa analogías entre una cosa y otra (Madanes, 2004). Cumple varias funciones: a) comunicar, b) desplazar frustración o enojo de una relación a otra menos amenazante, c) fomentar las relaciones íntimas y el apego interpersonal.

**Cambio:** El cambio terapéutico se relaciona con el modo en que el terapeuta interviene en la familia y no con insights (Haley, 2002). La teoría del cambio se basa en el impacto interpersonal del terapeuta, incluye la formulación de directrices que originen cambios conductuales y pone énfasis en la comunicación metafórica. El cambio se da en etapas que lleven a reconocer que todos en el sistema participan para mantener el problema.

Para intervenir en el sistema familiar se evalúa la jerarquía, el poder, la comunicación y las coaliciones presentes en la familia; y se observa cómo se conectan con los síntomas presentados. Se busca modificar jerarquías incongruentes o confusas que den como resultado luchas de poder y problemas en la adaptación al ciclo vital de la familia.

## **ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.**

Haley (2002) estableció que la primera entrevista tiene cuatro etapas:

- 1.- *Etapas social:* Se obtiene información sobre la familia y se observa el estado de ánimo y el tipo de relaciones entre los miembros.
- 2.- *Planteamiento del problema:* Se pregunta por el problema y demanda terapéutica (Ochoa, 1995). Se pregunta también qué han hecho para solucionarlo. Se considera la etapa del ciclo vital en la que se encuentran para enmarcar el síntoma.
- 3.- *Interacción familiar:* Se crean hipótesis sobre cuál es la función del síntoma en ese sistema para lo que se pregunta cómo se organiza cada uno alrededor del síntoma.
- 4.- *Definición de objetivos o metas:* Se deben negociar objetivos alcanzables.

La intervención requiere diseñar una estrategia que modifique las estructuras de organización inadecuadas, incida en las pautas de interacción disfuncionales y logre que el síntoma ya no sea funcional para los miembros.

Madanes (1984) señaló que la terapia se programa en etapas: 1) definir los problemas abarcando dos o tres personas e investigar de qué manera está involucrado quién. 2) Buscar cómo intervenir en la organización familiar y que el problema ya no sea necesario. 3) Planear el cambio en etapas que involucren o desinvolucren a varios miembros entre sí.

## **Tipos de intervenciones:**

Papp (1988) estableció que hay 3 tipos de intervenciones según la finalidad que prosiguen:

**1.-Intervención directa basada en el cumplimiento:** Son tareas para seguirse de manera literal. Se pide que se deje de hacer lo que se ha hecho o que se haga algo diferente. Buscan cambiar reglas y roles de la familia. Se busca modificar la secuencia inadecuada y después negociar nuevos hábitos. También incluyen las *intervenciones metafóricas* que usan analogías para la actividad problemática. Buscan que los pacientes hagan algo que parezca espontáneo porque no tienen en su conciencia haber recibido una consigna para hacerlo.

**2.- Intervenciones paradójicas basadas en la oposición.** Se ofrece en forma simultánea un doble mensaje, uno transmite que sería bueno cambiar y otro que no. Estas intervenciones relacionan el síntoma con la función que cumple en el sistema. Los pasos a seguir son: 1) redefinir la conducta como gesto afectuoso para preservar la estabilidad familiar. 2) prescripción breve, concisa e *inaceptable* y 3) restricción del cambio.

**3.- Inversiones basadas en el cumplimiento y la oposición.** El terapeuta lleva a algún miembro de la familia a invertir su conducta para desencadenar una respuesta paradójica en otro miembro. Se busca que el otro cambie su posición rígida y adopte una postura opuesta.

Haley (1983) mencionó técnicas para enfrentar las resistencias del paciente ante el cambio:

**Aliento de la resistencia:** Se acepta y redefine la resistencia como una conducta cooperativa y una vez que el sujeto está *cooperando* se le desvía hacia una nueva conducta.

**Ofrecer una alternativa peor:** Erickson dirigía al paciente en un sentido pero de manera que en realidad lo alentaba a ir en otro. Una forma es ofrecer una alternativa peor para que el sujeto elija la respuesta deseada, otra es usar una amenaza que induzca al cambio.

**Determinación de un cambio mediante comunicaciones metafóricas:** Si el sujeto se resiste a A, el terapeuta puede hablar de B, si A y B son relacionados en forma metafórica, el sujeto hará “espontáneamente” la conexión y responderá adecuadamente.

**Aliento de una recaída:** Si un paciente está mejorando con rapidez o es excesivamente cooperativo y no queda claro quién está a cargo, se le pide que resista, que no coopere y que fracase en el intento.

**Frustración de una respuesta para alentarla:** Se le indica al sujeto una manera de comportarse y cuando comience a cumplirla, el terapeuta la corta y pasa a otra área. Cuando el terapeuta lo retome, el sujeto responderá mejor porque ya ha sido frustrado.

**Empleo del espacio y la posición:** Cambiar la ubicación espacial de los miembros puede cambiar la conducta de unos hacia otros. Se define a la persona en términos de su posición y luego se altera su posición. Si un paciente opone resistencia, se la localizará en un lugar (en esa silla usted siente...) y luego se le cambia de lugar para que deje la resistencia.

**Énfasis en lo positivo:** Para alentar el cambio y liberar los recursos en el inconsciente, el terapeuta redefine como positivo cualquier aspecto aprovechable de lo que la gente hace.

**Siembra de ideas:** Se siembran ciertas ideas para que más tarde se logre una determinada respuesta. Se introducen elementos nuevos pero bajo un marco referencial que los conecte.

**Ampliación de una desviación:** Los pequeños cambios se ampliarán hasta lograr la meta.

**Amnesia y control de la información:** Se organiza lo que se va a decir y cómo hacerlo. El terapeuta estimula partes de la familia, controlando cómo se distribuye la información entre ellos y lo que conocen conscientemente.

**Tareas paradójicas.** Se siguen 8 pasos: 1) Establecer que la relación tenderá al cambio. 2) Definir el problema. 3) Fijar objetivos claros. 4) Ofrecer un plan. 5) Descalificar al *experto favorito*. 6) Impartir la directiva paradójica. 7) Observar la reacción y alentar el comportamiento usual. 8) Lograr que el éxito no se atribuya al terapeuta.

Madanes (2004) propuso 4 niveles de interacción familiar e incluye metáforas que la familia puede usar para describir su situación y metáforas terapéuticas para ayudarlos.

Nivel	Metáforas familiares	Metáforas terapéuticas.	Pasos.
<b>Dominar y controlar.</b>	Crimen y castigo.	Tregua y reparación.	Se corrige la jerarquía, se fomentan negociaciones, se cambian los beneficios y se imparten rituales y ordañas.
<b>Ser amado.</b>	Lucha, dolor y vacío interior.	Metáforas lúdicas o de fingimiento.	Se cambia la forma de involucración parental, se prescribe el síntoma y se prescribe el acto simbólico.
<b>Amar y proteger.</b>	Muerte, agotamiento, pérdida de control	Unión, amor y felicidad.	Se reúne a la familia, se cambia quién es solicitado con quién, se invierte la jerarquía, y se promueven buenas obras y momentos memorables.
<b>Arrepentirse y perdonar.</b>	Ignorancia, falta de conciencia, empatía y responsabilidad	Espiritualidad, unión, compasión.	Se crea un marco positivo, se encuentra un protector, se induce al arrepentimiento y a la reparación; y se suscita compasión y unidad.

Haley (2002) señaló estas técnicas para el problema de una triada problemática:

1) *Usar a la persona periférica.* Primero se desarrolla una actividad que compartan padre, hijo y terapeuta; lo que hará que la madre busque al padre. En la segunda etapa el foco se pone en la relación entre los padres y el hijo queda fuera. Finalmente el terapeuta se desplaza dejando a los padres unidos y al hijo unido a sus pares.

2) *Uso de tareas.* Se busca que la madre desarrolle una actividad diferente a vigilar al niño mientras se programa una actividad natural para éste. Otra forma es impartir una tarea que por el modo en que está planteada rompe la relación. Se hace que la madre vigile si se presentaron los síntomas y en ese caso que imparta un castigo benevolente.

3) *Intensificar la relación de los padres.* Después de obtener mejorías en el problema del niño, se vuelve el foco hacia la interacción conyugal. Se rompe una díada demasiado estrecha (padre/ hijo) pasando a una relación aún más estrecha entre los padres.

Los síntomas en los niños pueden ser metáforas de la interacción problemática entre los padres (Madanes, 1984). Hay 3 formas de lograr que abandonen el síntoma:

1) *Cambiar la acción metafórica.* Se cambia la conducta problema reemplazando el síntoma por otra acción que cumpla una función positiva sin los mismos costos.

2) *Suministro de una metáfora para el éxito en lugar del fracaso.* Los síntomas de los hijos se toman como fracasos de los padres, por lo que se le dan a los hijos nuevas conductas que se convierten en metáforas de los éxitos de los padres.

3) *Cambio de la solución metafórica.* Se cambia la conducta problema para que sus consecuencias se vuelvan un sacrificio y ya no cumpla con su función para cada miembro.

## **CONSIDERACIONES FINALES.**

Esta terapia se diseña con base en el problema presentado, por eso se puede usar para cualquier tipo de problemas presentados por familias de todas las clases sociales (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Seelig, Goldman- Hall y Jerrell (citados en Galicia, 2004) señalaron que las ideas de Haley son especialmente útiles con familias con adolescentes problemáticos, familias caóticas o en familias con miembros delincuentes.

Las aportaciones que me dejó este modelo son: a) la relevancia de estudiar las características de cada caso, b) la comprensión de cómo se desarrolla la lucha por el poder y cómo ésta favorece el surgimiento de síntomas, c) la relevancia de la *acción* enfocada al cambio, d) la ventaja de sistematizar las etapas del proceso y e) la descripción de problemas en contextos interinstitucionales causados por jerarquías incongruentes.

Por otro lado, Papp (1988) alertó que las intervenciones paradójicas no deben ser usadas en situaciones de crisis por violencia, intentos de suicidio, pérdidas de empleo o embarazos no deseados; pues requieren que el paciente retome el control con prontitud.

Se acusa al modelo de ser manipulador, pero Erickson creía que las personas tienen dentro de sí las capacidades para superar sus problemas, por lo que mediante las intervenciones lo que se busca es que estas capacidades emerjan y se usen en la dirección del cambio deseado por el paciente (O'Hanlon, 1993). Otra crítica común que se le hace al modelo es que logra cambios superficiales (González, 2004). Pero al cambiar un pequeño aspecto de la situación del paciente se modificaran otros aspectos por efecto de bola de nieve. Además es un enfoque al cual se puede regresar para tratar otros asuntos.

## MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN LOS PROBLEMAS O MODELO DEL MRI.

Como ya no se acordaba de la visita del hombre gris, debería de haberse preguntado en serio a dónde iba a parar su tiempo. Pero esta pregunta nunca se la hacía, al igual que todos los demás ahorradores del tiempo. Había en él una especie de obsesión ciega. Y si alguna vez se daba cuenta de que sus días se volvían más y más cortos, ahorraba con mayor obsesión (Ende, 1999, p.71).

### ANTECEDENTES.

\* El *MRI* fue fundado por Don Jackson en 1959. Además de él, en este instituto trabajaron Haley, Satir, Watzlawick y Weakland entre otros (Sánchez y Gutiérrez, 2000). De aquí surge la Teoría de la Comunicación Humana, según la cual, toda comunicación involucra usar clases y categorías. De acuerdo a ésta, cuando aparecen síntomas (o problemas) de clasificación en la comunicación, se generan las paradojas (Espinoza, 2004).

El MRI subrayó la importancia de las paradojas en la patología y en la curación, desarrollando el llamado “doble vínculo terapéutico”. El terapeuta puede intervenir en la terapia proponiendo paradojas irresolubles y así orientar al paciente para que salga de las paradojas y doble vínculo en el que se encuentra atrapado (Bertrando y Toffanetti, 2004).

\* Más tarde surgió el *proyecto de terapia breve* con la colaboración de Watzlawick, Fisch, Weakland y Bodin. Este modelo evolucionó a partir de la obra de Erickson en combinación con la teoría general de los sistemas (De Shazer, 2004).

\* De *Erickson* se retomó la técnica del reencuadre y las tareas paradójicas. Un concepto clave de su obra es la utilización terapéutica, que implica usar el lenguaje del cliente, usar sus creencias y marcos referenciales, intereses y motivaciones, conducta presente, síntomas y resistencia (Cade y O’Hanlon, 1997).

\* De la *teoría de los sistemas* se retomó el foco en la interacción interpersonal.

\* *La epistemología constructivista y los análisis de Bateson*. Del constructivismo se asumió que la realidad es algo que las familias construyen y está en constante evolución. Por eso en la terapia no se ocupa de la realidad “verdadera”, sino de la experiencia de los clientes y sus percepciones. Del grupo de Bateson se subrayó la idea de que existe una relación recursiva entre significado y acción. Si cambia la visión respecto al problema cambiará la conducta del cliente (Espinoza, 2004).

\* El trabajo de *Wiener* sobre cibernética y el trabajo de *Shannon* y *Weaver* sobre intercambio y flujo de la comunicación también influyeron en el modelo (Cade y O’ Hanlon, 1997).

Surgieron dos enfoques según el modo en que se usa la información:

Modelos estratégicos.	Enfoques de terapia breve.
Se interesan en el modo en que las secuencias repetitivas expresan la forma (información sobre una jerarquía disfuncional en la familia) para trazar el mapa de organización familiar	Analizan los síntomas, las ideas y secuencias repetitivas alrededor de ellas como explicación suficiente, como el del MRI.

## **PRINCIPALES EXPONENTES.**

Sus principales exponentes fueron Watzlawick, Fisch, Weakland y Don Jackson.

## **PREMISAS FUNDAMENTALES.**

Este modelo tenía 3 objetivos: a) encontrar un medio rápido y eficaz para resolver los problemas de los clientes, b) transformar la terapia en una tarea fácilmente enseñable y c) estudiar el proceso del cambio en los sistemas humanos (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Según Watzlawick (2004, p. 87.), la técnica del MRI se basa “en introducir en la situación problema incidentes casuales cuidadosamente planeados que le imprimen un significado nuevo y diferente (...)”. El cliente cambia su forma de ver su problema y deja de considerarlo como tal. Concordaba con De Shazer (2004), quien agregó que el cliente comienza a dudar que éste ocurra siempre, abriéndose así una puerta hacia el cambio.

La terapia breve tiene un tiempo limitado a 10 sesiones por problema y tiene como ventajas la “sencillez, concreción y reducción al máximo de presupuestos e inferencias” (Fisch, Weakland, y Segal, 1985, p. 29). Es una terapia centrada en el presente. Sólo se trabaja con un problema por tratamiento, que probablemente alentará otros cambios (Espinoza, 2004).

Sánchez y Gutiérrez (2000) enlistaron que en la terapia breve busca: a) Identificar al miembro más motivado para la entrevista y acordar con él la primera sesión, b) reunir la mejor cantidad de información sobre el problema y posible solución, c) establecer objetivos específicos, d) realizar un plan que involucre cambios benévolos, e) interrumpir el ciclo de intentos de solución, f) valorar si el tratamiento fue eficaz, y g) terminar el tratamiento.

## **OBJETIVOS.**

Para Fisch, Weakland y Segal (1985), el objetivo es usar las técnicas del cambio para crear los mínimos cambios necesarios que permitan romper el círculo vicioso de la solución intentada y llegar a un cambio de tipo dos.

**5 ideas principales.** Fisch y Schlanger (2002) mencionaron que:

- 1) *Si no hay queja no hay problema.* Sólo se toma en consideración lo que el cliente considera que es un problema, así que se pregunta: ¿cuál es el problema que lo trajo aquí?
- 2) *La solución intentada forma parte del problema.* Los problemas persisten debido a que las personas insisten en una misma solución para tratar de resolverlos (Fisch y Schlanger, 2002). Se busca que la persona deje de hacer lo que habitualmente hace, para lo que se usan las tareas paradójicas o prescripciones del síntoma (Beyebach, 2006).
- 3) *La interacción es básica.* Al estudiar los problemas se toma en consideración a todos los sujetos envueltos en la interacción (y no sólo al paciente identificado); esto incluye a los terapeutas.

4) *El cambio favorece más cambios.* Si la persona deja la solución intentada, esto la animará a desviarse aún más de la solución intentada y el cambio se volverá un efecto de bola de nieve.

5) *Una descripción, no un diagnóstico.* Tener una descripción del problema (y no un diagnóstico) ayuda a ampliar el panorama pues se obtiene una visión del contexto en que suceden los problemas y se favorece la creencia de que es posible el cambio.

**El problema:** Es una conducta presente indeseada que se realiza repetidamente, y debe identificarse claramente en terapia. Se considera que la conducta de una persona influye y estructura la de otra persona, y si esto ocurre de manera repetida se crearan pautas repetitivas de interacción. Por eso es importante tomar en cuenta el contexto en el que ocurre la conducta (Fisch, Weakland y Segal, 1985).

Encarar una dificultad cotidiana se vuelve un problema cuando: se hace frente de forma errónea a la dificultad, y cuando ésta forma de solución no funciona y se aplica una dosis más alta de la misma solución. Esto queda potenciado mediante un círculo vicioso.

**Cambio:** Watzlawick, Weakland y Fisch (1999) diferenciaron dos tipos de cambio. El cambio tipo 1 es aquello que conduce a más de lo mismo. El cambio de tipo 2 involucra un cambio que permite identificar e influir en las pautas de interacción que configuran la realidad de las personas. Es un cambio que trasciende su sistema de referencia.

Para ellos, hay varias formas de hacer que una dificultad se haga problema: a) negar un problema real y no actuar, b) buscar un cambio cuando hay un problema que no puede ser modificado o no existe y c) equivocarse en la tipificación lógica del cambio que se requiere. Cambios de conducta cuando se requieren cambios de actitud o de resignificación y viceversa.

Hay otros tres modos equivocados, de acuerdo a los autores, de encuadrar mal el cambio (Espinoza, 2004). La política de avestruz se refiere a restarle importancia o en definitiva negar un problema. Otro problema surge cuando se considera que es posible encontrar una solución única y absoluta. Un último problema son las paradojas como buscar sometimiento y aceptación, o forzar procesos naturales para que ocurran espontáneamente.

**Realidad:** Watzlawick (2000a) diferenció entre dos niveles de percepción de la realidad. La realidad de segundo orden se refiere a los significados y valores que otorgamos a aquello que percibimos. La psicoterapia no se ocupa de la realidad tal como es, sino de la reestructuración de la visión del mundo del paciente, lo que permite la construcción de otra realidad clínica (otra invención pero más útil y menos dolorosa).

## **TÉCNICAS TERAPÉUTICAS.**

**Reestructuración.** Es un cambio en el fondo o visión según la cual se experimenta una situación. Este cambio involucra poner la situación dentro de otro marco que se adapte mejor a los hechos y así cambiar su significado (Watzlawick, 2000b). La reestructuración se plantea usando un lenguaje empático con el paciente y con su forma de concebir el mundo,

que es una realidad de segundo orden. Después de la reestructuración, será más difícil recaer en la desesperanza Watzlawick, Weakland, y Fisch (1999).

**Técnicas para modificar significados.** Beyebach (2006) enumeró algunas formas de cambiar significados asociados a la conducta problema, entre ellas:

- Cambiar la valencia de una conducta. Si algo se considera positivo cambiar su valoración a negativo o viceversa.
- Asignar un significado absurdo a una conducta o a parte de la misma, bromear.
- Atribuir a la conducta un significado incompatible con la postura del cliente.
- Atribuir efectos positivos a la conducta problema.
- Asumir motivaciones positivas o benevolentes detrás de la conducta del cliente.
- Normalización de la conducta problema.

**Otras técnicas:** Ochoa (1995) agregó las técnicas de: a) tareas directas, b) tareas paradójicas, c) intervenciones metafóricas, d) ordalías, consecuencias peores si no cumplen con la tarea y e) técnicas hipnóticas que refuercen las intervenciones metafóricas.

**Cómo abreviar la terapia:** Fisch, Weakland y Segal (1985) establecieron que para lograrlo se debe aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta. Esto requiere que el terapeuta sea sensible al ritmo adecuado para plantear sus intervenciones de manera que se hayan comprobado primero las opiniones del cliente y así dar pequeños pasos efectivos y cambiar de rumbo si es necesario. Ayuda que el terapeuta se tome el tiempo que necesite para elaborar sus intervenciones sin sentirse presionado para actuar. También es útil usar un lenguaje condicional para no asumir una postura concreta antes de tener información y tiempo suficientes para saber hacia dónde quiere ir. El cliente debe concretar lo que espera y sus objetivos en terapia. El terapeuta debe tomar una postura igualitaria que facilite que el paciente le comunique información estratégica. Una última estrategia es conservar la posibilidad de dar sesiones individuales o conjuntas, ya que bajo este enfoque, se considera que el cambio en uno incide directamente en el sistema en que está inserto.

**La postura del cliente:** Fisch, Weakland y Segal (1985) recomendaron que se observe cuál es la postura del cliente con respecto al problema. ¿Considera que es urgente el cambio o puede vivir con el problema? ¿Tiene grandes expectativas o se muestra pesimista? ¿Es receptor pasivo, toma a su cargo el tratamiento o busca ayuda a través de actividad recíproca? Todas estas preguntas ayudan a plantear la estrategia de tratamiento, evitar resistencias y motivar la colaboración del paciente.

### **Proceso del tratamiento.**

El **plan terapéutico** involucra que se establezcan claramente el problema y la solución intentada. Con base en esto se decide qué se va a evitar y se elabora un enfoque estratégico (que generalmente involucra un cambio de 180°) con tácticas concretas dentro de un contexto que favorezca la aceptación de las intervenciones (Fisch, Weakland y Segal, 1985). También debe establecerse el marco de referencia con el que el cliente conceptualiza sus problemas y las soluciones intentadas (Keeney y Ross, 2007).

Watzlawick, Weakland y Fisch (1999) establecieron cuatro etapas del proceso:

- Definición del problema, usando términos concretos.
- Averiguar soluciones intentadas.
- Definir claramente el cambio a realizar con un límite de tiempo para el cambio.
- Hacer un plan y reflexionar sobre cómo presentarlo para que el cliente lo acepte.

**Encuadre y entrevista inicial:** Desde la primera llamada por teléfono se fija el marco de tratamiento (Fisch, Weakland y Segal, 1985). En ésta se pueden dar situaciones para las que hay que estar preparados, como el caso en que pidan una cita para una tercera persona, quieran usar información procedente de un terapeuta anterior, busquen terapia por teléfono o asesoramiento familiar, o pidan un tratamiento en específico.

En la entrevista inicial se busca información sobre la naturaleza de la enfermedad, cómo la enfrenta, cuáles son sus objetivos y cuál es la actitud y lenguaje del paciente. El éxito terapéutico se observará si el paciente expresa satisfacción con el tratamiento (cambió su conducta o su evaluación del problema), o si hay una conducta observada incompatible con el problema. Se utiliza un contrato terapéutico en el que haya un compromiso sobre los cambios deseados, la duración del tratamiento y en dónde serán las sesiones.

Después se organiza la información para percibir cómo se construyen las complementariedades recursivas entre problema y solución intentada. Se busca cambiar el marco cognitivo que conecta ambas cosas dentro de una pauta (Keeney y Ross, 2007).

La comunicación que el cliente expone se acepta y se le devuelve como retroalimentación para que se cree un cambio adaptativo. En cada sesión se evalúa si se ha alcanzado la meta y en qué medida. Entonces, se diseñan intervenciones para modificar la clase de soluciones intentadas por el cliente. Esto aborda cambiar el marco de referencia cognitivo del cliente por medio de reenmarcamientos con asignación de tareas y evaluación de la meta.

## INTERVENCIONES.

Fisch, Weakland y Segal (1985) establecieron dos tipos de intervenciones: las **generales** que se usan en cualquier momento de la terapia y se aplican en una amplia gama de problemas, y las **principales**, que se usan después de haber conseguido información para integrar el plan específico para la situación concreta.

<b>Generales:</b>	<b>Principales:</b>
<i>No apresurarse.</i> Se le pide al paciente que no se apresure a cambiar, ya que ha exagerado sus esfuerzos por solucionar su problema y es más probable que abandone esos esfuerzos si se le dice que el éxito depende de que avance con lentitud.	<i>El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.</i> Se le pide que renuncie a esa conducta pidiéndole que realice una conducta incompatible con la primera.
<i>Los peligros de una mejoría.</i> Se le pregunta al paciente cuáles serían los peligros de mejorar. El terapeuta puede exponer inconvenientes y sugerir que seguro habrá otros.	<i>El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.</i> Se buscan explicaciones y directrices que expongan al paciente con la tarea al tiempo que se le exige un no dominio (o disminuir de su dominio).
<i>Un cambio de dirección.</i> Si el terapeuta hará un cambio de estrategia que puede ser de 180°; se	<i>El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.</i> Se busca que el paciente asuma una posición

ofrece una explicación que favorezca la receptividad del paciente a este cambio.	de inferioridad y que crea seguir teniendo una posición de autoridad.
<i>Cómo empeorar el problema.</i> Consiste en explicar todo lo que ha hecho el paciente para resolver su problema y establecer que en realidad sirve para empeorarlo. No se le dice al paciente qué hacer, sólo se implica en el mensaje.	<i>El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.</i> Se redefine la benevolencia (peticiones indirectas) como algo inconscientemente dañino y las peticiones directas como benéficas. Se busca que la persona pida directamente.
	<i>La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.</i> La única forma de que el acusador entienda su error consiste en que el defensor acepte las acusaciones, sobretodo si lo hace en un grado obviamente absurdo.

## CONSIDERACIONES FINALES.

La duración de este modelo lo hace sensible a los problemas que aquejan los sistemas de salud en México, que no siempre se dan abasto con toda la población que lo solicita. Además, las técnicas que usa para favorecer la cooperación del cliente y evitar las resistencias, hacen que el cliente participe en el cambio y no sea sólo un participante pasivo. Las técnicas para el reencuadre de los problemas favorecen un cambio de tipo 2 y ayudan a romper con círculos viciosos que tengan atrapado al paciente.

El foco en los intentos de solución ayuda a que la terapia no se estanque en el pasado inamovible, sino que se pueda intentar soluciones nuevas y abrirse al cambio. Además modifica el interés principal de la terapia, pues ya no se centra en una conducta aislada defectuosa, sino en pautas de interacción modificables.

Sin embargo este enfoque supone que el cliente tiene la razón. Pero se debe estar alerta a aquellos problemas donde esté en peligro la integridad de un integrante de la familia como en los casos de violencia intrafamiliar (Beyebach, 2006). En estos casos aunque la familia considere que no tiene problemas, sí es responsabilidad del terapeuta intervenir.

Cade y O' Hanlon (1997) alertaron que las actitudes y valores básicos de prudencia, integridad, respeto, comprensión y validación; siguen siendo el foco en el que debemos situarnos, más allá de las brillantes técnicas que el terapeuta pueda usar.

## **MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES.**

Entonces ordenó el rey: "Traedme una espada." Presentaron la espada al rey y éste sentenció: "Cortad al niño vivo en dos partes y dad mitad a una y mitad a otra." A la mujer de quien era el niño vivo se le conmovieron las entrañas por su hijo y replicó al rey: "Por favor, mi señor, que le den a ella el niño vivo, pero matarlo, ¡no!, ¡no lo matéis!" Mientras, la otra decía: "Ni para mí ni para ti: ¡que lo corten!" Sentenció entonces el rey: "Entregadle a ella el niño vivo, ¡no lo matéis! Ella es su madre" (1Rey 3, 24-27).

## ANTECEDENTES.

- *El trabajo de Erickson.* De Shazer (1989) retomó el aceptar la cosmogonía de la persona y sus pautas de conducta; y luego se le ayuda a que use esos mismos recursos de nuevas maneras. Cade y O'Hanlon (1997) detallaron que se usa el lenguaje del cliente, sus

creencias y marcos referenciales, intereses y motivaciones, conducta presente, síntomas y resistencia. O' Hanlon (1993) agregó que Erickson se orientaba no hacia el problema sino hacia las soluciones y fuerzas existentes en el presente o desarrollables en el futuro, lo que también describe la postura de la TBS.

- *El análisis de Bateson.* De Shazer (1989) explicó que se retomó de Bateson la teoría binocular del cambio, que habla de que *la diferencia que hace la diferencia* se crea al unir la visión del cliente con un nuevo encuadre; y esto inicia el proceso de cambio. Espinoza (2004) usó del trabajo de Bateson, la relación recursiva entre significado y acción. Si el cliente cambia su visión respecto al problema, cambiará su conducta.
- *El pensamiento constructivista.* Se considera que el conocimiento es una construcción social hecha a través del lenguaje, el cual no representa la realidad sino que tiene una acción constructora (Tarragona, 2006). Esta construcción es una co-creación que involucra la participación activa tanto del terapeuta como del cliente.
- *El modelo de terapia del MRI* fue la base a partir de la que de Shazer desarrolló su modelo. Este modelo tenía tres objetivos: solucionar de manera rápida y eficaz los problemas de las familias; modificar la terapia en algo comprensible y aplicable por otros; y estudiar los cambios en los sistemas familiares (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

## **PRINCIPALES EXPONENTES.**

El iniciador de este modelo es Steve de Shazer, quien lo desarrolló en 1978 en el centro de Milwaukee de Terapia Familiar Breve (Ochoa, 1995). Se basó en el modelo del MRI pero se diferenció de éste al focalizar sobre las excepciones, los recursos y al dejar de tomar en cuenta el concepto de la "resistencia". En este centro trabajó con Gingerich, Molnar e Insoo Kim Berg (Bertrando y Toffanetti, 2004).

O' Hanlon y Weiner- Davis (1990) siguieron trabajando sobre el modelo e integrando distintas ideas a éste de manera que ha ido evolucionando. Ellos llaman a su trabajo: Terapia Orientada a las Soluciones.

## **PRINCIPIOS BÁSICOS.**

**El sujeto:** O' Hanlon y Weiner- Davis (1990) creían que el cliente ya tiene dentro de sí mismo los recursos necesarios para realizar los cambios que desea y sólo necesita a alguien que le ayude a acceder a ellos. Tarragona (2006) mencionó que el cliente es visto como experto de su propia vida, por lo que el proceso parte de la definición del cliente de su problema y es él quien evalúa cuándo ya ha sido alcanzado.

**El problema:** Los problemas son construcciones hechas a partir del lenguaje que plantean una visión del mundo que genera aquellas conductas o acciones que el cliente considera como un problema (Tarragona, 2006). Por eso nos interesan los marcos de referencia en los que los clientes sitúan su problema; esto es cómo llegan a concebirlo como un problema (De Shazer, 1986). También se pregunta por las circunstancias y eventos que suceden cuando

ocurre el problema. Bertrando y Toffanetti (2004) concluyeron que para que se dé el cambio es necesario que el cliente actúe o vea las cosas en forma diferente.

Lipchik (2005), aclaró que los problemas no necesariamente tienen que ver con las soluciones ni con las metas. Definió que la solución será cualquier cosa que para los clientes modifique su situación y la haga menos problemática. También Bertrando y Toffanetti (2004) señalaron que la idea fundamental de este modelo es que el proceso terapéutico no es diagnóstico sino puramente curativo ya que lo importante no es identificar problemas sino hallar soluciones que no necesariamente coinciden con los problemas.

**El cambio:** O' Hanlon y Weiner- Davis (1990) desarrollaron una serie de presupuestos que generan una teoría distinta a las terapias tradicionales sobre el cambio. Mencionan que: a) para el cambio no es necesaria la conciencia o el insight; b) los clientes no se resisten al cambio; c) los cambios reales no necesariamente requieren un tiempo prolongado de terapia; d) el cambio es constante; e) el terapeuta debe identificar y ampliar el cambio; f) no se requiere saber mucho sobre la queja ni sobre su causa; g) y sólo es necesario un pequeño cambio pues éste impactará otras partes del sistema.

**El objetivo:** Consiste en ampliar las soluciones eficaces que ya se han implementado alrededor del problema y fuera de él; y subrayar lo que es satisfactorio tanto en su propia vida como en la de su familia (Ochoa, 1995). También es ayudar a que el cliente vea que el síntoma se presenta sólo en algunas ocasiones (y no es constante), lo que crea la expectativa de un futuro sin la conducta problema. O' Hanlon y Weiner- Davis (1990) señalaron que los objetivos son: a) cambiar la forma de actuar ante el problema, cambiar la forma de percibir el problema y/o evocar recursos, soluciones y capacidades para esa situación.

O' Hanlon y Weiner- Davis (1990) consideraron que la TBS:

- A) No considera que los síntomas cumplan funciones ni se centra en identificar y corregir patologías y déficit.
- B) Considera que los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
- C) Propone que los clientes son los que definen los objetivos y cuándo se alcanzan.
- D) Valora por igual diferentes puntos de vista.
- E) Se centra en lo que es modificable, lo que requiere negociar problemas solubles.

**Proceso de la sesión:** De Shazer, Kim, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, et al. (1986) usaron este formato en la primera sesión:

- 1) Introducción y encuadre.
- 2) Establecer la queja y detallar la secuencia. Preguntar quién está involucrado.
- 3) Explorar las excepciones de cuando la queja no ocurre.
- 4) Establecimiento de los objetivos de la terapia.
- 5) Definición de las soluciones potenciales. .
- 6) Pausa inter sesión.
- 7) Mensaje del equipo. Incluye elogios y pistas (sugestiones o tareas) hacia la solución.

En las siguientes sesiones, se focaliza más en los cambios que ya están ocurriendo o que están por ocurrir hacia la solución del problema. Se pueden iniciar las demás sesiones preguntando: ¿Qué ha mejorado desde que nos vimos en la última sesión?

Se observa que la evaluación y la intervención van unidas y se dan desde el inicio de la terapia. En cada sesión se pregunta cómo y cuándo terminar la terapia, lo que lleva a plantear objetivos terapéuticos para cada sesión de manera que no se posponga el cambio y en cada sesión haya un efecto terapéutico. Se trabaja tomándose el tiempo para ajustarse al tipo de relación que establece el terapeuta con cada cliente, y con la fase de cambio en la que se encuentra (Beyebach, 2006).

## **TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS.**

Las **intervenciones de fórmula** se usan para que los clientes cambien el foco hacia las cosas que sí les dan resultado y no estén centrados en la patología. Solicitan a los clientes que entre la primera y la segunda sesión observen las cosas que suceden en su vida que desean que continúen ocurriendo. También piden a una persona que haga una o dos cosas que supongan una sorpresa para los demás, a quienes les pedirán que traten de adivinar qué es lo diferente (Cade y O'Hanlon, 1997).

**Búsqueda de excepciones.** O' Hanlon y Weiner- Davis (1990) señalaron que en la TBS considera que los clientes siempre experimentan situaciones en las que el problema no ocurre (las excepciones) y esto pasa independientemente de su magnitud. Buscar las excepciones ayuda a crear la expectativa de que es posible un futuro sin la conducta problemática (Ochoa, 1985). Esto constituye un cambio en la concepción de los problemas, porque en general los clientes los describen como constantes y esto los refuerza, por lo que es importante recalcar los momentos en los que el problema no aparece para que esta percepción que mantiene el problema se modifique (De Shazer, 1985).

Para O'Hanlon y Weiner- Davis (1990), las excepciones informan sobre lo que se necesita para resolver el problema. Para averiguarlo enumeraron preguntas presuposicionales como: ¿Qué es diferente en las ocasiones en que (ocurre la excepción)? ¿Cómo conseguiste que sucediera? ¿De qué manera el que ésta pase hace que las cosas vayan de otra forma? ¿Quién más advirtió que ocurrió? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o dijo? ¿Cómo conseguiste que dejara de ocurrir el problema? ¿Cómo conseguiste que terminara? ¿Cómo es esto diferente de la forma en que lo hubieras hecho hace (una semana, mes, año)?

Beyebach (2006) trabajó las excepciones y los cambios pre- tratamiento, de la siguiente manera: se pregunta por ellos dando por supuesto que han ocurrido; se subrayan los cambios para ayudar a que éstos cobren importancia; se amplían dando un tiempo prolongado para que los clientes los desarrollen como una película detallada; se “culpabiliza” al cliente de los mismos haciendo preguntas que presupongan su participación activa; y se continúa preguntando por más cambios o excepciones.

**Elogios.** La intervención final inicia con un elogio, que ayuda al cliente a detallar las estrategias que ha usado para controlar o ayudar a desaparecer el problema y también para

hacer cosas satisfactorias para su vida (Ochoa, 1985). Se aprovecha cualquier oportunidad para felicitar al cliente si está haciendo algo que es positivo o dirigido a la solución a su problema (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Es importante que se mencione qué es lo que han estado haciendo para solucionar el problema, reafirmar que *ya empezaron* a solucionarlo. Otra forma de retroalimentación positiva es el uso de la connotación positiva, esto implica atribuir "intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990, p. 118)".

**Definición de objetivos.** Se debe ayudar a las familias a focalizar las metas para que sea más fácil discernir cuando éstas se cumplan (De Shazer, 1989). O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) concordaron en el papel activo del terapeuta para la definición de objetivos alcanzables y suficientemente concretos. Ellos resaltan que se debe empezar por pequeños pasos pues éstos llevarán a otros. Ejemplos de preguntas son: ¿Cuál será la primer señal de que las cosas van por buen camino?, ¿Qué harás diferente cuando hayas conseguido tu objetivo? Beyebach (2006) resumió que los objetivos deben: ser pequeños y alcanzables pero también relevantes, conductuales, descritos como *empezar a...* o que señalen la presencia de algo (y no la ausencia del síntoma) y que estén descritos dentro de un contexto interaccional.

**Tarea.** De Shazer (1989) afirmó que las tareas se dejan para promover el cambio por medio de la activación de nuevas pautas de comportamiento. La familia puede tener cinco formas de responder a ésta: 1) la siguió de forma literal, 2) la modificó, 3) hizo lo opuesto, 4) la hizo de forma vaga, o 5) no la hizo. Estas respuestas se consideran un mensaje acerca de la relación entre el terapeuta y la familia, lo que ayuda a decidir qué tipo de respuesta dar para cooperar con esta familia en particular. En este sentido el autor desarrolló un esquema, "el árbol de las decisiones", en el cual se enlistan las diferentes respuestas que se pueden dar a la familia de acuerdo con su estilo de cooperación.

**Escalas.** Las escalas son formas subjetivas en las que el cliente puede evaluar la intensidad de su problema, su grado de esperanza en el cambio, el progreso que ha hecho y la meta deseada (Tarragona, 2006). Principalmente sensibiliza a la idea de los cambios pequeños ya que "sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema" (O' Hanlon y Weiner- Davis, 1990, p. 52). Para plantear las escalas hay distintas fórmulas, como:

En una escala que va de cero a diez, y en el que el cero representa lo peor; y el diez corresponde a las cosas tal como serán cuando estos problemas estén resueltos, ¿dónde se situaría usted el día de hoy? (Cade y O' Hanlon, 1997, p. 122).

**Ampliar y mantener el cambio.** Si el cliente menciona que ha tenido cambios, se debe ayudar consolidarlos y generalizarlos elaborando un plan de cambios mínimos hasta la meta deseada (Ochoa, 1995). Se puede preguntar: ¿qué cosas le gustaría que continúen ocurriendo? ¿Qué cosas positivas hizo esta semana? ¿Qué tiene que hacer para que los cambios duren? ¿Hay obstáculos? ¿Cómo va a abordarlos?

**Normalizar y despatologizar.** De Shazer (1989) propuso aceptar todo lo que dice y hace la familia como algo natural y normal tomando en cuenta su situación, pues normalizar y despatologizar su conducta tranquiliza a los clientes. Se puede: A) usar frases que pongan el

problema dentro de un marco cotidiano, B) usar anécdotas de nuestra propia experiencia, C) interrumpir el relato y terminarlo con detalles provenientes del trabajo con otras personas o de nuestra experiencia en situaciones similares. También sirve adelantarse a la descripción del cliente haciendo preguntas de que dejen claro que el patrón nos es familiar, D) hacer preguntas que implícitamente sugieran que puede haber explicaciones distintas (ciclo vital, duelo, otras motivaciones benévolas) y E) hacer que los clientes (o uno mismo) elaboren una receta para *crear* el problema.

**Regreso al futuro. Preguntas de avance rápido.** Son preguntas que buscan que los clientes se muevan en el tiempo hacia un momento en el que ya no está el problema; y se les pide que lo describan (O' Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Una de las formas de éstas técnicas es "la pregunta del milagro". Cuando se usan las preguntas orientadas al futuro se completan con preguntas dirigidas a los cambios que se suscitaron como consecuencia.

Cade y O'Hanlon (1997) alertaron que es importante usar un lenguaje que presuponga (más que dudar) que el cambio es inevitable, así que en lugar de usar frases como ¿qué sería diferente? Se emplean frases como "¿qué otra cosa será diferente? Esto concuerda con lo que plantearon O' Hanlon y Weiner Davis (1990) sobre que si consideramos que el cambio es constante es más fácil comportarse como si el cambio fuera inevitable.

**La pregunta del Milagro.** Esta intervención es una forma útil de ayudar a las personas a centrarse en la solución y no en los problemas y ayuda a que las personas puedan responder a las metas como realidades ya logradas (O'Hanlon y Cade, 1995). Se les dice que supongan que en la noche ha ocurrido un milagro, se despiertan y al día siguiente el problema ya está resuelto. A partir de esta consigna se usa una serie de preguntas para obtener una descripción detallada conductual de lo que ellos consideran que será diferente en su vida una vez ocurrido el milagro y así obtener una visión más clara de sus objetivos y activar el proceso para resolver los problemas (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Beyebach (2006) añadió que se pueden dejar tareas donde los clientes: por un par de días simulen que el milagro ya ha ocurrido; o que todos los días traten de hacer alguna parte del milagro y que vean qué efecto tiene eso; o se fijen en las veces en que el milagro sucede o va a suceder; o que al bañarse piense en cómo sería ese día si ya se hubiera producido y qué cosas diferentes harían; y que escojan la más pequeña y la realicen.

**Desenmarcar.** Las intervenciones dirigidas al reenmarcado, las que ayudan a las personas a salirse de las perspectivas limitantes de su capacidad para adoptar nuevas posturas y con ello resolver sus situaciones problemáticas. Estas intervenciones asocian nuevos significados a la conducta problema, o desasocian los que el cliente le ha dado a la situación particular (Cade y O' Nalón, 1997).

**Preguntar por el problema.** Si los clientes no son capaces de hablar sobre las excepciones o de contestar las preguntas a futuro, entonces hay que detenerse a recabar información sobre la queja. Lo que interesa se relaciona con: los marcos de referencia bajo los que los clientes contemplan el problema; y con las circunstancias y eventos cuando sucede el problema (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

**Intervenir sobre la pauta problemática.** Se averigua la secuencia y las circunstancias en que sucede y con base en esto se interviene para que cambie el síntoma o la pauta síntoma en cuanto a su: frecuencia/velocidad, duración, momento en que ocurre, ubicación (en el cuerpo o en el mundo), intensidad, secuencia de eventos circundantes; a fin de que se cree un corto circuito en la secuencia, o se interrumpa la secuencia, se agregue un elemento a la secuencia, se fragmente un elemento completo, se presente el síntoma sin la pauta-síntoma o viceversa, se invierta la pauta o se vincule la aparición de la pauta síntoma con otra pauta deseable pero difícil de obtener (O' Hanlon, 1993).

*Metáforas.* Las analogías pueden usarse para amplificar un mensaje pero también para transmitir mensajes de modos más indirectos. Las metáforas pueden narrarse o usarse en tareas diseñadas según el estilo de cooperación de la familia (Cade y O' Nalón, 1997).

## **CONSIDERACIONES FINALES.**

Erickson (citado en O' Hanlon, 1993), creía que los clientes tienen dentro de sí los recursos necesarios para superar sus problemas y que la terapia consiste en hacer que estas capacidades emerjan más que en enseñarle cosas a la gente. Se trata de un enfoque orientado hacia la salud y la fuerza de los clientes y me parece que ésta es una buena base para el trabajo de cualquier terapeuta, independientemente del modelo que elija.

Este modelo aporta el uso de la proyección hacia el futuro, en particular con la pregunta del milagro. Creo que el principal beneficio de esta técnica es que permite infundir esperanza en los clientes de que el cambio es posible, y esto favorece que los clientes movilicen la energía y recursos en la dirección deseada. También aporta el uso de escalas que es útil para tener una retroalimentación constante y hacer más eficaz el proceso.

Con este modelo se da un giro hacia las Terapias Postmodernas en las cuales se considera que el cliente es el experto, que hay muchas realidades posibles y válidas; y que la relación terapéutica es un elemento fundamental para que ésta se desarrolle de una manera exitosa.

La brevedad del proceso (cerca de 10 sesiones) es adecuada en la mayoría de los casos, pues se considera que un pequeño cambio puede ser suficiente para desatar la bola de nieve que se requiere para modificar al sistema. Sin embargo, en casos de violencia intrafamiliar se puede necesitar un proceso más largo para que la familia encuentre nuevos modos de interacción.

Finalmente, O' Hanlon (1995) recordó que Erickson aconsejaba a los terapeutas ser flexibles para hacer lugar a explicaciones y significados alternativos para la conducta humana. Cada modelo sólo es el punto de partida.

## MODELO DE MILÁN.

Hace quince años, en el que posiblemente siga siendo el día menos moderno de mi vida, toda la familia, nueve en total, fuimos a hacernos una foto de grupo a un estudio fotográfico. Como resultado de esa sesión tórrida e interminable, los nueve pasamos los quince años siguientes intentando valerosamente que siguiera vivo el optimismo producto de la buena alimentación, las alegres oleadas de champú y el brillo de los dientes recién lavados que la foto resultante todavía es capaz de transmitir hasta el día de hoy. (...) Este año, por el contrario, todos los miembros de la familia hemos decidido dejar de vivir a la altura de esa maldita foto y de la brillante aunque falsa promesa que representaba para nosotros, este año hemos decidido tirar la toalla y ser normales; (...) ser nosotros mismos y al diablo con los demás (Coupland, 1995, p. 189, 190).

## ANTECEDENTES.

Surgió como resultado de la evolución del trabajo realizado en el Centro para el estudio de la familia de Milán, donde se trataba a pacientes psicóticos y anoréxicas (Bertrando y Toffanetti, 2004). En 1970 el grupo se dividió, y se quedaron los principales exponentes del modelo de Milán.

\* Tomaron la tesis del libro *Pragmática de la comunicación humana*, sobre que modificar las pautas de interacción familiares tendrá un efecto sobre el problema (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003). De esta obra retoman también la coexistencia de los lenguajes analógico y digital; el concepto de secuencia en la interacción; la idea de que se requiere definir la relación, los diferentes niveles verbales y no verbales; las posiciones simétrica y complementaria y los conceptos de paradoja sintomática y paradoja terapéutica (Selvini- Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1988).

\* Retomaron las ideas del *MRI* en torno a la teoría del doble vínculo como una comunicación paradójica que se observa comúnmente en familias con pacientes esquizofrénicos. Se considera al “síntoma como un fenómeno coherente con características interaccionales específicas del grupo natural en el que aquél se verifica” (Selvini- Palazzoli et al., 1988, p. 19). Éste sólo puede ser disuelto por medio de paradojas terapéuticas, las que el grupo llamó “contraparadojas”, nuevo núcleo de la terapia (Boscolo et al., 2003).

\* La *cibernética del segundo orden*. El problema no existe de manera independiente a los sistemas observadores, en este caso los terapeutas, quienes contribuyen a definir el problema de manera recíproca y colectiva (Bertrando y Toffanetti, 2004). Boscolo y Cecchin, además de tomar en cuenta las ideas Von Foerster sobre el énfasis en el observador, el sujeto y la reflexividad; también incluyeron el pensamiento de Maturana sobre tomar en cuenta que la realidad surge a través del lenguaje mediante el consenso y cambiando el lenguaje se cambia la realidad (Bertrando y Bianciardi, 2004).

\* El grupo retomó en 1972 ideas de *Bateson* como la circularidad cibernética como metáfora de los sistemas vivos, y esto los llevó al desarrollo del cuestionamiento circular. El interés se movió hacia los sistemas de significado, a los patrones de comportamiento y a las premisas epistemológicas bajo las que opera la familia (Bertrando y Toffanetti, 2004). Penn (1982) afirmó que la perspectiva co- evolutiva que retoman de Bateson contempla: que los terapeutas no son quienes realizan los cambios en las familias, pues ninguna intervención tendrá resultados previsibles, que las familias no tendrían que seguir los patrones culturales

normativos y que las familias tienen miembros que aportan un rico repertorio de patrones a los cuales pueden recurrir (en lugar de sólo crear patología).

### **PRINCIPALES EXPONENTES.**

En la primera etapa, después de dejar atrás el psicoanálisis, el grupo quedó conformado por Selvini- Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (Rodríguez, 2004).

Posteriormente se dividieron en dos grupos, los cuales quedaron conformados, el primero por Selvini- Palazzoli y Prata; y el segundo por Boscolo y Cecchin (Sánchez y Gutiérrez, 2000). El grupo liderado por Selvini- Palazzoli siguió por la línea de la investigación, incorporando a ésta la prescripción invariable y la revelación del juego. El grupo de Boscolo y Cecchin siguió por la enseñanza, con ideas como la hipótesis, circularidad y neutralidad como base de su nuevo trabajo y con un enfoque más constructivista.

### **PREMISAS.**

Selvini- Palazzoli et al. (1988, p.13) consideraban a la familia como “un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores”. Rodríguez (2004) especificó que las familias tradicionalmente consideradas como patológicas, se rigen por reglas en las que la conducta, la comunicación y la respuesta; mantienen recursivamente estas reglas. Cambiando las reglas sobre las relaciones en la familia, la conducta sintomática desaparece.

La patología provenía del uso de una comunicación de doble vínculo. También pensaban que en las familias con miembros esquizofrénicos existía una epistemología equivocada consistente en pensar que una sola persona podía tener el control unilateralmente. Esta lucha por el poder conlleva a que cada miembro oscile entre maniobras para ganar el control y maniobras con las que lo pierden ante otro miembro que lucha por él (Boscolo et al, 2003). Ningún miembro de la familia tiene el control, el comportamiento de cada uno está determinado por el comportamiento de los otros así como del propio anterior (Penn, 1982). En realidad, el poder estaba en las reglas del juego que se han establecido con el tiempo y dentro del contexto de la familia (Selvini et al., 1988). Entonces la tarea del terapeuta es explicitar estos juegos e interrumpirlos.

Al dividirse el grupo, las ideas que manejaban empezaron a divergir considerablemente.

1) **Equipo de Selvini- Palazzoli y Prata.** Este grupo se interesó en el pasado de la familia y en los patrones transmitidos de generación en generación, los cuales crean síntomas congruentes con la situación familiar. Describieron el embrollo familiar, término que habla sobre cómo los padres perpetúan el síntoma en relación con sus hijos, primero inmiscuyéndolos en su lucha simétrica y luego descalificándolos cuando se alían al padre que parece más débil. Cuando el hijo se da cuenta de que los padres siguen aliados, se comporta de manera más disfuncional aún. Elaboraron un modelo con seis etapas en el desarrollo de la psicosis (Bertrando y Tofanetti, 2004).

2) **Equipo de Boscolo y Cecchin.** Ellos ya no consideraban que el síntoma sólo se debe a una cierta configuración familiar ya que la situación particular de cada persona es demasiado compleja para reducirla a variables observables con instrumentos terapéuticos, discurren que la terapia se convierta en una co- creación de historias alternativas y atribución de nuevos significados a la realidad compartida (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Boscolo y Cecchin tomaron la circularidad, neutralidad e hipotetización como las tres guías de su trabajo. Se conceptualizó la circularidad como: “la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de las realimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones, que él mismo exige acerca de las relaciones y por ende, de las diferencias y los cambios” (Selvini- Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1990, p. 344).

Las hipótesis debían ser sistémicas, inclusivas de todos los elementos contenidos en la situación problemática y de la forma en que se relacionan entre sí (Boscolo et al., 2003). Según ellos, construir una *hipótesis* es un proceso que involucra una evolución conjunta con la familia y se alimenta de la realimentación en la medida en que las respuestas de la familia (digitales y analógicas) modifican una hipótesis y así el terapeuta formula otra.

Primeramente se concibió la *neutralidad* como una postura según la cual el terapeuta debía adoptar diversas posiciones (en lugar de no adoptar ninguna) y “esforzarse en no ser inducido por el sistema familiar y ser capaz de actuar libremente dentro de la terapia” (Boscolo et al., 2003, p. 29). Cecchin modificó sus ideas sobre la neutralidad, ya que el terapeuta está dentro del sistema y no puede ser neutral con respecto a sí mismo (Bertrando y Bianciardi, 2004). Se redefinió la neutralidad como la creación de un estado de curiosidad en la mente del terapeuta que lo lleva a seguir explorando e inventando, lo cual lleva a más curiosidad. La curiosidad involucra un foco en los patrones que conectan (Cecchin, 1987).

Además, el grupo retomó los sistemas de sentido y busca las premisas o mitos (los cuales indican a cada uno cómo deben actuar en ese contexto) que mantienen una serie de conductas relacionadas con el problema. Se interviene sobre el mito considerando que esto modificará las pautas de conducta en la familia (Boscolo et al., 2003).

Cecchin modificó su idea de curiosidad, y habló de irreverencia, que consiste en una posición desde la que el terapeuta deja de creer que tiene el control último de la sesión y le permite incluir ideas que en un principio parecerían contradictorias (Bertrando y Toffanetti, 2004). Exaltó el uso de la creatividad y crear hipótesis más que interpretaciones.

La connotación positiva en un principio consistía en que los terapeutas aprobaban que la familia usara el síntoma, lo que podía parecer sarcasmo; entonces empezaron a señalar cuán significativo y comprensible es el síntoma dentro su contexto (Boscolo et al., 2003). Dejaron de impartir los rituales paradójicos porque dejaban a las personas sintiendo culpa y prefirieron los rituales que introducen el vínculo de interacción (directivas opuestas y simultáneas) en una secuencia de hechos. Ya no consideraron tan importante la intervención fina, pues sustituyeron el efecto esperado de ésta con el efecto de intervenir en toda la sesión mediante el cuestionamiento circular.

## ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.

El equipo estaba conformado por dos hombres y dos mujeres, de los cuales se formaban dos parejas de trabajo heterosexuales intercambiables, y una de ellas realizaba la entrevista y la otra permanecía en la cámara de observación. Ésta es otra aportación del grupo de Milán a la terapia familiar, pues la cámara se empezó a usar no sólo para evaluación, sino como parte del proceso de entrevista. Ellos pensaban que la terapia inicia desde la entrevista telefónica, a partir de la cual se obtiene información para elaborar hipótesis.

Una vez presente la familia en la sesión, el equipo dividía la misma en cinco partes:

- A) Pre sesión. Se lee la ficha de información recabada al teléfono o la minuta previa.
  - B) Sesión. Los terapeutas conducen el diálogo y observan tanto los datos concretos, como los modos familiares e individuales de dar y recibir información. Se provocan y observan interacciones familiares aunque no se comentan.
  - C) Discusión de la sesión. Los terapeutas y la pareja en la sala de observación discuten sobre la sesión y piensan cómo concluirla.
  - D) Conclusión de la sesión. Es un breve comentario o una prescripción, que se estudian para que resulten paradójicos a la familia.
  - E) Acta de la sesión. En ella se sintetiza lo más importante y se transcriben fragmentos.
- Inicialmente fijaban un número de diez sesiones con un intervalo de tiempo entre una y otra cercano a un mes porque consideraban que la prescripción o ritual final ejercía mayor impacto en el sistema si actuaban durante un tiempo prolongado.

Uno de los principios que el grupo prescribió fue la **connotación positiva**, la cual Bertrando y Toffanetti (2004, p. 2007) aclararon que “no se trata de prescribir el *síntoma* (y por lo tanto obviar al resto de la familia) sino de prescribir la configuración conjunta de la familia, privando a los síntomas de su papel privilegiado”. Boscolo et al. (2003) consideraban que el síntoma estaba al servicio de la homeostasis familiar.

Selvini- Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) mencionaron tres técnicas desarrolladas a partir de Paradoja y Contraparadoja. Estas son:

**La reformulación paradójica.** Tipo de connotación positiva en el que se pide a cada individuo que persista en su comportamiento en pro del bienestar familiar.

**Los rituales familiares.** Acciones que implícitamente sustituyen a las reglas de relación por otras nuevas. Boscolo et al. (2003) comentaron que los rituales paradójicos son aquellos en los que se le pide a la familia que dramatice la connotación positiva de un problema, es decir, el servicio que el síntoma presta a la familia. Un segundo tipo de rituales, son en los que se ofrecen dos directrices opuestas y se les pide que en los días nones actúen como si el primer mensaje fuera cierto, en los días pares actúen como si el segundo mensaje fuera cierto y se deja el séptimo día para que actúen espontáneamente.

**La regla del intervalo entre sesiones.** Selvini et al. (1999) comentaron que los sistemas requieren tiempo para desarrollar las retroalimentaciones, cambios en respuesta a las intervenciones durante las sesiones.

Selvini et al. (1988) usaron otras técnicas secundarias en el trabajo con la familia:

**De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo.** Se dice que el paciente designado intuyó que sus hermanos estaban peor que él, por lo que requerían su ayuda, que consiste en que el paciente designado con su síntoma logra que sus padres les den reconocimiento a ellos y libertad de acción.

**Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos.** Se usa cuando hay un hijo único y se busca desplazar el enojo del hijo de los padres hacia los terapeutas. Con esta intervención se excluye a los padres del comportamiento del hijo y se evita que el adolescente continúe pensando que él es responsable de mejorar la relación entre sus padres o reemplazarlos de algún modo.

**Los terapeutas aceptan sin objeciones una mejoría sospechosa.** Los terapeutas aceptan la mejoría, aún cuando parezca obedecer a motivos homeostáticos; y *agregan* que dado que no han acabado las diez sesiones, la familia puede regresar si lo necesita.

**Cómo recuperar a los ausentes.** La ausencia de uno se interpreta como resistencia familiar. Se deja pendiente la conclusión de la sesión para cuando el ausente esté o se manda la conclusión en un sobre cerrado que el ausente debe leer en presencia del resto.

**Cómo eludir la descalificación.** Se aconseja una actitud fría, analítica y alerta.

**El problema de las coaliciones negadas.** La intervención debe abarcar a toda la familia. El mensaje connota positivamente las relaciones perversas (de coalición) y de este modo resulta un mensaje paradójico e intolerable.

**Los terapeutas declaran la propia impotencia.** A pesar de la buena voluntad de la familia, los terapeutas se declaran incapaces para ayudar y se otorga una nueva cita.

**Los terapeutas se auto prescriben la paradoja extrema.** Para destruir el mensaje encerrado en la transacción esquizofrénica, *sólo pueden ayudarme siendo lo que no son*, el equipo ideó dos contraparadojas. Se explicita este mensaje contextualizándolo como algo justo y legítimo; y se menciona que deben acceder a ese pedido, y que el éxito de la terapia dependerá de que puedan llevarlo a cabo.

**Los terapeutas abandonan el rol paterno, prescribiéndolo paradójicamente a los miembros de la última generación.** Se les dice a los jóvenes que ellos estarán a cargo de sus papás ya que los terapeutas no pudieron lograr el cambio, mandando el mensaje a los padres de que ellos pueden responder como padres si así lo desean.

Ya dividido el grupo, Selvini- Palazzoli et al. (1999) crearon otra técnica: **la serie invariable de prescripciones**, que consiste en pedir a los padres que guarden el secreto sobre lo que ocurre en las sesiones y se les pide una serie de desapariciones de su casa con duración creciente sin dar aviso previo, ni contar nada al regresar, sólo deben dejar escrita la hora de su regreso. Desarrollaron un modelo en el que dividen en seis estadios la historia de la familia. Otro método que usaron es: **la revelación del juego familia**, intervención provocadora que señala a la familia el juego en el que están envueltos y por el cual la paciente no ha mejorado.

El grupo de Boscolo y Cecchin, desarrolló técnicas de intervención a partir de los principios de neutralidad, circularidad e hipotetización. Ya no se ciñeron a diez sesiones ya que Boscolo y Cecchin consideraban que cada familia y persona tienen su propio tiempo y no puede imponerseles un tiempo de antemano (Rodríguez, 2004). Además modificaron la regla de que hubiera necesariamente una pareja heterosexual dando terapia.

Cecchin (1987) definió la circularidad como un método por el cual el terapeuta desarrolla, refina o descarta hipótesis, y que ayuda a construir un contexto de curiosidad y neutralidad. Boscolo et al. (2003) consideraron que este interrogatorio tiene por objetivo detener la rotulación familiar y transformarla en un proceso interactivo en el cual los rótulos ahora describan conductas compartidas o potenciales dentro del sistema, y no la patología de uno de ellos. Las preguntas circulares recogen información para construir hipótesis y premisas relacionadas con el problema, y ayudan a insinuar un mapa familiar diferente.

Penn (1982) mencionó otro objetivo del cuestionamiento circular: buscar información sobre las diferencias en las relaciones antes y después del problema. Ella hizo una clasificación en la que refiere 9 categorías de preguntas circulares:

Categoría	Descripción.	Pregunta ejemplo.
1. Información verbal y analógica.	Se atiende a las palabras señal de la familia y se transforman en planteamientos sobre las relaciones y las diferencias en las relaciones.	¿Quién se preocupa más cuando papá se siente <i>deprimido</i> ?
2. Definición del problema.	Se pregunta por la definición del problema en el presente.	¿Cuál es el problema actual de la familia?
3. Alineación de coaliciones en el presente.	Se observa cómo están las coaliciones alrededor del problema en el presente para aceptar o descartar hipótesis.	¿Quién se molesta cuando papá se deprime? ¿Quién responde primero?
4. Una secuencia diferente	Se rastrea la secuencia de conductas de cada miembro alrededor del síntoma problema.	¿Qué hace mamá cuando papá comienza a llorar? ¿Quién acude después?
5. Preguntas de clasificación y comparación.	Se usan para validar hipótesis acerca de cambios en los patrones relacionales familiares.	¿La relación de tus papás es mejor o peor últimamente? ¿Quién es más capaz de consolar a Juan?
6. Preguntas sobre acuerdos.	Estas preguntas sirven para jerarquizar coaliciones.	¿Quién estaría de acuerdo en que Juan y Susy están más cerca que Juan y María?
7. Murmurar en presencia de otros.	Se le pide a un miembro que comente sobre la relación de otros dos en su presencia.	¿Qué opinas sobre la relación de tus padres? ¿Cómo observa la relación entre su hija y su esposo?
8. Comparación entre subsistemas.	Se delinean comparaciones entre subsistemas y dentro de los subsistemas	¿Cómo se llevarían sus abuelos con sus hijos? ¿Quién de los hijos apoyaría a su

	también.	padre si usted decidiera divorciarse?
9. Preguntas explicativas	Iluminan relaciones pasadas de la familia	¿Cómo te explicas que tu padre esté deprimido? ¿Cómo se explica que sus hijas creen que su relación está peor?

Tomm (1988) dijo que las preguntas lineares, circulares, estratégicas o reflexivas, se distinguen por su intención y no tanto por su estructura sintáctica. El autor comentó que las preguntas circulares se hacen para orientar al terapeuta sobre la situación del cliente y buscan extraer las pautas que conectan a las personas, sus ideas, acciones, sentimientos y eventos en circuitos recursivos. Las preguntas reflexivas buscan que las personas reflexionen sobre las implicaciones de sus percepciones y acciones; y contemplen otras opciones, percepciones, perspectivas y direcciones.

Él también elaboró una clasificación de preguntas reflexivas, que presento a continuación:

Categoría.	Descripción.	Ejemplo.
1. Preguntas orientadas al futuro.	Cultivar metas, explorar expectativas anticipadas, expectativas catastróficas, posibilidades hipotéticas, cocreación de un futuro con esperanza.	Si su hija continúa con su conducta, ¿cómo serán en 5 años las relaciones en la familia? Cuando él encuentre otra forma de encauzar su audacia sin robar, ¿quién lo notará primero?
2. Preguntas desde la perspectiva del observador.	Pueden dirigirse directamente a que la persona observe a otro, a una interacción interpersonal en la que participe, una interacción en la que no participe, o que se auto observe.	¿Cómo interpretaste tu despido? ¿Qué crees que Juan siente cuando piensa en que ha sido despedido? ¿Qué haces cuando Juan empieza a lamentarse por el despido?
3. Preguntas de cambio de contexto inesperado.	Se busca traer a la luz el polo opuesto (presente aunque implícito) cuando alguien se queja. No existe lo malo sin lo bueno.	¿Cuándo fue la última vez que la pasaron bien? ¿A quién le sería más difícil dejar de pelear? Si hubiera una razón para no dejar de pelear, ¿cuál sería?
4. Preguntas con sugerencia incluida.	La sugerencia debe incluirse de manera deliberada.	Si pensara que María lo regaña porque confía en su capacidad para obtener un nuevo empleo y no porque no lo quiere, ¿cómo reaccionaría?
5. Preguntas de normatividad-comparación.	Se contrasta el comportamiento de la familia con el de la norma social.	¿Creen que para ustedes está siendo más difícil la situación económica por la que atraviesa México que para otros?
6. Preguntas de distinción clarificación.	Ayudan a clarificar atribuciones causales al problema y dan luz a las inconsistencias en los intentos para corregir el problema.	¿Es mejor tener seguridad financiera aunque usted sea la principal proveedora, o negarse a trabajar para forzar a que su esposo busque empleo?
7. Preguntas que introducen hipótesis.	Las hipótesis se hacen en forma de preguntas y no abarcan todo el problema. Revelan mecanismos de defensa, necesidades básicas, motivos alternativos e hipótesis.	Cuando él no puede lidiar con el susto por no saber si podrá solo con los gastos de la familia, y en vez de demostrarlo se enoja; ¿qué podría ayudarlo a sentirse más seguro?
8. Preguntas de interrupción del proceso.	Si la entrevista está resultando demasiado conflictiva, se cambia el foco hacia el proceso de la entrevista.	¿En casa sus papás se pelean como ahorita o peor? ¿Él tendrá miedo de que usted esté enojada por lo que dijo?

## CONSIDERACIONES FINALES.

Una aportación que me dejó este modelo, es constatar que sus exponentes adoptaron una postura circular sobre su propio desarrollo. Crearon una serie de presupuestos e intervenciones, que iban poniendo en práctica con las familias. Tomaron en cuenta la información proveniente de estos casos y la incorporaron en la continua revisión que hicieron de su trabajo para modificarlo y enriquecer su modelo. Se trata de una invitación a la reflexión y a la mejora constante.

El cuestionamiento circular es la herramienta de entrevista en donde más claramente se ven aplicados los principios de Bateson relacionados con la doble descripción y la circularidad; lo que permite avanzar a la familia y los terapeutas hacia otros niveles de significado.

Las intervenciones paradójales se deben usar sólo cuando el terapeuta tenga clara la intención con que va a usarlas y estén alimentadas de una actitud de respeto hacia la familia, pues de otro modo se puede cruzar fácilmente la línea hacia las intervenciones violentas con los tiempos de la familia y a las intervenciones no – éticas que sólo están hechas para el lucimiento del terapeuta pero no para la búsqueda del bienestar de la familia. La invitación que nos hace Cecchin, es a ser respetuosos con los pacientes y curiosos e irreverentes para poder generar reflexiones creadoras de bienestar y esperanza.

## MODELO NARRATIVO

Había una vez un campesino gordo y feo  
Que se había enamorado (¿cuándo no?)  
De una princesa hermosa y rubia...  
Un día, la princesa –vaya a saber por qué–,  
Le dio un beso al feo y gordo campesino...  
Y mágicamente éste se transformó  
En un esbelto y apuesto príncipe  
(por lo menos así lo veía ella...)  
(por lo menos...así se sentía él).  
(Bucay, 2004, p.151).

## ANTECEDENTES.

Las terapias post modernas surgieron al darse un cambio en la forma de pensar de la psicoterapia que cuestionó los supuestos en los que hasta entonces se basaba. Tarragona (2006) narró que es a partir de este cuestionamiento que surgen las terapias narrativas y colaborativas. Lax (1996) resumió que el trabajo postmodernista se basa en ideas relacionadas con el texto y la narración, pone énfasis en las perspectivas dialógicas y múltiples, el autodescubrimiento, las configuraciones laterales (no jerárquicas) y en el proceso más que en los objetivos.

Algunos autores cuyos trabajos influyeron para que se diera este giro son:

\* *Bateson* (citado en White, 1994) influyó en el trabajo narrativo con sus ideas sobre la diferencia que hace la diferencia se crea al distinguir entre diferentes descripciones y no como una reacción a fuerzas, impactos o impulsos. Esta idea subraya la importancia de

incluir múltiples descripciones sobre un mismo suceso.

\* *Bruner* (1988) consideró que el lenguaje es la herramienta más poderosa para organizar la experiencia y construir realidades. Realizó un análisis o aproximación a lo literario con el cual enfatiza el carácter generativo de la narrativa. Él diferenció dos tipos de pensamiento: los argumentos, que convencen de su verdad y los relatos, que se asemejan a la vida. Estos últimos se encargan de las intenciones y acciones humanas y de las consecuencias de éstas. Los relatos se mueven en dos panoramas simultáneamente: el panorama de la acción que trata sobre los componentes de la acción, sujeto, intención, situación e instrumento; y el panorama de la conciencia en donde se trata sobre lo que sabe, piensa o siente el sujeto de la acción. Esto sentó las bases para el trabajo narrativo.

\* *Gergen* (2006a) enfatizó la importancia del carácter interrelacional (más que individual) que facilita el surgimiento de significados por medio del lenguaje. Además, mencionó que no se considera que el lenguaje describa una “realidad”, si no que se considera a éste como un relato relacional surgido dentro de un contexto específico. Señaló que la terapia construccionista toma en cuenta la transformación terapéutica de las narraciones que se producen en ella y no trata de sustituir narrativas deficientes, sino de integrar narrativas múltiples.

*Gergen* (2006b) también cuestionó la objetividad modernista y señala que cualquier intento de proclamar como verdadero un lenguaje determinado, es falso pues lo que elucidamos sobre el mundo no deriva de la naturaleza sino de una perspectiva socialmente compartida. Wittgenstein dijo (citado en *Gergen* 2006b) que las palabras no son planos de la realidad sino que cobran significado a través del intercambio social, de los juegos del lenguaje de una cultura. No se considera que haya un sujeto separado de una realidad, ni de los otros con que se relaciona. *Gergen* (2006b) invitó a que se enriquezca el discurso abriéndonos a una multiplicidad de voces y relatos.

\* *Foucault* (citado en *White*, 2002a) alertó contra los discursos que pretenden ser verdades y que llevan a que las personas sean categorizadas, cosificadas y evaluadas continuamente, lo que reprime sus acciones y sus vidas. Hay que ayudarlas a liberarse de esto para que puedan descubrir quiénes son realmente y llevar una vida conforme a lo que descubrieron, esto se hace por medio de la deconstrucción de las tecnologías de poder. Asumir esta postura política es uno de los principios en los que se basa el trabajo narrativo.

## **PRINCIPALES EXPONENTES.**

Los principales exponentes del modelo narrativo son Michael White y David Epston.

## **PRINCIPIOS BÁSICOS DEL MODELO.**

*La vida como relato o narrativa.* Los seres humanos interpretamos activamente nuestras vidas a medida que las vivimos y esto lo hacemos dentro de un contexto que posibilita la atribución de significados. *White* (2002b, p. 18) afirmó que: “vivimos a través de los relatos que tenemos sobre nuestras vidas, que estas historias en efecto moldean nuestras vidas, las

constituyen y las abrazan”. El relato proporciona un marco para interpretar nuestra experiencia, y esta interpretación es un logro en el cual tomamos parte activa.

*Historias ricas.* White (2002b) decía que no existen relatos libres de ambigüedad y contradicción y que abarquen todos los aspectos de la vida. Si incluimos estos múltiples aspectos de la realidad se amplían nuestros recursos para la creación de significados, para lo que se requiere una mediación activa de nuestra parte. Tarragona (2006) diferenció las historias delgadas que no admiten estas contradicciones, ni la complejidad de la experiencia y que son desarrolladas por alguien de fuera; de las historias ricas o densas que están llenas de detalles, conexiones y que provienen de la persona. Mientras más densa sea una historia más posibilidades abre para la persona.

*Diversidad o multiplicidad de perspectivas.* Tanto la terapia narrativa como la colaborativa tienen en común el buscar incorporar distintos puntos de vista en la terapia por medio de preguntas, equipos reflexivos, equipos *as if*, testigos internos y ceremonias de definición (Tarragona, 2006). En esto concordó Lax (1996), quien narró que los cambios hacia la Posmodernidad en la terapia han implicado que las estructuras y verdades sobre el mundo cedan paso a la pluralidad de ideas sobre el mundo.

*Conocimiento experto vs. Conocimiento local.* White (2002b) señaló que hay maneras de hablar descontextualizadas que pretenden tener estatus de verdad y que descalifican todo otro conocimiento que sí está contextualizado. Estas maneras de hablar “expertas” borran los propósitos detrás de nuestra habla, eliminan referencias personales que hayan influido en estos conocimientos, eliminan la posibilidad de cuestionarlos, desvían la atención de que nuestras actitudes son informadas por nuestra posición en el mundo, y borran cualquier registro de controversia o debate sobre estos conocimientos. Esto tiene como consecuencia que las personas expuestas a estos discursos vean restringidas sus posibles respuestas.

En cambio, valorar el conocimiento local implica interés en la vida de los clientes desde su punto de vista y su saber sobre sus problemas, soluciones y metas; lo que conlleva a adoptar una postura curiosa, respetuosa y de colaboración (Tarragona, 2006).

*Narración dominante vs. Narraciones alternativas.* La narración dominante es aquella que predomina dentro de las múltiples narraciones que los humanos se crean sobre sí mismos, los demás y las relaciones. Los relatos dominantes se constituyen comúnmente de “verdades normatizadoras” que saturan la identidad de las personas con el problema y que llevan a que las personas ignoren los acontecimientos que contradigan este relato con el resultado de que la narrativa personal se empobrece. Los relatos alternativos se conforman al trabajar sobre los acontecimientos extraordinarios y los valores y significados que para la persona representan. Se busca trabajarlos engrosándolos e hilarlos dentro de una narrativa que transforme y enriquezca la identidad personal (Suárez, 2004).

*Sistema de mantenimiento a la vida del problema.* Es necesario considerar cómo las personas organizan su vida alrededor de ciertos significados y de este modo perpetúan el problema sin desearlo (Suárez, 2004). White y Epston (1993) hablan de que el sistema de apoyo a la vida del problema involucra analizar las formas en que la familia apoya a la vida del problema.

No se trata de que el problema sea el problema, sino de la forma en que la familia se organiza alrededor del mismo, la cual puede variar.

*Agencia personal.* White y Epston (1993) la definieron como una capacidad de estar preparados para la acción. Mencionan que las personas son los protagonistas participantes de su propio mundo, un mundo en que las personas participan en forma activa con sus semejantes en la re-escritura y en el moldeado de sus vidas y acciones.

*Postura del terapeuta.* El terapeuta debe adoptar una postura descentrada pero influyente (White, citado en Tarragona, 2006). Esto quiere decir que se tiene al cliente como el centro de la atención en la terapia, pero sí se busca influir.

## **HERRAMIENTAS DE TRABAJO.**

*Reautoría.* Tarragona (2006) describió la terapia narrativa como un proceso de reescritura de las historias que constituyen la propia identidad, White (citado en Tarragona, 2006) nombró este proceso como conversaciones de reautoría. White (2002b) habló de que en el trabajo de reescritura que se practica en la terapia narrativa, se invita a las personas a participar en forma activa en un intercambio en forma de vaivén entre preguntas sobre el panorama de la acción y preguntas sobre el panorama de la conciencia. Se reflexiona por ejemplo en lo que significaron eventos del panorama de la acción y luego se determina cuál evento de este panorama describe mejor las características, motivaciones, etc. del panorama de la conciencia. El pasaje puede realizarse de forma inversa.

White (2002b) iniciaba su trabajo tratando de obtener conocimiento sobre aquello por lo que atraviesan las personas.

*Externalización.* Es un abordaje terapéutico que invita a las personas a cosificar los problemas que los oprimen (White y Epston, 1993). Estas conversaciones cuestionan que el problema sea una verdad sobre la identidad de la persona y buscan separar la identidad de la persona del problema. La externalización del problema abre la posibilidad de que las personas se consideren desde una perspectiva no saturada por el problema y puedan recuperar eventos previamente ignorados por contradecir el discurso dominante, los cuales llama “eventos extraordinarios” y así enriquecer su historia. Para hacerlo se emplean:

*Preguntas de influencia relativa.* La entrevista lleva un proceso donde se analiza la influencia relativa. En este proceso en un primer momento se analiza la influencia del problema. Se realizan preguntas que los ayuden a trazar un “mapa de la influencia del problema”, es decir, en qué medida el problema ha estado afectando su vida y sus relaciones significativas y después se describe la influencia de las personas sobre la vida de él, con qué recursos han logrado vencer al problema (White y Epston, 1993).

*Deconstrucción.* El resultado de estas conversaciones es una profundización que desenmascara el aspecto político oculto en esas “verdades”. También se logra cuando llevamos a cabo descripciones críticas del desarrollo histórico de estas ideas y prácticas en la vida de las personas o analizándolas a luz de diferentes culturas. Se busca contextualizar esas

ideas y analizar sus efectos reales en la vida de las personas (White, 2002b).

*Búsqueda de eventos extraordinarios.* En un segundo momento se les pregunta a las personas por aquellos momentos en que el problema pudo haber tenido esta influencia pero ellos llevaron a cabo acciones de insurrección contra el problema. Al principio estos logros serán percibidos como algo extraño, pero el terapeuta les guía para que sitúen el logro dentro de un contexto o patrón de hechos derivando explicaciones, asignando significado o sentido a ellas; y a generar redefiniciones de sí mismo, de los demás y sus relaciones. Estas redefiniciones generan historias más ricas y complejas para el paciente (White, 1994).

White (2002a) señaló que para lograr estas redefiniciones, se usan 4 tipos de preguntas:

1.- *Preguntas sobre logros aislados.* Estas buscan discernir intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada por el problema de la vida de esa familia. Sirven para redefinir la relación que tienen los miembros de la familia con el problema.

2.- *Preguntas sobre la explicación única.* Se invita a las familias a narrar la historia personal y de sus relaciones; y a dar sentido a los logros aislados dentro de una pauta de sucesos relacionados en tiempo y espacio.

3.- *Preguntas relativas a la redescrición única.* Éstas invitan a las personas a dar significado a sus logros aislados y las explicaciones únicas mediante un cambio en la descripción de sí mismos, los demás y sus relaciones.

4.- *Preguntas sobre posibilidades únicas.* Se invita a las personas a especular sobre su futuro y de sus relaciones, en torno a su explicación única y redescrición única. Se busca que los pacientes investiguen otras versiones del yo y sus relaciones, descubrir nuevos destinos o metas que acompañen sus explicaciones y redescriciones únicas; y descubrir en qué forma estas versiones alternativas podrían dar posibilidades nuevas y señalar pasos específicos para lograrlos. Entonces se realiza un debate con la familia sobre la conveniencia o no de dar pasos hacia adelante

Hay 4 métodos para engrosar (darle más peso) a las historias alternativas (Morgan, citado en Tarragona, 2006):

1.- *Conversaciones de Re- memoria.* White (citado en Tarragona, 2006) usó la metáfora de que cada quien tiene su propio club de vida y que podemos escoger en un proceso que evoluciona, a quién vamos a invitar a éste y de qué manera queremos que participe. También se busca focalizar en la influencia que el propio cliente pudo haber tenido en la vida de esa persona y de este modo se subraya el aspecto de identidad relacional (que la identidad se construye dentro de contextos relacionales con cada otro significativo que se entrelazan).

2.- *Uso de documentos terapéuticos.* White y Epston (1993) desarrollaron múltiples formas de usar los documentos dentro de la terapia como una estrategia útil de trabajo. White (2002a) ejemplificó que se pueden usar documentos que hablen de la capacidad de la

persona para intervenir en su vida, es decir, que describan al yo activo del que habla la agencia personal. Estos documentos se asientan en la esperanza y son útiles en momentos de estrés. También mencionó que los documentos pueden reforzar el uso de testigos externos que el paciente ha elegido porque podrían contribuir al desarrollo de su vida y de este modo se explicita cómo podrían comprometerse esas personas al proyecto.

Algunos de estos medios escritos son: A) cartas de invitación, despido, predicción y recomendación, B) contra documentos, elaborados para disminuir la influencia limitante de los diagnósticos psiquiátricos, C) certificados y D) declaraciones.

3.- *Rituales y celebraciones.* Freeman, Epston y Lobovits (2001) prefieren pensar en rituales y celebraciones que den cuenta de los cambios o transiciones importantes por las que hayan atravesado los clientes durante el proceso terapéutico, en lugar de pensar en la “conclusión” de las sesiones.

4.- *Trabajo con testigos externos. Ceremonias de definición.* White (2002b) mencionó que es muy importante alentar a las personas a identificar y elegir a un público que escuche los relatos de los desarrollos preferidos de sus vidas y que otorguen una poderosa autenticación a estos relatos. Pero el autor (2002a) señaló que no siempre se puede contar con auditorios naturales para tener estos foros que permitan a los pacientes expresar sus narraciones y re narraciones, y contribuyan a la generación de descripciones ricas. En este sentido se usan las ceremonias de definición, que Myerhoff (citado en White, 2002a, p. 124) definió como: “autodefiniciones colectivas con el propósito específico de afirmar una interpretación ante un público que de otro modo no estaría disponible”.

El equipo reflexivo con las ideas de White (2002a) se usó dentro de las ceremonias de definición, y funge como testigos externos de las expresiones significativas de la conversación en terapia. En la primera etapa el equipo escucha y reflexiona en privado sobre los elementos significativos que pueden ser aperturas para las conversaciones de re- escritura de vida. En la segunda etapa este equipo reflexivo comenta sobre las expresiones significativas escuchadas y también reflexionan sobre los aspectos de su experiencia vivida que los vinculan a aquello que cautivó su atención. Se busca que los miembros del equipo tengan una participación descentrada, pues el foco sigue siendo el paciente y contribuir a la generación de descripciones más ricas de sus vidas. No se busca hacer catarsis ni revelar aspectos personales, pues esto a menudo se entiende como la oportunidad de contarlo todo y esto puede llevar a que se cuelen juicios de valor y consejos.

## **CONSIDERACIONES FINALES.**

Gergen (2006a) señaló que las diferentes metáforas que usemos derivarán en nuevas maneras de comprender y posibilidades de actuar que develen aspectos del lenguaje, del lenguaje terapéutico. La metáfora de la cibernética es una metáfora útil que ayuda a entender ideas como la recursividad, la interconexión de los elementos y los procesos de homeostasis. Sin embargo, yo coincido en que la metáfora de la vida como un relato o narrativa me resulta más rica en posibilidades, provocadora y estimulante de significados.

En la medida en que se enriquezcan los relatos de las personas que llegan a consultarnos, se hará posible que contemplan posibilidades, surjan significados nuevos y cambie su forma de verse y de estar en el mundo de una manera que los aproxime más a su yo preferido. Eso me parece un objetivo valioso de la terapia narrativa.

Como White (2002a), veo muchas ventajas de traer los enfoques narrativos a la terapia en la que participo. Nos recuerda el privilegio de ser incluido en la vida del otro, ya que la terapia nos ayuda a: experimentar determinadas escenas y contextos con mayor riqueza de significados atribuibles, renovar el interés en la práctica profesional, ampliar la conciencia sobre nuestros saberes y habilidades, traer más voces a terapia, traer nuevos conocimientos sobre soluciones, practicar habilidades terapéuticas, no olvidar los discursos de los que no están en el poder, conectar con mis objetivos, intenciones, valores y compromisos; y transmitir alegría por medio de la celebración de los pacientes de sus acontecimientos.

Adoptar una postura política, que es a lo que nos invitó White (2002b), involucra tomar parte activa en ayudar a las personas a insurreccionarse contra los discursos normatizadores y las pretensiones de verdad. Considero que esta insurrección debe hacerse en los contextos en los que cada quien se mueve. Esta terapia es difícil de implementar en contextos donde se buscan resultados rápidos y cuantificables como en los hospitales psiquiátricos, donde se tiene que laborar de manera interdisciplinaria. El interés por crear un tratamiento polifónico, nos debe llevar a valorar las prácticas y saberes de los colegas; y desde ahí tener diálogos respetuosos y curiosos donde pueda gestarse la semilla de una vida nueva para las personas que acuden a terapia. Buscamos incorporar la mayor cantidad de perspectivas posibles para ayudar a generar narrativas que abran posibilidades.

Finalmente, incluyo las advertencias que hizo Gergen (2006a) sobre el riesgo de considerar alguna terapia como superior a otra, ya que ninguna habla de una verdad objetiva; y sobre no reducir la complejidad del mundo a palabras, narraciones, metáforas y lenguajes. Nos invitó a crear un espacio de inteligibilidad que expanda los límites de la terapia y se interese por todo lo que tiene sentido. Este espacio debe tener la aportación de voces múltiples para ampliar el contacto con diferentes construcciones del mundo posibles y ser más libres para crear prácticas combinadas que tomen prestados elementos a tradiciones dispares (por ejemplo de las diferentes formas de terapia) y a circunstancias exteriores. Nos invitó a formar una comunidad del tratamiento que dialogue en materia de ética y de eficacia para desarrollar una terapia que promueva esperanza y confianza en el futuro.

## **MODELO COLABORATIVO**

La humildad no es sino la verdad. “¿Qué poseemos que no hayamos recibido de otro?”, pregunta San Pablo (Madre Teresa de Calcuta, 2005).

### **ANTECEDENTES**

\* Este modelo también se basó en ideas construccionistas, sobretodo retomó la invitación que hace Gergen (2006b) sobre enriquecer el discurso abriéndonos a una multiplicidad de voces y relatos; y a no ceñir la realidad a ningún discurso totalizador.

\* Se retomó de *Bateson* la importancia del contexto relacional y comunicativo, que es

fundamental para el significado que le damos a palabras y acciones (Anderson, 1999a).

\* De la *teoría del impacto múltiple*, creada en la universidad de Galveston, se retomó que: a) se valore la individualidad así como los sistemas significativos, b) se crea en las capacidades de la creatividad y de maravillarse de las personas, c) se valore la multiplicidad de voces, d) el rol del terapeuta no sea el de experto, sino el de ayuda para movilizar los recursos de los pacientes, e) se de importancia a la capacidad de autorreflexión y cambio y a aprender junto a las familias, f) se trate de entender los diferentes puntos de vista, g) los miembros del equipo discutan de manera abierta sus opiniones con las familias, h) y pensar que el equipo es más que el número de terapeutas presente (Anderson, 2007b).

\* Posteriormente, Beltrán (2004) narró que Anderson y Goolishian fundaron el *Instituto de Terapia Familiar Galveston*, junto a Dell y Pulliam. En este siguieron considerando algunas ideas de los sistemas cibernéticos (aunque después abandonarían estas metáforas), sobretodo consideraron la cibernética de segundo orden, la cual lleva a los terapeutas a situarse en el proceso reflexivo de la observación y se dejó de considerar como alguien que interviene y al paciente como alguien receptor pasivo.

## **PRINCIPALES EXPONENTES**

Harrold Goolishian y Harlene Anderson son los autores más representativos del modelo.

## **PRINCIPIOS BÁSICOS**

*Conocimiento local versus conocimiento experto.* El interés en el conocimiento local es lo que lleva a que Anderson (2007d) comente que el cliente y el terapeuta, desde esta postura, colaboran como compañeros participantes de la conversación en la que ambos se comprometen en el diálogo con el otro. En esto concuerda Andersen (1993), quien mencionó que ver la terapia como colaboración conjunta involucra que los terapeutas ofrezcan su atención y presencia durante el diálogo con los pacientes, con la esperanza de ayudar a crear un nuevo contexto. Anderson (2007b) añadió que en la terapia colaborativa, el conocimiento del cliente ocupa una posición prominente y se le considera el experto en su vida y un maestro del terapeuta, esto involucra respetar y honrar la realidad del cliente, quien elige qué y cómo desea contarlo.

*Diversidad o multiplicidad de perspectivas.* Tarragona (2006) comentó que la terapia colaborativa busca incorporar distintos puntos de vista en la terapia por medio de preguntas, equipos reflexivos, equipos *as if*, testigos internos y ceremonias de definición.

*Agencia personal.* Anderson (2007a, p. 17) definió la agencia personal como “el sentido de competencia o habilidad para obrar o tomar acción, tener opciones, y participar en la creación de estas opciones”. Las narraciones por uno mismo pueden ayudar a crear identidades (significados) que otorguen a la persona un sentido de agencia personal. El objetivo de la terapia consiste en ayudar a las personas a participar en la narración y renarración de sus vidas. Al invitar al espacio de diálogo y estar abierto a lo nuevo, emergen un sentido de agencia personal en las personas, diferentes formas de ser, y múltiples

posibilidades sobre las circunstancias cotidianas que llamamos problemas.

*Postura del terapeuta. Postura de no saber.* Es característica del trabajo de Anderson y Goolishian (1995, p.12) y se refiere a que “en la terapia nuestra comprensión, explicaciones e interpretaciones no estén limitadas por experiencias previas o verdades y conocimientos teóricos”. Esta posición del terapeuta involucra también el comunicar una curiosidad profunda y genuina hacia lo que surge por medio del diálogo en el que el terapeuta y paciente se embarcan en una mutua exploración de la comprensión y experiencia del cliente. El foco de la terapia está en la experiencia compartida de crear una nueva realidad, un nuevo significado, conocimiento y narrativa.

Las preguntas derivadas de la posición de no- saber son compatibles con la posibilidad de ser de muchas formas diferentes, son impulsadas por diferencias en la comprensión y son traídas desde el futuro por las posibilidades aún no realizadas. Requieren un esfuerzo de colaboración tendiente a generar nuevos significados por medio del diálogo terapéutico.

Esto no involucra una postura pasiva en donde el terapeuta no participe, si no que esta participación se ofrece dentro del diálogo como una voz más (Anderson, 2007d).

*Polivocalidad.* Anderson (2005, p. 59) usó el término *polifonía* como metáfora para describir el tipo de relaciones y conversaciones que más valora: “aquellas en las que las diferencias y la diversidad son bienvenidas, respetadas y consideradas relevantes”. Mencionó que de la heterogeneidad, multiplicidad y divergencia de múltiples voces emerge lo novedoso. Comentó que al unir diferentes voces, cada voz sigue siendo la misma y lleva su propio significado, pero al unirse con las otras forman un nuevo campo de significados, conexiones e interacciones inesperadas. Por eso en su trabajo se preguntó cómo organizarse para unir fragmentos de de distintas voces y generar algo nuevo y cómo crear como terapeutas los tipos de conversaciones con los clientes que permitan que ambos accedan a su creatividad y se desarrollen posibilidades.

Este concepto está fundamentado en una de las bases de la Postmodernidad, que tiene que ver con el concepto de que existe multiplicidad de voces o perspectivas (Tarragona, 2006). Cada escuela de terapia busca diferentes formas de incorporar estas voces a través de preguntas, equipos terapéuticos, testigos externos, etc. Andersen (1994b) llamó a esta multiplicidad de formas de comprender un fenómeno: multiverso, donde ninguna descripción es mejor que la otra. En terapia se llama a aceptar todas las realidades y a buscar las que aún no se han hallado.

*Creación de significados.* Se generan significados a través del lenguaje y esto se da mediante un proceso donde los participantes interactúan e interpretan de manera conjunta estos significados (Anderson, 1999a). Esta interacción lingüística es la base de los sistemas relacionales humanos (y no al revés). Los sistemas humanos son sistemas generadores de significados dentro de estas conversaciones (Anderson y Goolishian, 1995).

El diálogo inicia con las preconcepciones del terapeuta que se basan en las experiencias previas y su información sobre la derivación del cliente. Pero en la terapia también se

consideran las partes emergentes, que son la historia del cliente. Los significados dentro del diálogo se comprenden en un vaivén entre los preconceptos y las partes emergentes, el todo y la parte; y así los significados y la comprensión emergen de ambos, tanto del terapeuta como del cliente. Este proceso hermenéutico involucra que el terapeuta ajuste su comprensión a la cambiante perspectiva de la experiencia del cliente.

El diálogo que surge de una postura de no saber, la curiosidad del terapeuta y de la capacidad de ajustar la comprensión junto con la del otro, aumentan el potencial para que nazca una narrativa de las nuevas competencias y de la libertad personal (Anderson y Goolishian, 1995).

*Ser transparente.* Esta postura ayuda para que los diálogos internos que los terapeutas a menudo tenemos (Anderson, 2007d) no estén interfiriendo con nuestra capacidad de escucha y para responder al otro. Es por eso que debemos pensar cómo poner nuestro diálogo al servicio del cliente o buscar maneras creativas de interrumpir este diálogo interno para retomar la escucha activa.

*Diálogos internos y externos.* Los procesos reflexivos son una alternancia entre sostener un diálogo externo con otros; y sentarse a escuchar cómo otros hablan, momento en el cual uno tiene diálogos internos con uno mismo (Andersen, 1993).

*Sistema del problema. Sistema de disolución del problema.* Lo que se considera un problema es cualquier asunto a tratar dentro de un discurso, es una posición que alguien toma y es específico de la matriz de comunicación y lenguaje de donde surgieron. Además, los problemas no pueden separarse de las conceptualizaciones de un observador. Hay tantas observaciones, descripciones y explicaciones de un problema como personas involucradas en el diálogo alrededor del mismo (Anderson, 1999a).

Anderson y Goolishian (1995) señalaron que los sistemas desarrollan un lenguaje y significados específicos para su organización y su disolución alrededor del “problema”. Se genera un sistema alrededor de los diálogos sobre el problema. La conversación terapéutica es un proceso de búsqueda y exploración alrededor de este diálogo mediante el cual se desarrollan nuevos significados dirigidos a la disolución del problema y del sistema terapéutico. El cambio en terapia se da por medio de la creación dialogal de una nueva narrativa. Entonces se crea un sistema de disolución del problema.

## **HERRAMIENTAS DE TRABAJO.**

**La relación.** Esta terapia no se basa en estrategias predeterminadas, sino que enfatiza la relación y la creación de un espacio terapéutico colaborativo con una determinada postura filosófica, que es distinta para cada humano por sus diferentes circunstancias y necesidades, pero que también tiene ciertas características comunes.

Anderson (2005, p. 66) mencionó que la terapia colaborativa es:

- Una forma de pensar en los demás, de comportarnos con ellos y de hablar con ellos;

- Una actitud, una postura, un tono que comunica a la otra persona que es un ser humano único, no una categoría de gente, que tiene algo que decir digno de escucharse;
- Una forma de interactuar auténtica, espontánea y natural en la relación.

Tomando en cuenta esto, menciona que los valores del terapeuta lo llevarían a: a) valorar la voz de cada cliente y sus áreas de expertise, b) no perder la riqueza de la multivocalidad tratando de llegar a consensos, c) no callar la experiencia de los clientes por privilegiar la voz del profesional, d) estar abiertos a lo que el cliente considere importante, e) confiar en que el cliente nos llevará a donde haya que llegar y, f) valorar el no saber, la incertidumbre que nos hace no saber a priori el desenlace de las conversaciones.

Para tener una conversación con esta postura hay que escuchar y hablar con respeto, como un aprendiz, tratando de entender, con cuidado, y de manera natural (Anderson, 2007c).

Anderson y Goolishian (1995) comentaron que han hecho un viraje desde las terapias que usan la cibernética como metáfora reinante; hacia considerar que las personas comprenden su vida a través de narraciones construidas socialmente por medio del diálogo, las cuales dan significado y organización a su experiencia. Anderson (2007a) señaló que la hermenéutica trata sobre el proceso de entender e interpretar el significado de un otro (o texto o discurso). La búsqueda de significado y comprensión ya es un proceso generador de significados en el que cada uno se sumerge en el horizonte del otro y mediante este proceso ambos horizontes se funden. La hermenéutica pone énfasis en el lenguaje para el desarrollo de significados, ya que ese es el vehículo por el cual nos movemos y nos entendemos a nosotros y al mundo desde diferentes perspectivas. La autora subraya que la hermenéutica ayuda a considerar lo que el intérprete trae al proceso interpretativo y a los significados producidos, que la interpretación es un proceso relacional, que en el proceso emerge lo novedoso y el papel central del lenguaje en la comprensión.

**El equipo reflexivo** propuesto por Andersen (1994b) puede usarse dentro de esta terapia.

Beltrán (2004) señaló que los ejercicios *as if* son otra posibilidad de trabajo en donde se les pide a los integrantes del equipo reflexivo que escuchen como si fueran alguna de las personas significativas dentro del relato del cliente y después cuando conversan presentan sus reflexiones desde este lugar. Posteriormente el terapeuta vuelve a conversar con el cliente sobre los aspectos que hayan despertado su interés y finalmente se le pide a los participantes que compartan sus experiencias acerca del proceso.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Este modelo invita a validar lo individual y rico en los conocimientos de cada uno en relación con otros; y a considerar el modo como dentro del lenguaje se construye el mundo, la identidad y los valores que las personas incorporan en su vida cotidiana (Beltrán, 2004).

La postura de “ser transparente” me ha resultado especialmente valiosa en mi trabajo con las familias, pues impide que mis diálogos internos me limiten al escuchar a las familias y me han ayudado a incorporar más mi voz a la conversación.

Más que tener una complejidad teórica, este modelo resulta demandante para el terapeuta al ser puesto en práctica, pues requiere, tanto una constante revisión de nuestra forma de estar en las sesiones, como de una presencia total que acompañe al paciente. Pero estoy convencida de que los esfuerzos por adoptar esta postura filosófica rinden frutos y son importantes en una época que requiere terapeutas capaces de acompañar a los pacientes basándose en el respeto, la tolerancia y la curiosidad estética. Finalizó con una pregunta que hizo Penn (1988) a Minuchin, y yo la haría a cualquier terapeuta familiar; ¿Cómo usar con responsabilidad el poder y la autoridad que nuestros títulos profesionales nos han otorgado?

### **EQUIPOS REFLEXIVOS.**

“No, doctor Otto, los shocks no son forzosos, son sólo poco costosos, son lo cómodo, lo no moroso, lo pronto... Doctor, los locos sólo somos otro cosmos, con otros otoños, con otro sol. No somos lo morboso, sólo somos lo otro, lo no ortodoxo. Otro horóscopo nos tocó, otro polvo nos formó los ojos como formó los olmos o los osos o los chopos o los hongos. Todos somos colonos, sólo colonos”  
(De la Burbolla, 2001, p. 48, 49).

### **ANTECEDENTES**

- Andersen (1994a) se acercó al *grupo de Milán* y esta influencia le llevó a plantearse el centrarse más en el proceso de la entrevista y menos en las intervenciones.
- También se puso en contacto con el *Instituto Ackerman* y el *Instituto Galveston*, y de éstos retomó la importancia de trabajar con respeto y delicadeza hacia las familias.
- Andersen (1994a) también retomó de *Anderson* y *Goolishian* las ideas acerca de que el problema crea el sistema. Si existe el diálogo sobre las diferentes formas de concebir un problema que cada persona puede tener, entonces pueden emerger nuevos significados a través de la conversación
- Del *Constructivismo* se usó la idea del Multiverso, que se refiere a que cualquier fenómeno puede comprenderse de diferentes maneras, ninguna más válida que otra. En sesión, se invita a las personas a aumentar las explicaciones que pueden darse a un mismo fenómeno, a sumar las ideas no pensadas aún.

Andersen y su equipo decidieron en 1984 permitir que los clientes vieran y oyeran la forma en que trabajaban, lo que abre la posibilidad para que los clientes encuentren sus propias respuestas (en lugar de que se las den los “expertos”) y que los terapeutas modifiquen su comprensión respecto del proceso (Beltrán, 2004).

### **PRINCIPALES EXPONENTES:**

Tom Andersen es el principal exponente de los equipos reflexivos.

### **CONCEPTOS PRINCIPALES:**

**Las diferencias que hacen las diferencias.** La idea de Bateson (citado en Andersen, 1994b), habla de tantas diferencias disponibles al ser humano, que éste no tiene la capacidad

de ponerle atención a todas; por lo que siempre puede enriquecerse de las diferencias que haya hecho otra persona, las cuales pueden estimularlo a generar nuevas diferencias. Sin embargo, sólo las diferencias apropiadamente diferentes generan diferencia, pues lo demasiado inusual causa que las personas se cierren y no reciban la nueva información.

**Ser uno mismo.** Maturana y Varela (citados en Andersen, 1994b) aclararon que las personas en determinado momento sólo pueden ser quienes son; pues su capacidad de respuesta responde al repertorio que ha adquirido a lo largo del tiempo. Pero cuando una situación novedosa perturba al sistema y éste no cuenta con una forma adecuada para responder, pueden suceder dos cosas: a) la persona se aísla y no deja entrar la perturbación para conservar su integridad, o b) se desintegra cuando la perturbación es demasiado inusual para el sistema.

Estas ideas alertan sobre la importancia de monitorear que las diferencias que se introduce en la conversación, sean apropiadamente diferentes; y así respetar la necesidad básica de las personas de conservar su integridad.

**Relacionarse con los demás.** Éste es un proceso en el cual cada uno ajusta su modo de interacción con el otro en función de la información proveniente de esta interacción y las explicaciones que se hacen sobre lo que se puede esperar de cada uno. Implica que las personas tenemos diferentes modos de interacción que usamos dependiendo de las circunstancias. Andersen (1994b) señaló que por esto, podría considerarse que somos una persona y al mismo tiempo muchas personas.

Al relacionarse con los demás, debemos tomar en cuenta que las palabras pueden tener diferentes significados para cada uno, por lo que somos responsables de los significados que extraemos nosotros de las conversaciones, pero no de los que los demás extraigan.

**Multiverso.** Al describir a otro, la persona sólo hace algunas descripciones dentro de las múltiples que podrían hacerse. Estas descripciones estarán conectadas con el observador, quien es parte del sistema de observación. Se considera que ninguna descripción es mejor que otra y en terapia se busca multiplicar descripciones y explicaciones posibles.

**Dos procesos de diálogo interrelacionados.** Andersen (1994b) explicó que se dan dos procesos de diálogo que se relacionan entre sí; un diálogo interno que nos permite sentir, conocer y actuar; y un diálogo externo que nos lleva a relacionarnos con los demás y así obtener otras descripciones. En terapia se debe revisar si ambos están teniendo tiempo para ambas conversaciones. Si esto ocurre, los participantes podrán ampliar sus habilidades para describir, explicar y actuar por el contacto con el otro, sin ver limitada su integridad. También, el terapeuta debe explicitar al paciente que siempre puede decir no a lo que se está hablando o a cómo se conversa.

## **TÉCNICAS:**

Esta forma de trabajo involucra explicarle al cliente que hay otras personas siguiendo la conversación que se tiene con la familia (Andersen, 1994b). Estas otras personas tienen ideas

sobre lo que ocurre y en un momento de la sesión los miembros del equipo presentarán sus ideas mientras el cliente y equipo entrevistador escuchan. Esto se hace con la idea de multiplicar reflexiones y preguntas y no con la idea de dar “respuestas correctas”. El equipo reflexivo discute sólo sobre lo que ocurrió verbal y analógicamente durante la entrevista y procura no dar connotaciones negativas. El diálogo termina después de algunos minutos y el equipo entrevistador y los clientes vuelven a su posición de diálogo. La sesión termina preguntándole al cliente sobre lo que le llamó la atención del equipo reflexivo. Una vez que el cliente enumera sus reflexiones sobre las reflexiones del equipo, el entrevistador da por terminada la sesión.

No hay un guión limitado sobre las preguntas que deben hacerse, pero Andersen (1994c) retomó puntos que es útil tomar en cuenta durante la conversación con la familia.

- Iniciar las sesiones preguntándole a los pacientes cómo le gustaría iniciar la sesión, en lugar de llevar un plan ya formulado.
- Preguntar cómo fue la historia que los llevó a estar ahí, quién tuvo la idea de la reunión, cómo reaccionaron los demás. A cada uno se le da la oportunidad de expresar su compromiso y explicar qué ideas les gustaría tratar.
- Preguntar por el proceso de la conversación. Revisar si tienen ideas sobre cómo podrían estar mejor para conversar.
- Preguntar por conversaciones pasadas y futuras al respecto del tema; y así evitar formas de conversar que sean demasiado inusuales para la familia.
- Revisar que los participantes estén teniendo tiempo para las conversaciones internas y externas. En el proceso del equipo reflexivo, los clientes conversan con los terapeutas, y también tienen tiempo de escuchar al equipo reflexivo y volver a conversar sobre esto. Andersen (1994c) consideró que las mejores preguntas son aquellas que faciliten descripciones como:

- Preguntas que suponen comparaciones. ¿A quién le gustó más? ¿Quién estaba más enojado?
- Preguntas que suponen relaciones. ¿Quién participó? ¿Cómo fueron las circunstancias?
- Preguntas que suponen diferencias. ¿Cuándo inició? ¿Cuándo empeoró?
- Preguntas que hablan de tendencias a la similitud. ¿Siempre fue así? ¿Es una tradición familiar? ¿Alguien alguna vez vio algo diferente?
- Preguntas para sonsacar explicaciones. ¿Cómo explica esto? ¿Cómo lo entienden?
- Preguntas sobre las conversaciones. ¿Quién puede hablar con quién sobre qué?
- Preguntas sobre explicaciones alternativas. Si usted actuara de manera distinta esta vez, ¿qué podría pasar diferente? Si alguien comenzara a hablar de esto ¿quién sería?

Cuando el equipo de entrevista se detiene, y el equipo reflexivo presenta sus ideas; hay algunas cosas que el autor señaló que no deben hacerse. No se deben hacer reflexiones sobre algo ajeno al contexto de la entrevista, ni dar connotaciones negativas. En cambio, “el equipo debe mantenerse libre, positivo, discreto, respetuoso, sensible, imaginativo y creativo” (Andersen, 1994b, p. 84). Agregó una tercera regla que se refiere al modo de reflexionar cuando todos están en la misma habitación y esto es haciendo que cuando el equipo

reflexiona se mire entre sí y no hacia los escuchan para que ellos puedan realmente escuchar la conversación reflexiva (Andersen, 1996).

Para Lax (1991) las reflexiones involucran un uso de posiciones incluyentes (en lugar de alternativas), buscan presentar una multiplicidad de ideas (en lugar de ideas correctas) y ofrecer ideas como pensamientos tentativos (más que como explicaciones rígidas).

## **CONSIDERACIONES FINALES.**

Lax (1991) señaló como ventaja principal de este modelo que los clientes informan comúnmente que se sienten comprendidos y respetados. Yo me sentí privilegiada al participar en grupos reflexivos y ser testigo de los cambios que las personas experimentan en ellos, pero sobre todo de lo profundamente agradecidos que los clientes se sienten de participar en procesos que los tienen a ellos como foco principal. Un paciente dijo que la experiencia había resultado muy enriquecedora pues “era como estar leyendo un libro, pero donde el protagonista es uno”.

El terapeuta dejó de ser el experto, y ahora se le pide que asuma una postura colaborativa en donde todos los participantes tienen una posición igualitaria. Pero esto no significa que los terapeutas sean pasivos en las sesiones. Precisamente la postura de escucha y respeto por el otro, así como las habilidades para hacer preguntas que ayuden a la reflexión constante; son aportaciones que el terapeuta hace a la conversación de los pacientes. Sin embargo, la dirección del cambio y la responsabilidad de los significados que se lleven los pacientes; sigue siendo responsabilidad de ellos.

Hoffman (2001) retomó el concepto de responsabilidad relacional de Gergen y McNamee, el cual implica: indagación apreciativa (preguntar por las cosas que están funcionando bien), polivocalidad, y creer en el poder de la comunidad. Se apoyan los diálogos entre personas con posturas opuestas; y se usan métodos de conversación donde ambos bandos ocupen alternadamente la posición de conversar con un mediador, y la posición de escucha. Este es un ejemplo de que lo se puede impactar dentro de las comunidades al usar métodos reflexivos para mejorar la escucha y la apreciación del otro a pesar de las diferencias.

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

Durante la Maestría desarrollamos competencias profesionales en 3 áreas: intervención clínica y comunitaria, docencia e investigación. En este capítulo integré un cuadro resumen de los pacientes que me asignaron (cuadro 3.1.1), el análisis clínico de dos familias atendidas, un resumen de las investigaciones cuantitativa y cualitativa; y una semblanza del taller de intervención comunitaria. También hice un recuento de la asistencia y participación en foros académicos que tuve en el período de la maestría. Finalmente ofrezco consideraciones éticas que surgieron a partir del trabajo realizado.

#### **3.1. Habilidades clínicas terapéuticas.**

El programa está conformado de manera que se obtengan habilidades clínicas para dar Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna. Con este fin, revisamos de manera teórica y práctica: el Modelo Estructural, el Modelo Estratégico, el Modelo del MRI, el Modelo de Soluciones, el Modelo de Milán, y Modelos Postmodernos como el Narrativo, el Colaborativo y los equipos reflexivos. Al hacerlo, tuvimos la oportunidad de participar en algunos casos como terapeutas principales y en otros como coterapeutas. Cada familia que atendimos bajo cualquiera de estas modalidades, fue supervisada por un docente clínico especialista en el Modelo a considerar, lo cual fue una magnífica oportunidad de tener supervisión en vivo y en algunos casos de poder constatar el trabajo de terapia de los supervisores que asesoraban nuestras sesiones.

Estuve a cargo de un caso que revisé bajo el Modelo de Soluciones y posteriormente con terapia Narrativa y equipo reflexivo; de otro caso que atendí bajo el modelo de Soluciones y de uno más que atendí con los Modelos Estructural y Estratégico. Atendí como coterapeuta a: una pareja bajo el Modelo Dinámico Sistémico Integrativo, una familia y un individuo bajo el Modelo Estructural; y otra pareja que atendimos bajo el Modelo de Milán. Con estas experiencias puedo constatar que el aprendizaje de los diferentes modelos resulta mucho más significativo cuando se tiene la oportunidad de poner en práctica las técnicas aprendidas, y recibir supervisión y retroalimentación del equipo en ese momento.

Participé como miembro del equipo terapéutico en los demás modelos y descubrí que también es una buena oportunidad de aprendizaje la que se obtiene de este modo. Como miembro del equipo uno es corresponsable de un sistema de terapia para generar diferentes visiones de un mismo fenómeno que permiten una mayor profundidad en el análisis. Me resultaron enriquecedoras las discusiones que se generaron a partir de las diferentes visiones que cada uno tenía sobre los casos. Revisé mis ideas, creencias, prejuicios y mi historia personal y analicé cómo se correlacionaban con mi forma de entender a los pacientes. Además, observé a mis compañeros tomar caminos diferentes en las sesiones a su cargo, y eso me llenaba de preguntas que me enriquecían. ¿Por qué él no le pregunta esto que yo quisiera preguntar? ¿Por qué le causa tanta simpatía la madre y no los hijos? En general, el proceso me aportó un aprendizaje de segundo orden en donde pude mover un poco mi lugar en el mundo y desde ahí profundizar en la experiencia.

### 3.1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia que atendí.

Familia	Integrantes en sesión.	Sesiones.	Modelo de terapia.	Motivo de consulta	Resultado.	Sede/ Supervisor.
1	Mamá e hijo.	4	Estructural.	Problemas escolares.	Baja.	San Lorenzo. Mtra. Erika Trujillo.
2	Señora.	14	Estructural.	Elaboración de plan de vida. Infidelidad.	Baja.	San Lorenzo. Mtra. Erika Trujillo.
3	Pareja de novios	9	Dinámico Sistémico Integrativo.	Problemas de comunicación y de pareja.	Alta.	Dr. Guillermo Dávila. Dr. Raymundo Macías.
4	Exesposos	4	Estructural	Acuerdos sobre los hijos.	Baja, se lograron objetivos parciales.	Dr. Julián McGregor. Dra. Noemí Díaz.
5	Mamá e hijos.	9	Estructural.	Problemas de conducta del hijo.	Alta.	San Lorenzo. Mtra. Erika Trujillo.
6	Señora	9	Estructural/ Estratégico.	Problemas de conducta de su hija.	Baja.	San Lorenzo. Mtra. Ericka Trujillo.
7	Mamá e hijos.	13	Estructural.	Problemas de conducta y temores nocturnos.	Alta.	Dr. Julián Mc Gregor. Dra. Noemí Díaz.
8	Papá e hija	16	Modelo de Soluciones.	Problemas de conducta de hija y dificultades en su relación.	Alta.	San Lorenzo. Mtra. Erika Trujillo.
9	Papás e hijos.	6	Modelo de Soluciones.	Problemas de pareja. Problemas de TDAH del hijo mayor.	Baja.	Hospital Dr. Juan N. Navarro. Dra. Alma Martín.
10	Papás e hija.	8	Modelo de Soluciones.	Intento de suicidio. Problemas de pareja. Problemas de relación madre- hija.	Cambio de terapeutas.	Hospital Dr. Juan N. Navarro Dra. Alma Martín.
11	Pareja de novios.	12	Modelo de Milán.	Problemas de pareja.	Alta.	Dr. Guillermo Dávila. Mtro. Gerardo Reséndiz.
12	Señor	17	Modelo de Soluciones y Terapia Narrativa.	Problemas con su familia, principalmente con su pareja.	Alta y canalización a terapia de pareja.	Dr. Guillermo Dávila. Mtra. Nora Rentería

“Uno de los temas que podemos discutir es cómo hacemos para mantener la simplicidad de la terapia, porque gran parte de la diversión estriba en hacerla complicada” (Wynne, citado en Epston, 1994, p. 198).

### FAMILIA 1. “MUDANZAS”

Terapeutas: Mónica Reyes Cárdenas y Liliana Paredes Reyes

Equipo terapéutico: Edmí Exzacarías, Hernán Ávalos y Paula Jiménez.

Supervisora: Graciela Erika Trujillo Núñez y Luz María Rocha Jiménez.

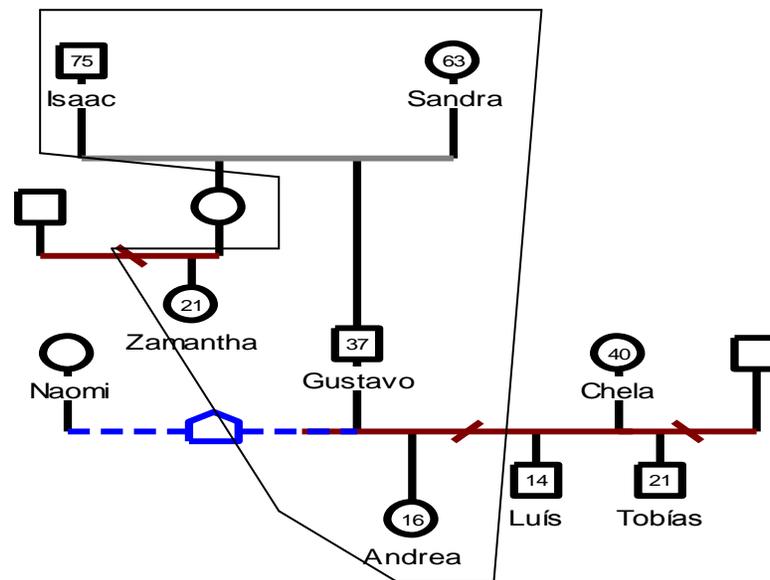
Modelo de Supervisión: Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Período de intervención: Del 04/09/2009 al 20/02/2010.

Se llevaron a cabo 15 sesiones, posteriormente se agendó una sesión de seguimiento.

\* Los nombres de los pacientes fueron modificados para guardar su confidencialidad.

### FAMILIOGRAMA



**Contexto familiar.** Llegaron a terapia Gustavo y Andrea, padre e hija. Ellos vivían también con los abuelos de Andrea (Sandra e Isaac) y con una prima, Zamantha, a quien Gustavo ha cuidado como hija. Andrea tiene un hermano menor, Luis, y un medio hermano, Tobías; y ambos viven con su madre, Chela. Andrea y Gustavo llevan buena relación con Luis y Tobías. Los padres de Andrea no se han divorciado, por motivos económicos, pero se separaron hace seis años. Desde entonces Andrea ha vivido alternativamente en casa de cada uno de sus padres por su propia decisión. En abril llegó a vivir con su papá, quien esperaba que esto fuera definitivo. Gustavo tenía una nueva novia, Naomi.

**Contexto social:** Vivían en Iztapalapa. Andrea cursaba el tercer año de secundaria e iba a entrar al CCH. Su papá trabajaba como taxista. Pertenecen a la clase trabajadora.

### DESCRIPCIÓN INICIAL DEL PROBLEMA

**Motivo de consulta:** Gustavo deseaba orientación para guiar a su hija en cuestiones escolares y de disciplina en casa, pues tenía frecuentes problemas con los abuelos por disciplina y con la prima, pues ambas competían por los abuelos, y principalmente por la

atención de Gustavo. Andrea esperaba compartir tiempo con su papá, lo que no siempre era posible por los horarios de él. Aceptamos este motivo de consulta, pero también trabajamos en la relación padre- hija, lo que terminó siendo el principal foco de la terapia.

**Previo a la terapia:** El papá ya había propuesto venir a terapia con Andrea, pero ella no quiso y su papá consideró que no debía forzarla. En esta ocasión ella accedió sólo si iban los dos. También la metió a clases de pastoral. Gustavo intentó ayudar a que las primas volvieran a hablar, pero seguían enojadas. Sobre el tema escolar, ambos hicieron varios compromisos que Gustavo mostró a familiares y amigos.

## **PAUTAS DE INTERACCIÓN**

Se trataba de una familia reconstruida, en la que varias personas se involucraban en la crianza de Andrea, creando conflictos en el holón parental. Los últimos seis años Andrea había estado sujeta a diferentes reglas en casa de cada uno de sus padres. Los abuelos cuidaban a Andrea la mayor parte del día y también imponían reglas, entrando en conflicto con Gustavo por la discrepancia en las ideas sobre la disciplina.

Las primas constantemente competían por el afecto de los abuelos y de Gustavo.

## **COMUNICACIÓN**

**Estilo predominante de comunicación familiar:** Ambos se centraban más en la comunicación de necesidades instrumentales que en las afectivas.

**Aspectos relevantes de la comunicación no verbal:** Gustavo mostraba más su afecto que Andrea, incluso lloró al hablar de alguna característica que él admiraba en su hija. A Andrea se le dificultaba la expresión del enojo.

**Explicaciones, Atribuciones de significado (Creencias, Valores, etc.):** Ambos son católicos. Para Gustavo los valores son muy importantes y trata de inculcárselos a Andrea, en especial le interesa la gratitud y el ser respetuoso; actitudes que consideraba que su hija debería mostrarle a él y a sus padres; pues fue la manera como sus padres lo educaron.

## **RELATORIA DE LAS SESIONES**

### Sesión 1. Fecha: 4 de septiembre del 2009

Se recabaron las expectativas de ambos sobre la terapia, se obtuvo una breve descripción de la situación por la que atravesaban y se hizo el encuadre terapéutico.

Ambos peleaban constantemente, por lo que se les preguntó por momentos en los cuales logran estar juntos sin pleitos. Andrea mencionó que le agradaba cuando salían a festejar cosas, como el cumpleaños de Naomi. Gustavo apreciaba comer juntos. Se dejó de tarea que pensarán qué cosas deseaban que no cambiaran de su relación.

*Intervenciones, tarea, mensaje final:*

- Preguntar por las excepciones (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1990).
- Intervenciones de fórmula, se les pidió que pensarán qué cosas no deseaban que cambiaran de su relación (O'Hanlon y Cade, 1995).

### Sesión 2. Fecha: 11 de septiembre de 2009

Ellos deseaban no dejar de comer juntos, asistir a la terapia, y Andrea dijo que a ella le gustaba saludar a su papá en japonés, ir a misa y cuando su papá maneja porque le gusta cómo conduce.

Durante la separación de Gustavo y su ex esposa, la expareja acordó que Andrea y Luis vivieran con su papá, pero la hija terminó quedándose con su madre y Luis con su papá. Al término del ciclo escolar Luis regresó con su mamá. En la secundaria Andrea se fue a vivir con Gustavo, después volvió a casa de su madre y ahora nuevamente vive con él. Andrea dijo que con su mamá no podría dedicarse a la escuela porque tendría que hacer labores domésticas y no quería repetir tercer grado en la misma escuela.

Se les preguntó a quién más de su familia les gustaría invitar a terapia. Ambos coincidieron en invitar a Chela y a Luis. Gustavo deseaba invitar a su sobrina y Andrea a sus abuelitos.

Andrea dijo que con su abuelo se llevaba mal, porque la regaña con frecuencia; en tanto que con su abuela se llevaba bien y salían juntas. Gustavo dijo que su relación con sus padres era buena, pero que su padre se molestaba con él si no regañaba a Andrea cuando él lo dice. Gustavo evitaba regañar a Andrea si su padre ya lo había hecho pero sí la regañaba si era testigo de alguna falta.

*Intervenciones, tarea, mensaje final:*

- Se reforzó la idea de usar el espacio terapéutico como un espacio de ambos.
- Se retomó la tarea (De Shazer, 1989), pidiéndoles continuar con las actividades que les agradaba realizar juntos, pero con la indicación de que tomaran en cuenta los objetivos de ambos.

### Sesión 3. 18 de septiembre del 2009

Inició la sesión sólo con Andrea, espacio que se aprovechó para ofrecerle que hablara de cualquier tema que necesitara. Andrea se sentía presionada por mejorar sus calificaciones para entrar al CCH deseado, estaba teniendo dificultades con algunas materias. Se recurrió a ejemplos de la vida de las terapeutas para hacerla sentir entendida; también se le dijo que había que pensar en el futuro y en sus objetivos.

Después llegó Gustavo y dijeron que no habían hecho la tarea, que les resultó complicado verse para comer y no reclamarle a su hija, a quien le negó un permiso para ver a su familia materna. Gustavo había visto cambios positivos en Andrea, pero se sentía frustrado porque consideraba que a partir de que había visitado a su madre, Andrea estaba más grosera y peor portada con sus abuelos. También quería que Andrea se reconciliara con su prima.

Se les pidió que escogieran un tema para empezar. Gustavo escogió la disciplina y Andrea la organización, lo que las terapeutas consideraron que estaba relacionado.

Ambos habían hablado con sus familiares para ver si venían a la sesión. Se les aclaró que esto quedaría pendiente pues había que acordar el objetivo y las condiciones en que lo harían. Gustavo volvió a insistir con lo de la prima.

*Intervenciones, tarea, mensaje final:*

- Uso de cuestionamiento para definir las secuencias de interacción alrededor del establecimiento de reglas y el enojo.
- Jerarquización de objetivos (De Shazer, 1989; O' Hanlon y Weiner- Davis, 1990).
- No se dejó tarea porque la anterior no la hicieron. Se les dijo que era importante empezar por un pequeño cambio y que trabajaríamos los temas que propusieron.

#### Sesión 4. Fecha: 25 de septiembre de 2009

Gustavo dijo que habían estado bien, que habían compartido tiempo, habían comido juntos; y habían estado recordando momentos agradables de la relación.

Se les planteó que no había claridad en cuanto a si Andrea ya estaba por fin en su lugar de residencia final y por lo tanto de quién dependía la disciplina de Andrea. Gustavo comentó que en este momento su única opción era continuar viviendo en casa de sus padres con Andrea y que había acordado con su ex esposa que Andrea no volviera a mudarse. Ella dijo que deseaba vivir con su padre porque con su madre había desorden, no existían reglas y casi todo el tiempo estaría sola.

Se les preguntó cómo era tener a los abuelos y al padre compartiendo funciones de disciplina sobre Andrea, ambos estuvieron de acuerdo en que para Gustavo era complicado. Para Andrea era confuso pedirles permiso, pues los tres (abuelos y padre) tendían a darle respuestas diferentes. A Gustavo se le preguntó cómo se sentiría en el lugar de ella; dijo que no sabía, y al insistirle dijo que él también se confundiría.

Se les preguntó qué lugar creían ocupar en su familia. Gustavo se veía como el proveedor económico de su hija, y un apoyo para sus padres y su sobrina. Andrea creía que la veían como la oveja negra y la comparaban con su prima o su hermano, lo que la hacía sentir mal. Gustavo dijo que él apoyaba a su sobrina económicamente porque no tenía a su papá desde pequeña ni recursos económicos. Andrea contuvo el llanto al decir que su padre prefería a Zamantha sobre ella. Gustavo no respondió y desvió el tema hacía un conflicto por un permiso negado.

Andrea lamentó que su papá no confiaba en ella y dijo que su mamá sí lo hacía, esto último fue negado de manera tajante por Gustavo. Se le preguntó a Andrea si estaba amenazando con volver a mudarse con su mamá, contestó que sólo estaba diciendo que le gustaría que su papá también confiara en ella, señalando que había cambiado y ya no se escapaba para irse a las fiestas o con sus amigas y que tenía prohibido salir.

Andrea quería que su padre le diera prioridad a ella (y no a su prima) para hablar con él. Al resignificar la petición de Andrea como algo que ella necesitaba para sentirse segura respecto a su padre, éste dijo que casi no pasa tiempo con su sobrina, sin hacer mucho caso de lo que se le intentaba transmitir. Se hizo énfasis en que además de que otra persona nos diga que nos quiere y que somos importantes, a veces necesitamos algo concreto para darnos cuenta de que esto es así. Gustavo afirmó con la cabeza y se quedó pensativo.

Se les pidió ponerse en el lugar del otro y pensar qué podrían hacer en relación a los problemas con Zamantha. A Gustavo le costó mucho trabajo porque estaba enojado y no entendía a su hija, le parecía egoísta. Sólo sugirió que si Andrea lo necesitaba debería decirle que quería hablar con él y pedirle tiempo para platicar.

*Intervenciones, tarea/mensaje final:*

- Se les pidió responder a diversas cuestiones desde el lugar del otro.
- Se normalizó y despatologizó el deseo de Andrea de que su padre le diera prioridad (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1990; De Shazer, 1989).
- Se les señaló que al hacer suposiciones sobre las intenciones del otro, se enojaban, por lo que sería mejor preguntar directamente.
- Se enfatizó la importancia de trabajar en su vínculo como base para mejorar la disciplina y la organización.
- Se les encargó escribirse una carta, en la cual anotarían lo que sienten por el otro, y lo que necesitan del otro para sentirse a gusto en la relación.

Sesión 5. Fecha: 2 de octubre 2009

Cada uno leyó la carta que el otro le había hecho como tarea y revisamos los sentimientos generados. Andrea sonrió leyendo la carta de su padre. Gustavo pareció más conmovido por la carta que él mismo escribió para su hija aunque mencionó sentirse contento porque ella le hubiera escrito como lo hacía de niña. Contó que tiene guardada cada carta que ella le ha hecho pero que recientemente no le había hecho ninguna y extrañaba esos detalles. Se les dijo que notaran lo que sí estaban haciendo bien en torno a salir juntos y comer en paz. Ambos dijeron que esos eran el tipo de cambios que esperaban.

En la parte de la negociación, Gustavo le pidió a Andrea que fuera más consiente y que disminuya sus rencores, en particular esperaba que se fijara en sus abuelos y ayudara a que hubiera menos problemas. Andrea no pidió nada. Finalmente se habló de que la negociación no consiste en que cada uno obtenga sólo lo que desea, sino que a veces se tiene que ceder en algunos puntos para ganar los que verdaderamente importan. Se les dijo que adquirir habilidades de negociación es un proceso que se seguiría trabajando.

*Intervenciones, tarea, mensaje final.*

- Revisión de la tarea de las cartas.
- Ensayo de pedir algo que cada uno necesite del otro.
- Negociación simulada de las terapeutas para modelar aspectos importantes.
- Se les pidió que ensayaran negociar algo en la semana.

### Sesión 6. Fecha: 9 de octubre de 2009

Ellos habían intentado negociar, pero Andrea se comprometió a escribir sus gastos y no lo hizo; entonces él le negó un permiso de ir con su mamá y esto la molestó. Se les dijo que a veces es necesario empezar con algo pequeño. Dado que Gustavo quería que Andrea llevara un registro detallado de sus gastos, se sugirió como primer paso que Andrea hiciera un registro general de la semana. Gustavo dijo que estaría bien como inicio y que si lo hacía, le ofrecía a Andrea dejarla ir una vez al mes a casa de su madre. Andrea estuvo de acuerdo.

Dado que parecía que Andrea tenía que hacer cambios en casi toda su conducta en casa, se preguntó por los mínimos cambios necesarios. Andrea dijo que lo que más le interesaba era tener ordenada su ropa y cuadernos para evitar que su abuelo la regañara, también dijo que así sería más fácil encontrar sus cosas. Se hizo énfasis en el beneficio para sí misma. Se indagó sobre la dinámica en cuanto a la ropa y cuadernos, así como cuestiones del espacio físico en casa, ante lo cual Gustavo expresó que tiene pendiente comprarle un mueble para ropa. Andrea dijo que se ubicaba en un nivel de organización de 5 y deseaba llegar a 10.

Gustavo esperaba que su hija dejara de contestar cuando se le pedía algo, y sólo obedeciera. Se le preguntó en que nivel ubicaba a Andrea en cuanto a qué tanto contesta; dijo que en el 11 y que le gustaría que llegara al 6. Se le preguntó a Andrea qué estaba haciendo para estar en el 5 y no en 0 de organización, dijo que mantener su ropa limpia y saber donde están sus cosas. Gustavo no encontró ejemplos de cuándo Andrea no era “rezongona”. Andrea relató que no rezonga cuando su abuelito le pide cosas sin enojarse o cuando no está enojada.

Andrea se quejó de que le limitaban sus actividades preferidas. Se les preguntó sobre la idea que plantearon en la primera sesión en cuanto a que Andrea tomara clases recreativas. Gustavo respondió que no quería sobrecargar a Andrea, porque no estaba cumpliendo con la tarea de pastoral. Andrea acudía a la escuela de pastoral por decisión de su padre, pero a ella no le gustaba porque casi no había nadie de su edad. Gustavo preguntó si ya no debía llevarla. Se les indicó que esa era decisión de ellos y que les convendría platicarlo. Se les sugirió que si hasta el momento Andrea accedía a ir, una forma de equilibrar las cosas, era que continuara yendo y que también acudiera a alguna actividad de su elección.

#### *Intervenciones, tarea/mensaje final:*

- Preguntas de escala (O’Hanlon y Weiner Davis, 1990; Cade y O’Hanlon, 1995, y Tarragona, 2006).
- Andrea llevaría un registro general de su dinero, como primer paso para lograr llegar al objetivo final de llevar el registro detallado que su papá espera (O’Hanlon y Weiner Davis, 1990).

### Sesión 7. Fecha: 16 de octubre 2009

Habían ido a comer juntos y también habían estado saliendo a correr, lo que es beneficioso para el papá, quien subió 20 kg. Andrea sí hizo su lista de gastos y ahorros. Se continuó con el uso de las escalas. Gustavo quería que Andrea fuera menos rezongona, lo que definió como no debatir antes de hacer lo que se le pide.

Se les preguntó cómo calificaban su relación padre-hija. Consideraron estar en el 3 ó 4, y que habían avanzado pues antes estaban en 0. Gustavo reportó estar disfrutando más ser papá. Dijeron que estos avances eran el tipo de resultados que esperaban. Se les remarcó que era importante celebrar los “pequeños cambios” (usando el término del paciente) como motivación para lograr los grandes cambios. Se les dejó hacer una actividad como salir juntos y comprar un pastel, o hacer algo que los ayudara a darse cuenta de sus avances y celebrar que su relación padre- hija parecía ir por buen camino.

*Intervenciones, tarea/mensaje final:*

- Uso de escalas(O’Hanlon y Weiner Davis, 1990; Cade y O’Hanlon, 1995, y Tarragona, 2006).
- Revisar si el cambio logrado va en la dirección deseada (Ochoa, 1995).
- Se les dejó una tarea centrada en festejar los logros *en la relación*.

#### Sesión 8. Fecha: 23 de octubre de 2009

Para Andrea, hasta el día anterior habían estado bien y dijo que habían hecho la celebración de la relación con un pastel, pero que en la noche su abuelo y su papá la regañaron y la castigaron. Gustavo estuvo de acuerdo en que habían empeorado, diciendo: “es como si hubiéramos vuelto a empezar o peor”. Gustavo estaba molesto con Andrea por el pleito con los abuelos (que había involucrado a la tía). También estaba molesto porque Andrea le mandaba correos al novio de su prima, lo que podría generar más problemas.

Una de las terapeutas les externó que tenía la impresión de que toda la carga de los objetivos recaía en Andrea y esto la preocupaba. Además los resultados no sólo dependían de su esfuerzo, pues estaban involucradas otras personas. Andrea aprovechó esto para expresar que se sentía muy presionada por sus obligaciones. Gustavo dijo que esas eran responsabilidades que uno tiene consigo mismo, y agregó que podrían hacer algo de eso juntos. Señaló que ahora veía que a ambos les tocaba cambiar.

Andrea lloró y relató que en esa semana había considerado comer sal porque un maestro les dijo que así se suicidan en Japón, después lo pensó mejor y no lo hizo. Primero consideró que si ella ya no estuviera su papá ya no gastaría y sus abuelos estarían tranquilos, pero luego ;reflexionó que tendrían nuevos problemas y gastos por el entierro! Mencionó que lo que la ayudaba al estar triste era escuchar música o dormir.

Gustavo no sabía esto. Dijo que habían estado compartiendo tiempo y consideró que expresar ese tipo de pensamientos era para desquitarse de sus papás. Él había oído que una persona que se suicida no lo dice (las terapeutas aclararon que esto no era necesariamente cierto). Estaba molesto, pues pensaba que era un chantaje y preguntó si Andrea no necesitaba además de psicoterapia a un psiquiatra.

Se les indicó que parecían hablar dos idiomas, Andrea sintiéndose presionada y triste; y Gustavo enojándose, y que quizás estaban relacionadas ambas cosas pero que era difícil saber qué causaba qué. Se les reiteró nuestra preocupación por lo que Andrea había relatado y por las cortadas que ella se había hecho. Andrea dijo que se las había hecho tiempo atrás sin intención de dañarse. Se le preguntó si había vuelto a pensar en suicidarse y dijo que sí,

ese mismo día porque se enteró de que había reprobado una materia y eso podía implicar que la expulsaran. Gustavo no respondió al tema de la intención de suicidio y se enfocó en el tema escolar. Esto nos resultó sorprendente, así que volvimos a comentar que parecían dos idiomas, y que veíamos que en ese momento ambos tenían la necesidad de expresarse sobre lo que a cada uno le estaba preocupando. Salimos a hablar con el equipo.

Incorporando las ideas del equipo, les pedimos que hablaran sobre otras opciones además de la escuela para Andrea. También se hizo hincapié en que el deseo de morir es preocupante, y que si Andrea volvía a sentirlo debía pedir ayuda, para lo que se le ofreció que nos podía llamar. Se les preguntó cómo se iban. Andrea dijo que ella quería irse con su mamá para descansar y Gustavo dijo tener la impresión de que Andrea estuviera preparando sus maletas para irse de nuevo con su madre, pues ya lo había hecho antes.

*Intervenciones, tarea, mensaje final:*

- Normalización de altas y bajas en las relaciones (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990 y De Shazer, 1989).
- Intervención en la pauta (O’Hanlon, 1993). Se les dijo que dado que el fin de semana no podrían resolver lo de la escuela, les convendría darse un descanso, preocupándose sólo media hora al día a partir del lunes.
- Se les pidió considerar otras opciones que no implicaran seguir en la escuela. Se le dijo que a algunas personas que no estudian pero que son disciplinados en su trabajo también les va bien (como a Gustavo).
- Se le indicó que la idea de matarse es una idea común, pero si ésta se volviera recurrente, pidiera ayuda a su familia o a nosotros.

#### Sesión 9. Fecha: 30 de octubre 2009

Estaban mucho mejor, dijeron que habían logrado darse el “tiempo fuera” y que eso los había ayudado a calmarse. Gustavo averiguó que era probable que Andrea no fuera expulsada y esto lo tranquilizó. Andrea le contó a su papá sobre un problema de disciplina escolar en el que estuvo involucrada y las terapeutas mencionaron que ésta era una muestra de confianza por parte de ella; también se les planteó que en otro momento ante los problemas ella se hubiera vuelto a mudar. Ella reflexionó que los problemas no iban a desaparecer al irse, dijo que no había vuelto a tener ideas suicidas. Se sentía escéptica sobre la posibilidad de quedarse en su escuela sin problemas; se le dijo que lo único que podía hacer era poner de su parte, lo cual la tranquilizó y se comprometió a ello.

*Intervenciones, tarea, mensaje final:*

- Exploración del tema del problema escolar y el estado anímico de Andrea.
- Elogios por la manera de encarar el problema usando sus herramientas adquiridas en el proceso (Ochoa, 1985; O’Hanlon y Weiner- Davis, 1995).
- Se quedó la tarea de que Andrea tuviera su trabajo en orden.

#### Sesión 10. Fecha: 6 de noviembre de 2009

Únicamente se atendió a Andrea, debido a que su padre llegó tarde. Se averiguó que han solucionado sus problemas escolares, pues su papá había hablado con el director y sólo

recibió un regaño. Se le preguntó qué hubiera pasado si no pudiera seguir en esa escuela, a lo cual respondió que habría buscado otra escuela, mencionando que quiere seguir estudiando porque en ningún trabajo la aceptarían sin estudios; también dijo que quería ingresar al CCH donde estudió su hermano y ya sabe qué estudiará.

Andrea dijo que los conflictos con su prima Zamantha eran complicados. Relató que se llevaban bien, pero que cuando tuvieron una discusión, la mamá de Zamantha intervino para que no se reconciliaran. Se le preguntó con quién estaba más enojada por dicha situación. Respondió que con su tía, porque creía que ésta buscaba la forma de sacarla de casa de sus abuelos. A raíz de sus discusiones, su tía dejó de visitar tanto la casa de sus abuelos, culpando a Andrea. Dijo que en su familia era común que se formaran alianzas.

*Intervenciones, tarea, mensaje final:*

- Ella pensó en darle flores y/o una nota de disculpa a su prima para solucionar las cosas. Se le sugirió comentar su plan con su padre y/o pensar otras opciones, teniendo presente que su prima podría responder o no, pero que Gustavo vería que ella estaba dispuesta a hacer algo para mejorar la situación.

#### Sesión 11. Fecha: 13 de noviembre del 2009

Se inició sólo con Gustavo, ofreciéndole el mismo espacio que se le había dado a su hija. Gustavo dijo que él ya estaba viviendo con Naomi, su novia, cuando Andrea se mudó a vivir con sus abuelos. Actualmente estaba yéndose a dormir todas las noches con Naomi aunque en el día estaba en casa de sus padres y con su hija. Él no quería que su ex esposa se enterara de que estaba viviendo de esta forma y no quiso hablarlo en sesión con Andrea a menos de que notáramos que éste comportamiento la estuviera afectando mucho. Dijo que no estaba considerando irse a vivir plenamente con Naomi. Él creía que Andrea ya sabía esto y ya habían hablado de la posibilidad de vivir los tres juntos.

Él notaba más honesta y consciente a su hija. Ahora deseaba traer a sesión a Luis. Andrea llegó y mencionó un problema con una compañera, y su padre y ella dedicaron los últimos minutos a conversar sobre diferentes posibilidades de solución.

*Intervenciones, tarea/mensaje final:*

- Modificación de la estructura de la entrevista, pasamos solo a Gustavo poniendo un límite y mandando el mensaje de que ambos pueden tener su espacio además del de familia.

#### Sesión 12. Fecha: 20 de noviembre de 2009

Ellos no sabían si seguir o no en terapia. En este sentido, Gustavo comentó que él deseaba seguir, porque no quería caer en la “autosuficiencia” (término de AA). Pero Andrea notaba avances y creía que tenían herramientas para poder seguir solos. Dijo que había más comunicación entre ellos y pasaban más tiempo juntos. Andrea temía que se volvieran dependientes de la terapia, y que la usaran para ya no dedicarse otros espacios más que ese.

Gustavo estaba de acuerdo con los logros que su hija veía y agregó que notaba más interés de ésta en su propia vida y en sus estudios. Gustavo también dijo que había pasando más tiempo

con su hija (lo que dijo que antes evitaba); ambos fueron a un retiro, a correr y a comer un pastel. Sin embargo, él temía que Andrea le estuviera diciendo las cosas que él deseaba oír en cuanto a los cambios, pero no sabía si sería constante. Además, Gustavo seguía esperando que Andrea se reconciliara con su prima.

*Intervenciones, tarea/mensaje final:*

- Dado que no estaban de acuerdo en si debían continuar o no en terapia, la sesión se dedicó a discernir cuáles eran los motivos de cada uno, sus temores y sus propuestas.
- Se habló sobre los principales miedos que cada uno mencionó: dependencia y autosuficiencia y se exploró con ellos qué significados le asignan a éstas.
- Se les pidió ponerse en el lugar del otro y en la siguiente sesión tendrían que indicar: A) Andrea: cómo tendrían que ser las cosas para que ella considerara que necesitaran seguir en terapia B) Gustavo: cómo tendrían que ser las cosas para que él considerara que ya no necesitaran seguir en terapia.

Sesión 13. Fecha: 27 de noviembre del 2009

La sesión inició sólo con Andrea. Ella temía que si seguían en el tema de la familia su padre iba a seguir intentando cambiarla por completo de forma de ser. Dijo que seguían teniendo discusiones, pero consideró que todos las tienen. Se le preguntó cómo sabría que aún necesitan estar en terapia y dijo que eso sería si alguno de ellos tuviera una adicción, que ya no hubiera comunicación y que su padre le tuviera desconfianza (como antes).

Al llegar, Gustavo dijo que sí notaba cambios y creía que tenían que ver con la terapia. Él tenía confianza en nosotras, dijo que le habíamos dado buenas herramientas y esperaba que nosotras decidiéramos. Les preguntamos qué harían si decidiéramos lo contrario a lo que ellos deseaban. Andrea dijo que respetaría si nosotros les decíamos que debían seguir en terapia ya que dijo: “ustedes han estudiado”. Gustavo dijo que podría aceptar si les decíamos que ya no necesitaban ir aunque se quedaría preocupado por cómo está la situación con la familia extensa. Ambos querían nuestra retroalimentación, así que se les agradeció la confianza. Les pedimos que llegaran a un acuerdo en la semana y después les daríamos una retroalimentación que incluyera la opinión de ambas.

*Intervenciones, tarea/mensaje final:*

- Revisión de argumentos a favor y en contra de.
- Uso de preguntas hipotéticas para averiguar expectativas sobre nuestra retroalimentación y lo que pasaría con ellos con o sin terapia.
- Ensayo de habilidades de negociación.
- Se les pidió que llegaran a un acuerdo que incluyera las necesidades de ambos.

Sesión 14. Fecha: 4 de diciembre de 2009

Gustavo y Andrea acordaron respetar lo que nosotras les dijéramos. Les dimos una retroalimentación, señalando fortalezas y pendientes.

Fortalezas:

- Mejor comunicación y mayor confianza.

- Interés uno en el otro
- Espacios que comparten (p/e ir al cine)
- Relación más cercana padre-hija
- El que ellos mismos refirieran estar mejor, pese a ciertos “retrocesos”
- Gustavo reaccionaba de una forma más calmada ante los problemas de su hija.

Aspectos pendientes:

- Gustavo consideraba que necesitaban seguir y se quedaría preocupado.
- Relación con familia extensa

Por lo anterior, se les dijo que nuestra postura era 50% por continuar con la terapia y 50% que ellos continuaran por sí mismos.

*Intervenciones, tarea/mensaje final:*

- Se les indicó que los cambios suelen darse como “tres pasos adelante y dos atrás”.
- Se insistió en los avances observados y se les elogió por los cambios logrados.
- Se les indicó que sería útil darse un descanso para tomar una decisión estando más tranquilos. Las vacaciones podrían ser un tiempo para que vieran cómo iban las cosas en condiciones distintas (sin acudir a terapia) y que en enero se comunicaran con nosotros para conocer su decisión.

#### Sesión 15. 20 de febrero 2010

Para esta sesión hubo una pausa de dos meses ya que Gustavo fue operado. Él dijo que eso le había servido para ver que sí podían seguir solos, así que terminarían la terapia. Dijeron que habían sido muy útiles las recomendaciones sobre pasar tiempo juntos y festejar su relación. Gustavo apreció la estrategia de las cartas, pues lo ayudó a pensar y dedicarse más a su hija. Dijo que estaba disfrutando ser papá y ya no evitaba llegar a casa sino que buscaba tiempo para su hija. Andrea logró entrar a la escuela deseada, mejoró su rendimiento escolar y se reconcilió con su prima, lo que tenía a ambos muy contentos. Por otro lado, Andrea no se sintió escuchada en la sesión que nos refirió que le había pegado su papá. Gustavo mencionó que a él lo confundía cuando las terapeutas adoptábamos diferentes posturas entre nosotras, estrategia que abordamos para cuidar la neutralidad y ofrecer la idea de que es válido que haya diferentes posturas sobre un mismo tema.

Se les agradeció la confianza, se les elogió por la capacidad de trabajar en ellos mismos, su compromiso y sus logros; poniendo especial énfasis en señalar que éstos eran principalmente debidos a sus esfuerzos. Se acordó con ellos una sesión de seguimiento.

#### Sesión de seguimiento. 30 de abril del 2010

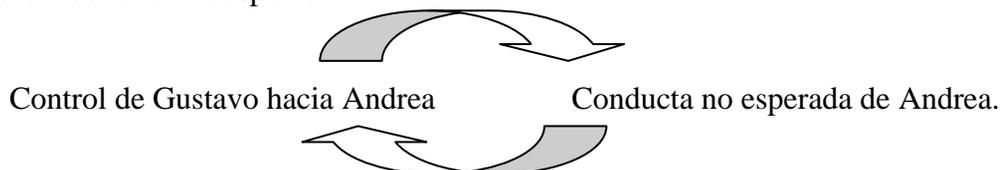
Ambos estaban trabajando en una lista de cosas que podrían hacer para mejorar su relación padre- hija. Al inicio de la terapia, las listas que Gustavo le pedía a su hija, eran sobre cosas que ella tenía que hacer, pero ahora la lista involucraba el comportamiento de ambos centrado en su relación (y no en la disciplina de su hija), lo que representaba un cambio.

También cambió la actitud en Gustavo, quien dijo que los veía muy capaces como padre e hija y que las cosas iban a seguir bien. Cuando estuvo enfermo valoró la ayuda de su familia y dijo sentirse motivado para seguirse acercando a su hija. Por otro lado, Andrea mencionó conflictos que habían tenido en relación a su disciplina, pero dijeron que no habían sido tan graves y que se sentían confiados en que podrían seguir adelante, pues “conflictos hay en todas las familias”.

### 3.1.2 Análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica.

En este modelo se considera que el cliente es experto en su propia vida, por lo que se parte de la definición del cliente de su problema y es él quien evalúa cuándo ya ha sido alcanzado el objetivo de terapia (Tarragona, 2006). Pero el terapeuta sí toma un papel activo para ayudar a que al definir objetivos y que éstos resulten alcanzables y concretos (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Al iniciar la terapia, el deseo de Gustavo era que corrigiéramos a Andrea, “que le devolviéramos otra”. Tuvimos que negociar los objetivos y ayudarlos a priorizar qué cambios eran deseados por ellos. Las primeras sesiones se tocaron los temas de la disciplina y la organización de Andrea porque ese fue el objetivo que ellos acordaron. Al transcurrir las sesiones empezamos a trabajar también la relación padre- hija, mencionando Gustavo que estaba disfrutando más el ser papá y buscaba tiempo para ello; y Andrea que su papá ya confiaba más en ella y eso le agradaba.

Observamos una pauta recursiva en la que si Andrea no se comportaba conforme a lo esperado, su padre respondía con más control, haciendo que ella se enojara y menos respondiera de la forma esperada.



El proceso de cambio incluyó que pudieran considerar como equipo qué objetivos querían lograr y buscaran soluciones satisfactorias para ambos. Ellos se veían cada uno por su lado, como “el proveedor” de disciplina y ella como “la oveja negra”. Al considerarse como equipo papá- hija, sumaron sus iniciativas, disminuyó la tensión y encontraron más soluciones.

- Objetivos Gustavo + Andrea.
- Soluciones Gustavo + Andrea.

La Terapia Breve centrada en soluciones acompaña el proceso de cambio de las familias y ayuda a ampliarlo en la dirección deseada. Para ello implementamos diferentes herramientas como: intervenciones de fórmula, preguntar por las excepciones, elogios, uso de escalas, intervención en la pauta, tareas, normalizar y despatologizar, entre otros (De Shazer, 1985, 1989; O’ Hanlon, 1993; O’ Hanlon y Cade, 1995; O’ Hanlon y Weiner Davis, 1990; Tarragona, 2006).

Ambos reportaron cambios durante el proceso. Esto nos llevó a preguntarles si esos cambios eran en la dirección deseada (Ochoa, 1995) y de ser así que hicieran algo para festejarlos, pero sobre todo darse cuenta que estaban ocurriendo. Dijeron que esto les había ayudado mucho. Un cambio que ellos observaron fue que cuando Gustavo y Andrea enfrentaron una dificultad importante (la posibilidad de que corrieran a Andrea de la escuela), ambos reaccionaron de forma diferente a la usual. Dijeron que les ayudó mucho el tiempo fuera que se dieron y que más calmados el papá la regañó menos, le dio espacio y la apoyó, por lo que Andrea disminuyó su pauta de rebeldía y pudo reflexionar ella sola los beneficios de quedarse, lo que le permitió tomar mejores decisiones. En esta ocasión pudo haber respondido mudándose nuevamente a casa de su madre pero no lo hizo “porque los problemas no desaparecen solos”.

Lipchik (2005) aclaró que los problemas no necesariamente tienen que ver con las metas ni con las soluciones y que la solución es aquello que de acuerdo a los clientes, modifique su situación y la haga menos problemática. ¿Qué soluciones encontraron? Pasar más tiempo juntos, celebrar sus logros, tenerse confianza, tomarse pausas cuando estuvieran muy alterados para discutir. Andrea logró mejorar mucho sus calificaciones, entrar a la escuela deseada y solucionar los problemas con la prima. Gustavo empezó a confiar en que su hija realmente quería cambiar y eso lo ayudó a reaccionar de manera más calmada hacia ella. Pero eran ellos los que tenían que decidir si ya se habían alcanzado los objetivos.

Dejamos que la decisión final sobre continuar o no en terapia, proviniera de ellos. La pausa los ayudó a decidir que sí eran capaces de seguir adelante y mostrar interés el uno en el otro. El proceso terminó de manera satisfactoria para los clientes y las terapeutas, quienes tuvimos la oportunidad de observar a una familia en el proceso de mudar su forma de relación padre-hija hacia una convivencia un poco más armoniosa en donde Andrea resumió que “conflictos hay en todas las familias, pero sí podemos seguir adelante”. Eso nos hizo saber que había cambiado su forma de percibir su situación problemática y ahora evocaba que tenían recursos y capacidades para esa situación en particular, lo que para O’ Hanlon y Weiner-Davis (1990) es señal de que se han alcanzado los objetivos de terapia.

#### *Algunas otras consideraciones.*

Pensamos en invitar a la mamá, al hermano, a la prima y a los abuelos. Sin embargo, consideramos que siendo terapia breve, debíamos centrarnos en los objetivos planteados por la díada padre-hija, confiando en que un pequeño cambio impactará otras partes del sistema (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Además, Gustavo tenía problemas con su jerarquía en casa, pues la sentía enfrentada a la de sus padres. Consideramos que era importante que fuera tomando más confianza como padre a cargo para desempeñar mejor su papel en casa, lo cual refirió que sí ocurrió.

Las metáforas pueden usarse en la terapia para ampliar un mensaje que se quiera transmitir (O’Hanlon y Cade, 1995). Hubiéramos podido usar la metáfora que Andrea nos proporcionó al inicio cuando dijo que le gustaba mucho cómo conduce el coche su papá. De haberle preguntado más por esto, habríamos averiguado más características positivas y recursos que

su papá usaba en el coche y trasladarlas a ser conductor de su familia. Dado que Gustavo trabajaba en un taxi, la metáfora hubiera sido muy clara y práctica para él.

Al inicio pasamos por alto algunos logros como estarse dedicando más tiempo o que Andrea se portase mejor, esa era una oportunidad para elogiarlos. Se debe aprovechar cualquier oportunidad para elogiar lo que los pacientes ya hacen dirigido a la solución de sus problemas (O' Hanlon y Weiner- Davis, 1990). Después retomamos esta estrategia.

En Andrea hubo señales de riesgo, como las cortadas que refirió hacerse, o el deseo de morir. Sin embargo, al preguntarle explícitamente sobre el deseo de morir, contestó que las cortadas no eran con la intención de dañarse y que ya no las seguía haciendo. Nos dijo que el deseo de morir no seguía presente y prometió pedir ayuda a su papá, abuelos o a nosotras si sentía que éste regresaba; pero no lo veía probable. En esta sesión nos fue muy útil la ayuda del equipo terapéutico que nos ofreció ideas para abrir opciones de acción e introducir información al sistema.

Sobre los problemas con la prima y los abuelos, no se podía hacer mucho sin tenerlos presentes a ellos. Andrea resentía que su padre esperara de ella que se volviera un “robot bien portado”. Sin embargo, ella encontró los recursos para arreglar las cosas con su prima y al final de las sesiones tenían de nuevo una buena relación. ¡Los pacientes siempre tienen muchos recursos! (O' Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

## FAMILIA 2. “LA HISTORIA DE UN LUCHADOR”

Terapeuta: Mónica Reyes Cárdenas.

Equipo terapéutico: Edmí Exzacarías, Hernán Ávalos, Georgina Barrera, Liliana Paredes, Eduardo Montes, Ruth Gamboa, Denisse Jaime y Paula Jiménez.

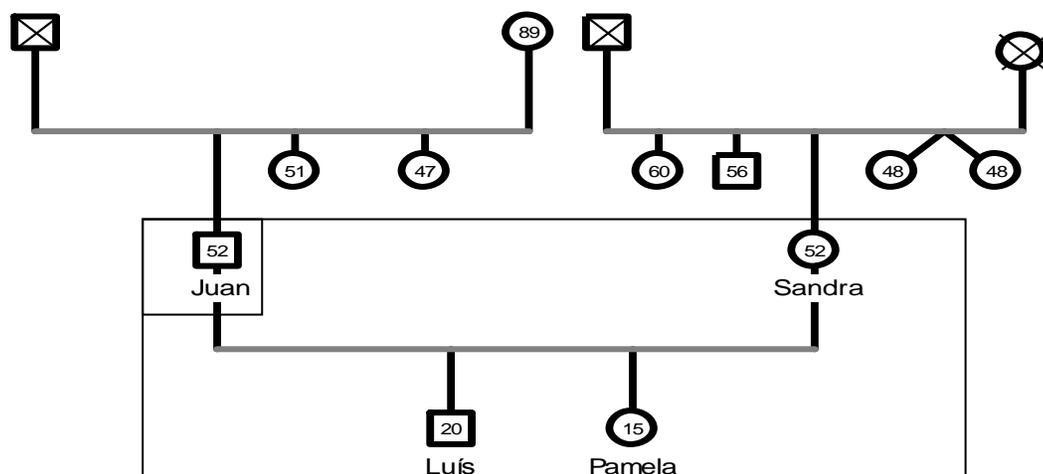
Supervisora: Nora Rentería Cobos.

Modelo de Supervisión: Terapia Centrada en Soluciones y Modelo Narrativo con equipos reflexivos.

Período de intervención: 07/09/2009 al 24/08/ 2010

Número de sesiones: 17.

### FAMILIOGRAMA:



### 3.1.1 Relatoría de las sesiones.

Juan se sentía desesperado porque no tenía un empleo fijo y esto le estaba ocasionando muchos problemas familiares, principalmente con su esposa Sandra. Ellos llevaban 22 años de casados y tenían dos hijos, Luis y Pamela. Sólo acudió a terapia Juan, que quería que lo escucháramos, pues tenía claro que nosotros no le conseguiríamos un empleo.

Aunque no se registraron cambios sorprendentes, Juan estuvo ampliamente comprometido con el proceso y despertó interés en el equipo pues era muy abierto y honesto y así nos contó la “historia de un luchador”, un hombre enfrentado al desempleo y cómo le hacía para que no le ganara la desesperación y poder convivir en paz con su familia.

Con respecto a la familia extensa, Juan visitaba frecuentemente a su mamá y se lleva bien sólo con una hermana. Su padre ya había muerto, lo cual fue para Juan una pérdida importante. Sandra era cercana a su familia y constantemente desea salir de vacaciones con ellos, motivo frecuente de pleito entre Juan y Sandra, pues a él le parece que gastan mucho y le enoja que su esposa quiere que él sea cariñoso “y cursi” como su conuño. Juan se siente respaldado en Alfonso, hermano de Sandra.

Mientras Juan tuvo un empleo fijo, la familia vivió con un nivel más alto de vida, sin preocupaciones económicas. Sin embargo, a partir de que perdió su empleo, la familia tuvo que reacomodarse a una situación económica más apretada de clase media, lo cual los hacía sentir enojados. Cada miembro de la familia tenía ideas diferentes sobre cómo solucionarlo. Juan estaba muy orgulloso de que no tenía deudas, pero esto hacía que Sandra sintiera que él no gastaba en su familia, mientras que sí gastaba en otros lados. Por su parte, Sandra y su hija esperaban que Juan ganara más y constantemente le recriminaban que no consiguiera un mejor empleo, lo que terminaba por irritarlo.

Juan y Sandra trabajaban en un negocio de comida y además vendían otros productos. Juan trabajaba como mesero en eventos de fin de semana, situación que le dificultaba compartir tiempo con su familia, pero aún así él buscaba espacios para desayunar con ellos o platicar, porque para él esa era la única forma de estar bien como familia. Dijo que sin su familia nada tendría importancia, así que deseaba trabajar para estar con ellos como antes. Ellos ya habían asistido a terapia de pareja y a retiros matrimoniales, pero: “sirvieron un rato y luego ya no”. Con respecto al empleo, Juan dijo haber repartido currículos y buscado trabajo como mesero, en ventas y servicio al cliente.

Durante todas las sesiones trabajamos con equipo reflexivo, aunque al inicio estuvimos basados en la Terapia de Soluciones, y poco a poco nos desplazamos a la Terapia Narrativa.

#### Sesión 1. Fecha: 7 de septiembre del 2009.

Juan tuvo un empleo durante 25 años pero hace seis años lo despidieron sin previo aviso y no ha vuelto a tener un ingreso fijo. Mencionó qué hacía para salir adelante y no “volverse loco”: ser paciente y buscar trabajos en distintos medios aunque fueran eventuales. Hizo una larga lista de empleos que ha buscado ¡y conseguido!, lo que les permitía no tener deudas. Su esposa se quejaba de que no es suficiente el dinero que Juan llevaba a la casa.

Juan estaba orgulloso de sus hijos, en particular de Luis quien estudió para chef e inauguró su negocio. Con Pamela tenían algunos roces pero en general los papás llevaban con ella una buena relación. Él esperaba principalmente que lo escucháramos, pues sabía que no le conseguiríamos trabajo. Le expliqué cómo era el trabajo con equipo reflexivo.

El equipo le preguntó:

- Ya que Luis parecía estar siguiendo el ejemplo de su papá, un hombre trabajador, ¿querría Juan entrar a trabajar con su hijo? Juan lloró emocionado.
- ¿Sandra estaría esperando poder participar con él en sus proyectos? ¿Habían hablado sobre sus expectativas para resolver el problema?
- El equipo lo elogió diciendo que Juan parecía ser un hombre trabajador y responsable y mencionaron los múltiples ejemplos sobre lo que hace para salir adelante.

Juan no quería trabajar con su hijo porque valoraba que sus hijos pudieran seguir su propio camino. También pensaba que Sandra esperaba de él que trajera más dinero a casa, expectativa que también era suya. Acordamos la fecha de la siguiente sesión.

### Sesión 2. Fecha: 21 de septiembre 2009

Le pregunté por el problema, en qué consistía y qué tan grave lo veía. Juan estableció que él sí lograba pagar sus cuentas, lo cual lo hacía sentirse tranquilo y que era Sandra la que consideraba que había un problema económico. Para Juan el problema eran los pleitos familiares que él asociaba a la falta de dinero. Nos dijo que la relación con su familia era muy buena y había unidad, exceptuando cuando peleaban por dinero. En esos momentos, Sandra le reclamaba, él optaba por su “sistema vale madres”, (tratar de que las cosas no le afectaran), y Sandra se sentía más enojada y sola; y reclamara más. En una ocasión Sandra le dijo que lo iba a demandar por maltrato psicológico, lo que no había cumplido. ¿Cuándo lograban romper esta pauta? Cuando Juan estaba tranquilo o cuando podía salir y calmarse.

Él deseaba que todos en la familia aceptaran ayuda de los demás sin quejarse, cosa que no ocurría. En este punto debí decirle que lo que sí podía hacerse en terapia era trabajar en lo que él deseaba cambiar de sí mismo en su familia. Habló de cómo él sí colabora en casa desde que perdió el trabajo estable: lava platos y organizó y colabora con un pizarrón de recados en donde cada uno informa dónde está.

Mencioné que a algunos hombres que han perdido el trabajo les resulta benéfico escribir sobre ello para pensar en lo ocurrido y que a menudo les servía para ir a pedir trabajo con una actitud más tranquila. Él dijo que no le gustaba escribir y prefería no hacerlo.

El equipo preguntó:

- Tal vez su esposa también quería ser escuchada y entendida, pues parecían desconectados, ¿eso podría estar impidiendo el diálogo?
- ¿Se daba cuenta de que todos parecían estar haciendo algo para que la familia estuviera bien?
- Se habló sobre constructos culturales acerca del papel del hombre en la familia.
- Ser jefe de familia era un puesto solitario, ¿creía que podía moverse de ahí? ¿Cómo?

Juan se sintió entendido por el hombre del equipo que habló sobre el papel del hombre en la familia. Juan estaba de acuerdo que ser el jefe era solitario, pero dijo que no podría bajarse porque su familia empezaría a pensar en él como “pobre güey”.

### Sesión 3. Fecha: 13 de octubre del 2009.

Juan había tenido menos discusiones con Sandra y esto lo atribuía a su “sistema vale madres”. Le pedí que me definiera más este sistema y explicó tristemente que al hablar de esto se daba cuenta que no es ningún sistema, sino un resultado del cansancio profundo por tantos pleitos. ¿Cuáles eran los principales motivos por los que se peleaba con su esposa? Dijo que un cuñado les ayuda a pagar las colegiaturas pero que a Sandra no le gustaba recibir esta ayuda. También dijo que discutían por que Sandra le contaba sus problemas al pastor de su religión. Principalmente era por la falta de empleo fijo.

Contó la historia de los trabajos que ha tenido, que tituló como: “la historia de un luchador” Le pedí que evaluara en la escala del “luchadorómetro” a cada miembro de su familia. Puso a su hija en el 4, a Luis en 7, a Sandra en 8 ó 9, y a él mismo en 9 ó 9.5.

Le pregunté si habría alguien en su historia que sabría que él es este luchador. Habló de su familia de origen y de cómo él ayudó mucho a su padre cuando estuvo enfermo. ¿Y qué le diría su padre al verlo en la situación en la que está? Le aconsejaría: “no seas pendejo, encausa lo cabrón que eres en hacer cosas”. Mencione que parecía que él ya había tenido éxito anteriormente canalizado sus fuerzas para proteger a quien quiere, pues así lo hizo cuando su padre estuvo enfermo. No estuvo de acuerdo pero sonrió ampliamente.

Esta parte pudo haber enriquecido mucho el resto de las sesiones si hubiera usado más preguntas para trabajar la remembranza, de manera que el recuerdo de la relación con su padre ayudara a fortalecer la historia alternativa de él como un luchador y no sólo como alguien abatido por el problema.

Dijo que sus valores principales eran luchar por ayudar a personas desconocidas, ser feliz y tratar de no tener problemas. Agregó que actualmente se desesperaba porque no le salía lo profesional. Habló de cuando sí tuvo éxito en su trabajo y puso ejemplos de cómo sólo con trabajar bien tenía recompensas y satisfacciones.

Juan fue a un lugar donde deseaba que le dieran trabajo fijo y logró que le dieran un empleo temporal. ¿Qué recursos usó para lograrlo? Apertura, iniciativa, insistencia y decisión. Su familia se alegró por él. Le hice notar (debieron haber sido preguntas) que este trabajo lo había obtenido a pesar de su edad y de la situación económica del país (razones a las que atribuye su desempleo) y dijo sonriendo que este éxito lo atribuía a su propio desempeño.

No hubo equipo reflexivo porque fue fuera del horario habitual de sesiones.

### Sesión 4. Fecha: 19 de octubre del 2009.

Juan se sentía muy angustiado porque a Sandra le ofrecieron un trabajo que él temía que era un fraude. Se sentía frustrado porque no sabía si ella le haría caso. Estuve preguntando por

detalles de esta situación, pero hubiera sido más enriquecedor preguntar más por los significados asociados a esto y cómo se relacionaban o no con el motivo de consulta. Juan dijo que había tenido más trabajos eventuales y que disfrutaba mucho su trabajo, donde valoraba poder dar el mejor servicio posible.

El equipo:

- Continuó con la metáfora del jefe de familia como capitán de meseros, y preguntó: ¿es posible para el capitán encargarse de todo? ¿o podía delegar funciones y confiar y respetar las decisiones que cada uno tomara?
- Le sugirió que quizás Sandra quería escucharlo pero no que él decida por ella.

Al salir, Juan me preguntó si asistiría a un evento en los que él trabajaba para darle una perspectiva de cómo lo veo como profesional. Le contesté que no era posible por la relación terapeuta paciente pero le agradecí su apertura y confianza.

#### Sesión 5. Fecha: 9 de noviembre del 2009

Juan continuaba mejorando su área laboral, estaba más tranquilo y con menos pleitos con Sandra. Ella le dijo que estaba menos agresivo e irritado y más involucrado con la familia. Juan contó esto llorando y recalcó que se sentía agradecido con Sandra por haberlo esperado y apoyado en tiempos difíciles. ¿Qué cambios estaba notando ahora? Ella le estaba preguntando en qué le podía ayudar, a diferencia de sólo reclamarle.

Ahora estaba preocupado por Pamela, quien le platicó que comenzó a fumar. Se le remarcó que parecía que su hija confiaba en él, pero él rechazó esto.

Ellos habían tenido muchos momentos de unión familiar, lo que él valoraba mucho. ¿Qué lugar creía tener él en su familia? Se consideraba un eje fuerte en su familia. Dijo que tal vez él no era cariñoso, pero que sí es detallista. Narró que tiempo atrás le organizó a Sandra ¡durante todo un año! una gran fiesta sorpresa de cumpleaños. Ella se lo reconoció mucho. Yo pensé que esto era una excepción, pues la fiesta sorpresa ocurrió cuando ya había perdido el empleo y fue algo valioso (distinto al dinero) que Juan pudo aportarle a Sandra y que fue bien recibido. Hice muchas preguntas para hacer foco en este evento. Creo que la conversación se hubiera enriquecido más preguntándole si para él esto era una excepción y sólo de ser así continuar por esta vía.

El equipo:

- Le preguntó cómo su familia podría darse cuenta de que para él son importantes, pues los detalles pueden significar diferentes cosas para cada uno.
- Volvió a plantear el tema cultural de los hombres y su rol social.
- Dijo que para poder enseñar a otros a veces hay que aprender de ellos.
- Preguntó si ahora que estaba teniendo una bonanza económica estaba pensando en cómo administrarse, pues había épocas de bonanza y épocas de “vacas flacas”.

Juan dijo que con el dinero que estaba ganando ¡planeaba un viaje familiar a Disneyland!

#### Sesión 6. Fecha: 25 de enero del 2010

Él no llegó a la sesión ni se comunicó para avisar que no vendría. La jefa del centro me comunicó que Juan había asistido en un día que no era el que habíamos acordado.

#### Sesión 7. Fecha: 8 de febrero del 2010

Juan estaba feliz porque había tenido mucho trabajo. Sin embargo, Sandra le preguntó por qué no se iba de casa, pero él no hizo caso. ¡Ni yo tampoco! Debí haber hecho un alto y preguntado si creía que Sandra hablaba en serio y de ser así qué pensaba hacer. También debí haber hecho notar que quizás Sandra tenía otras razones para estar muy enojada además del dinero. Juan también se quejó de que su familia no tenía iniciativa y cuando sí hacían las cosas no le gustaba cómo las hacían.

Decidí hablar sobre los malentendidos en cuanto a fechas de las sesiones de terapia y le dije que era mejor aclarar las cosas que molestan, pues quedarse callado no ayuda a llegar a acuerdos para prevenir que volvieran a ocurrir. También pensé que esto podía servir de manera indirecta como estrategia de comunicación que él podía usar en casa. Le dije que pensaba que estar esperando a que el otro acudiera a la cita era muy enojoso y no era lo que ninguno de los dos queríamos, pues tanto para él como para mi era importante el valor del compromiso con los demás. Acordamos confirmar las citas y anotarlas los dos. El equipo se quejó de que la discusión había sido demasiado simétrica y consideraron que él me había culpado de todo. Yo resalto que llegamos a acuerdos para no repetir los malentendidos.

El equipo:

- Le preguntó qué otras cosas (distintas al dinero) estarían valorando en él su familia.
- Lo elogió diciendo que era un hombre con mucha iniciativa y preguntó: ¿esto estaba dificultando que sus hijos tuvieran tiempo de mostrar iniciativa antes de que él actuara?

Juan estaba de acuerdo en que los enojos se hablan, eso le servía.

#### Sesión. 8 Fecha: 22 de febrero del 2010

Tracé con él un mapa del problema en el pizarrón y averiguamos cómo es la angustia que siente y qué consecuencias le ha traído. Él ubicaba principalmente problemas con su familia. Con la falta de dinero se sentía discriminado, no incluido, que no aceptaban sus ideas, no necesitado y le daba desesperación y angustia. Dijo que la “Desesperación” y la “Angustia” lo llevaban a enojarse y a no poder hablar con su esposa, problema que seguramente sus hijos notaban. El equipo preguntó: ¿Juan mantenía consigo mismo un diálogo interior negativo proveniente de la desesperación y angustia? ¿Lo hacía pensar o sentir cosas feas de quién era él? Él no pudo poner ejemplos de este diálogo interior

Juan lograba vencer a la Desesperación y la Angustia, y relacionarse mejor con su familia cuando no presionaba a Sandra, escuchaba a sus hijos y recibía y daba ayuda.

En la pausa inter- sesión observamos por el espejo que Juan estaba copiando en una libreta lo del mapa del problema. Además, Juan trajo donas para todos. Colocó diligentemente una mesa con manteles que improvisó con servilletas que traía y acomodó las sillas para el equipo. Dijo que así como nosotros le aportábamos él quiso aportarnos.

El equipo:

- Le agradeció mucho su regalo y atención con nosotros.
- Comunicó que observaba un patrón en donde mientras más le exigía Sandra a Juan, él menos hablaba, lo que dificultaba aún más la comunicación.
- Le preguntó ¿cuál era la diferencia entre la soledad que sí disfrutaba y la que no?

#### Sesión 9. Fecha: 8 de marzo del 2010

Sandra le pidió a Juan que la acompañara al dentista, pero cuando le dije que esto era una forma de expresar que aprecia su ayuda, él dijo que aceptó “porque no le quedaba de otra”. Paralelamente, intenté trabajar las excepciones centrándonos en el tema de las vacaciones, porque él dijo que en vacaciones su familia sí le hace caso y sí le reciben su ayuda. Sin embargo, Juan me dijo que creía que esto era “porque les conviene”. Debí haber confirmado primero si para él lo que ocurría en vacaciones era una excepción al problema.

El equipo:

- Sugirió ideas alternativas a por qué Sandra podría haberle pedido ayuda y le invitaron a pensar en más.
- Le preguntó que él que tanto da, ¿qué tanto se permite recibir?

Juan no pudo pensar en otras razones por las cuales Sandra le hubiera pedido ayuda.

#### Sesión 10. Fecha: 22 de marzo del 2010

Hablamos sobre cómo la Impotencia atrapaba a ambos miembros de la pareja y no sólo a Juan; y este atrapamiento los llevaba a no poder relacionarse como quisieran. Él estuvo de acuerdo con esto. Tomando en cuenta el contexto socio cultural, le pregunté si habría más parejas que también pasaran por difíciles situaciones económicas. Dijo que sí.

Le dije que el equipo sentía que estábamos dando vueltas sobre los mismos temas y esto ocurre cuando las personas sienten que algo les falta de ser escuchados y le pregunté qué era aquello. Expresó que le enojaba que Sandra no se diera cuenta de que él sí les aportaba. Ese era un tema novedoso, así que pregunté si él se veía a futuro con su esposa. Dijo que sí se veía a futuro con ella porque compartían un proyecto en común, sus hijos. A sugerencia del equipo le pregunté por la relación de pareja antes del problema, y dijo que era buena. Narró que Sandra provenía de una familia con peor situación económica que la de él, así que en comparación, al inicio Juan ocupaba una posición distinta en la pareja.

El equipo:

- Sugirió que era un reto dividir los espacios con los hijos de los de pareja y que a futuro podría ser un reto desarrollar una relación de pareja agradable para ambos.

- Le cuestionó cómo podrían defenderse Juan y Sandra juntos del monstruo de la Impotencia que se robaba la convivencia familiar, preciada para ambos.

Juan estaba de acuerdo en que había que estar bien con la pareja porque sabía que los hijos se iban a ir. Al final, Juan preguntó hasta cuando iba a seguir yendo a terapia porque podría encontrar trabajo. Le dije que él era quien evaluaría si ya se habían cumplido los objetivos.

#### Sesión: 11. Fecha: 5 de abril del 2010

La familia se separó en las vacaciones, pues su esposa e hija se fueron a la playa con la familia de ella; y su hijo y él se quedaron. Ella le mandaba mensajitos, pero él dijo que no era interés por parte de ella, que eran muestra de sarcasmo o masoquismo. Le pregunté si Sandra era una persona sarcástica y dijo que no. Al darse cuenta de la incongruencia dijo que a lo mejor entonces le había escrito por lástima hacia él.

Juan se quejó de haber tenido poco trabajo ¡en semana santa! Habló de la soledad y de la depresión y que cuando le pegaban sentía que faltaba mucho dinero y se angustiaba. También sentía que su familia lo hacía a un lado y que la convivencia familiar no era muy profunda. ¿Qué le ayudaba en esos momentos? Salir en bicicleta.

En la pausa, algunos del equipo me dijeron que estaban enojados porque no era claro que él estuviera haciendo algo por salir adelante y que era llamativo que no pudiera reconocer en sus familiares su disposición a tratarlo bien. Decidimos que había que hacer algo diferente, pues la historia parecía estancada y faltaba la perspectiva de Sandra y sus hijos.

Yo le planteé que invitara su familia a la próxima sesión, para que fungieran como testigos de su proceso. A sugerencia del equipo, también le dije que le pidiera a cada miembro de su familia que nos escribieran una carta presentándonos a Juan desde su propia perspectiva.

El equipo le preguntó:

- ¿Cómo estaba colaborando él para enseñarle a su familia que hay cosas más importantes que el dinero?
- ¿Estaba acomodándose a su tristeza para no cambiar lo que sí está en sus manos, que es su forma de reaccionar?

Juan no creía que se estuviera acomodando a la tristeza y creía que él ya ponía de su parte.

#### Sesión 12. Fecha: 19 de abril del 2010

Juan no asistió aunque llamó para avisar porque tenía evento como mesero.

#### Sesión: 13 Fecha: 3 de mayo del 2010

Sólo acudió él. Habló de la influencia de su padre y la relación de éste con la comida. ¿Asociaba eso con su decisión de dedicarse al servicio de la comida? Pensó que era probable. Juan dijo que todos en su familia estaban ocupados y que por eso no irían, pero sí les había pedido las cartas y las traía. El equipo leyó las cartas en voz alta *como si* fueran

cada miembro de la familia. Juan lloró de principio a fin. Por medio de las cartas supimos que: a) Sandra sí le expresaba cariño y preocupación pero también estaba muy enojada con él, b) Su hija estaba preocupada por su salud y le expresaba cariño, c) Madre e hija deseaban que mejorara su situación económica y d) Luis estaba muy orgulloso de su padre y sólo pedía que no se enoje tanto.

El equipo:

- Leyó las cartas como si fueran los miembros de la familia. Una compañera leyó la carta de Sandra como si fuera ella, un miembro varón del equipo leyó la carta de Luis como si fuera de él, y la carta de Pamela la leyó otra compañera como si fuera ella.

Juan se quejó de que Sandra parecía no darse cuenta que gracias a sus ahorros estaban saldadas las cuentas de la familia. Le dije que las cartas eran como una foto de la familia, que reflejaban sólo un momento de ésta y que la intención era que escuchara lo que su familia quería decirle. Dijo que le iba a dedicar una semana a la lectura y reflexión de cada una de las tres cartas.

#### Sesión 14. Fecha: 24 de mayo del 2010

Juan nos dijo qué efectos habían tenido las cartas en su familia, que fueron especialmente significativos con Luis, a quien pudo acercarse mucho por medio de una canción. Por otro lado, Pamela estaba teniendo problemas escolares, pero mientras Sandra planeaba ponerle límites más fuertes, él iba a ser el “alcahuete”. Con Sandra había mejorado la situación, pero él lo atribuía a que había contribuido con más dinero a la casa. Juan guardaba todas las cartas que le ha dado su esposa, donde le juraba amor eterno.

El equipo:

- Planteó que en esta familia todos parecían tener formas de acercamiento diferentes y preguntaron: ¿cómo necesitará cada uno que los demás se acerquen?
- Le sugirió que adaptara la canción que usó con Luis para ahora acercarse a su hija.
- Alguien del equipo contó un ejemplo similar de su vida personal y que esto la hacia preguntarse si quizás lo que su hija necesitaba era de un frente común de sus padres que le ayudara a tener una disciplina firme y guía para sus problemas escolares. Esto reforzaba la idea del equipo de padres, en lugar de uno contra otro.
- Le sugirió que fuera a ver “Defendiendo al Cavernícola”.

Juan se sintió entendido por la persona del equipo que dijo que también tenía problemas con su hija, pero pensó que cada caso era diferente y requería diferente solución.

#### Sesión: 15. Fecha: 7 de junio del 2010

Juan se había acercado a Pamela. En esto respondió a la invitación que le hizo el equipo de acercarse también a su hija. Juan dijo que con Sandra las cosas seguían mal, hasta el punto en que ella le había preguntado, ¿por qué no te vas? Habló también de que deseaba trabajar temas relacionados con la sexualidad, que es nula con su esposa. En este punto volví a pensar en la importancia de que la pareja trabajara en equipo, pues este tema requería de la cooperación de ambos.

Yo le leí la carta que elaboré para su familia, en la cual sugerí preguntas que enriquecieran el diálogo familiar y encontraran formas de estar mejor ante la situación que viven. Juan se entusiasmó y dijo que haría una cena familiar para que la leyeran todos.

El equipo:

- Le dijo que lo escuchaban decir que se sentía devaluado, rechazado e invalidado por la parte económica.
- Le preguntó si todo el enojo de su esposa de verdad sólo será por la falta de dinero o si habría algo más.
- Describió que parecía que su familia expresaba el afecto con atenciones y comida. ¡En este punto recordé cuando nos trajo donas!
- Sugirió que con la esposa valdría la pena intentar una terapia de pareja.
- Se despidió de él agradeciéndole su confianza, y Juan les agradeció la ayuda.

Juan no creía que hubiera nada más allá del dinero relacionado con el enojo de su esposa. ¿Valía la pena investigarlo juntos en una terapia de pareja? No estaba seguro. Alguien del equipo recomendó derivarlos a una terapia de pareja.

#### Sesión: 16 Fecha: 21 de junio del 2010

Juan tenía una entrevista de trabajo y estaba esperanzado, pues le dijeron que habían oído que él trabaja bien. Dedicué gran parte de la sesión a escuchar sus expectativas y a pensar con él cómo podría poner en práctica sus recursos para que fuera exitosa.

¿Cómo había reaccionado su familia a la carta? Mencionó que creía que su familia ya había leído la carta que escribí con ideas del equipo, y dijo que no le habían comentado nada a él pero que creía que les había gustado.

Insistí en que el equipo observaba que iban bien como familia pero que como pareja tenían problemas importantes y que valdría la pena que asistieran a terapia de pareja. También le pedí pensar cómo se daría cuenta que las cosas estaban suficientemente bien como para dejar la terapia, qué tendría que notar.

Le planteé las siguientes posibilidades a partir del regreso del período vacacional: 1) Seguir en sesiones, en cuyo caso tenía que pensar qué temas le hacen falta por hablar. 2) Tomar terapia de pareja. 3) Cerrar el proceso considerando que su vida familiar (sobre todo con los hijos), y su situación económica parecían ir avanzando.

#### Sesión 17. Fecha: 24 de agosto del 2010

Por teléfono Juan me dijo que había decidido junto con Sandra que asistirían a terapia de pareja, por lo que lo cité a una sesión de cierre. En ella abordamos los siguientes temas:

A) Situación con su familia. La relación con sus hijos continuaba siendo buena, y recientemente Pamela se había acercado más a él pidiéndole consejos y compartiendo tiempo. Seguían teniendo problemas con ella, pero Juan y Sandra estaban unidos en buscar formas de solucionarlo.

B) Juan y Sandra decidieron juntos volver a intentar la terapia de pareja. Enlistó las principales áreas de problemas con Sandra: comunicación, tolerancia, área sexual y requerimientos económicos. Le dije que en la terapia de pareja sería una ayuda tener claras sus quejas y expresarlas para establecer los objetivos a trabajar.

Para Juan, Sandra estaba poniendo de su parte y las cosas estaban “un poquito mejor”, ejemplificando que estaban usando la estrategia del pizarrón y que además ella escuchó y le hizo caso sobre una petición que él le hizo. Él estaba ayudando más en casa.

C) Rechazó la oferta de trabajo que le hicieron porque le pagarían poco y el trabajo sería mucho. Actualmente estaba esperando que un amigo suyo ponga una nueva sucursal de su restaurante y lo invitara a trabajar. Comentó que con los trabajos temporales que tiene sí está logrando pagar sus deudas.

D) Le pregunté qué cosas que le habían funcionado de la terapia y cuáles no. Le ayudó tener al equipo escuchándolo y opinando con base en lo que él había dicho y no en teorías; pues esto lo hacía sentir que eran opiniones bien fundamentadas. Le gustó que el equipo tuviera integrantes de ambos géneros porque le ofrecían diferentes perspectivas y con los hombres no se sentía tan amenazado, pues “ellos podían defenderlo si las mujeres nos aliábamos con su esposa”. Dijo que desarrolló una relación terapéutica de confianza y respeto y que se sintió muy escuchado; lo cual era su principal objetivo de terapia. Las cartas de su familia le sirvieron para enterarse de manera nítida sobre sus perspectivas. Además se acercó más a sus hijos como respuesta a las mismas.

A Juan le hubiera gustado tener presente al equipo terapéutico (y no detrás de la cámara) porque creía que podían estar cuchicheando. Le hubiera gustado convivir con el equipo fuera de la terapia (le expliqué que no era posible por razones institucionales y éticas); y le hubiera gustado que le dejáramos tareas (no escritas) con directrices concretas para mejorar su convivencia familiar. Puso como ejemplo que le dejáramos salir a cenar con su esposa, ¡lo cual él ya hacía!

E) Perspectivas a futuro. Juan sí se veía a futuro con su esposa y relacionándose con sus hijos. Para él era muy importante la convivencia familiar y la unión, así que seguirá luchando por mejorar su situación económica y por encontrar tiempo para pasar con ellos.

Como resultado adicional, los canalicé a terapia de pareja y actualmente Sandra y Juan continúan trabajando en su terapia para llegar a acuerdos que les permitan vivir mejor. Reflexioné que en terapia de pareja es importante que ningún miembro de la pareja se sienta en desventaja con el terapeuta y que Sandra podría sentir que yo tenía una alianza previa con Juan, por lo que era mejor que los atendiera alguien nuevo para ambos.

### **3.1.2 Algunas reflexiones.**

En la Terapia Narrativa se considera que las personas experimentan problemas cuando las narraciones con las cuales relatan su experiencia y/o las narraciones con las cuales su experiencia es relatada por otros; no representan suficientemente sus vivencias. Se busca que la persona pueda identificar o generar relatos alternativos que le permitan representar nuevos

significados, agregar nuevas posibilidades y significados que sean más útiles, satisfactorios y que dejen la historia con un final abierto (White y Epston, 1993).

Juan creía que sus problemas eran porque ya no era el principal proveedor económico de su familia y creía que si conseguía un empleo bien remunerado, ellos ya no tendrían problemas. Esta historia podía ser cierta, pero era una historia delgada que empobrecía sus alternativas de acción, lo que a su vez limitaba su agencia personal. La agencia personal es la capacidad de participar en forma activa en el modelado de su vida y acciones (White y Epston, 1999). Si podía surgir una historia más rica (llenas de detalles, conexiones y que proviniera de la persona, Tarragona, 2006) en la que él conectara más aspectos de lo que le es importante y cómo lucha en conseguirlo, Juan podría estar menos atrapado por la “desesperación de no tener un empleo fijo” y más libre para participar en forma más activa en el modelado de sus acciones en la convivencia familiar.

En las sesiones que Juan contó que había tenido una buena racha laboral también mencionó haber tenido una convivencia familiar agradable. En contraste, en las sesiones donde dijo que no había tenido trabajo mencionó haber tenido más problemas familiares.

Trabajo —————> Convivencia Familiar buena.

¿Pero qué causaba qué? ¿Había otras historias posibles? Juan percibía que la falta de empleo afectaba negativamente su estado de ánimo y lo hacía ver todo más negro y sentirse más solo y desesperado. Le pregunté si esto le dificultaba ver lo que su familia sí hacía para ayudarlo, pero él dijo que su familia sólo lo trataba bien cuando les convenía. Aunque sí notaba los detalles que su familia tenía con él e incluso con lágrimas le agradeció a Sandra haberlo aguantado pese a su mala situación económica; cuando le señalábamos los esfuerzos de su familia por apoyarlo; él los atribuía a motivos “comodinos” y terminaba enojándose. Esto requirió de la paciencia del equipo y la mía. Tuve que trabajar con los presupuestos de la terapia breve sobre ir detrás del cliente, dar tiempo para ajustarnos a la fase de cambio donde se encuentra el cliente y para adaptarnos al tipo de relación que establece con nosotros ese cliente en particular (Beyebach, 2006).

De acuerdo a Suárez (2006), las verdades normalizadoras son aquellas que saturan la identidad de la persona con el problema, ignoran acontecimientos que contradigan el problema y así empobrecen la narrativa personal. Parecía que la percepción del lugar que Juan tenía en su familia, estaba atrapada por verdades normalizadoras sobre ser proveedor económico como único rol aceptable para un padre en la familia, por lo que se intentó deconstruir algunas ideas culturales respecto a esto. La deconstrucción es una profundización en el análisis de estas ideas en el que se busca contextualizarlas y analizar su efecto en la vida de las personas (White, 2002b). Aunque Juan agradeció los comentarios que le hicieron sobre esto, él siguió considerando que sí era su labor ser el principal proveedor y jefe de familia; incluso si esto lo hacía sentirse solo y que no le agradecían lo suficiente. Para él la alternativa era peor, pues si mostraba su desesperación y angustia por no ser este proveedor; en su casa lo verían como “pobre güey, ya está viejo” y quizás lo correrían. Pienso que para él no era cuestionable que al hombre le toca ser el jefe y el proveedor de familia. Debimos

averiguar cómo usar esta idea de una manera creativa en beneficio de todos en la familia, principalmente de él.

Pienso que hubiera sido útil incluir una deconstrucción de las ideas culturales relacionadas con la edad, pues este era un tema que le preocupaba. Juan me había dicho que le preocupaba sentirse ya senil, término que también destinaba en ocasiones a Sandra. ¿Qué significaba para él esta idea? ¿Estaba asociada para él con el tema del desempleo? ¿Podía tener un lugar en la familia diferente conforme se acercara otra etapa de su vida, una etapa menos activa laboralmente?

De las diversas técnicas que la terapia narrativa propone, usamos conversaciones de remembranza, documentos terapéuticos, la externalización del problema y la búsqueda de eventos extraordinarios.

La externalización es un abordaje terapéutico que invita a las personas a cosificar los problemas que los oprimen (White y Epston, 1990). Una vez que se identifica el problema como algo externo a la identidad de la persona, por ej., en el caso de Juan se cosificaron “la angustia y la desesperación”; entonces se hacen preguntas que indaguen la influencia del problema, o la medida en que el problema ha afectado su vida y relaciones afectivas.

Posteriormente se buscan eventos extraordinarios (donde la persona llevó a cabo acciones de insurrección contra el problema). Esto ayuda a que empiecen a surgir relatos sobre la historia de los triunfos de la persona sobre el problema y se generen historias más ricas y complejas para el paciente (White, 1998).

En una sesión trazamos el mapa de la influencia del problema de la Angustia y la Desesperación sobre Juan y luego empezamos a encontrar eventos extraordinarios en donde él identificó algunas cosas que le ayudaban a estar mejor con su esposa, entre otras tener en mente que sí veía un futuro con ella y que para él eran importantes los valores de la familia y la convivencia familiar, lo que a su vez generó un relato que lo motivó más a trabajar por mejorar la convivencia familiar.

El uso de cartas es uno de los medios narrativos que White y Epston (1990) desarrollaron para engrosar (darle más peso) a las historias alternativas (que narran la incidencia activa de la persona a favor de una menor influencia del problema). En las cartas se escribe lo visto o escuchado en terapia de manera que se cree una conversación externalizante escrita (Campillo, 2009). En ese sentido incluí en la carta que le enviamos a su familia aspectos del trabajo hecho para externalizar el problema de la Angustia y la Desesperación que se apoderaban de Juan como lo expresa el siguiente fragmento:

*(...) en otras ocasiones la Desesperación y la Angustia se apoderan del señor Juan y lo hacen ver un panorama negro, le inundan sus pensamientos y le impide relacionarse como él desearía con su familia. ¿Qué podría él decirles que los haga sentir que siguen siendo importantes para él y que es la Desesperación la que lo hace aparecer tan enojado y no poderse comunicar con ustedes? (...) ¿Cómo podrían vencer juntos esta Desesperación que se roba la convivencia familiar tan preciada para todos?*

Finalmente, en esta terapia se valora una diversidad de perspectivas y Tarragona (2006) enlistó que se busca incorporar estos diferentes puntos de vista en la terapia por medio de preguntas, equipos reflexivos, equipos *as if*, testigos internos y ceremonias de definición. Por medio de las cartas contamos con la perspectiva de los miembros de su familia. En ellas, madre e hija sí hicieron quejas en cuanto a la situación económica, pero también mencionaron que lo más importante era el cariño y que sabían que sí se querían unos a otros y le recalcan a Juan que tenía un lugar importante en la familia y podía contar con ellos. Tal vez por ello Juan cambió de idea sobre asistir a terapia de pareja:

“hay cosas que es mejor no saber” → “Sandra y yo decidimos venir a terapia de pareja”

Juan se quejaba de Sandra, pero en el contexto de la conversación cambió la forma en que hablaba de ella. Él dijo en una sesión que Sandra era una luchadora y que también ponía todo de su parte para sacar adelante a sus hijos, por lo que trabajamos el resto de las sesiones en torno a esta percepción positiva en la que ambos podían formar un equipo y llegar a acuerdos. Además, en la carta que escribí a su familia, remarqué la idea del “equipo de padres” como un proyecto en común por el cual ambos luchaban. El equipo terapéutico colaboró con muchas preguntas en torno a lo que ambos hacían en contra de este problema compartido. Juan sí se veía a futuro con Sandra y pensaba que había que mejorar en esta etapa de su vida pues los hijos se iban a ir y “la familia es lo que cuenta”. Sandra escribió que quería a Juan y podía contar siempre con ella, pero por otro lado le preguntaba que por qué no se iba. Gergen (2006b) invita a enriquecer el relato abriéndonos a una multiplicidad de voces y relatos, por lo que me alegró mucho que ambos accedieran a asistir a terapia de pareja y así enriquecer su relato familiar.

Considero que hubo algunos logros y quedaron otros pendientes:

1) Juan logró su objetivo principal, que era sentirse escuchado en sus planteamientos sobre su vida familiar. Comentó que le había gustado que el equipo le diera su opinión basado en lo que él decía (y no en teorías) pues lo había hecho sentir muy comprendido. Esto concuerda con lo que señala Lax (1991) al respecto de que los grupos reflexivos favorecen que los pacientes se sientan comprendidos y respetados.

Juan decía que la culpa de los problemas era de su pareja, sin embargo al final de las sesiones, Juan accedió a ir a terapia de pareja con Sandra para que ambos trabajaran en lo que les falta; observándose un cambio en su perspectiva que ampliará sus posibilidades de acción. En el proceso se acercó más a su hija, con quien le estaba costando trabajo relacionarse. Juan cambió su estado anímico, que al inicio era principalmente de tristeza o angustia, y ahora contaba con mayores expectativas de mejorar.

También cambió su relato sobre su capacidad de proveedor, llegando a expresar que él sí aportaba en la convivencia familiar y no sólo en forma económica, con lo cual agregó nuevos significados a su identidad. Además descubrió que sí deseaba mejorar su situación económica pero también esperaba que su familia le reconociera su ayuda.

2) Por otro lado continuaban los problemas en la comunicación con Sandra, pues “de plano él se desesperaba y enfurecía”. Me interesé por sus ideas para mejorar su pareja y le ayudé a elaborar una lista, asegurándole que eso adelantaría trabajo de su siguiente terapia.

Así terminó el camino individual y Juan y Sandra iniciaron una terapia de pareja.

“Ahora bien, este no es el final. Ni siquiera es el principio del fin. Pero es quizás, el final del principio”  
(Churchill, 1942).

Generalmente, se presentan casos donde el trabajo de la familia y el equipo terapéutico tiene resultados palpables y sorprendentes. En este caso los cambios fueron pequeños y llegaron más lento de lo que podría haber esperado. Hubo sesiones en donde todo parecía haber mejorado y a la siguiente de nuevo parecía haber multitud de problemas.

Me preguntaron si sentí impotencia terapéutica o si perdí la esperanza en el cambio. En cuanto a lo primero, sí consideré si tal vez no le estaba ayudando en nada las sesiones. Pero como me hizo notar alguien del equipo: ¿y entonces por qué acudía puntual a sus citas? ¿Cómo surgió el interés por estar en un proceso de un año? Estas preguntas despertaron mi curiosidad terapéutica. Al final, el mismo Juan me dijo que le había ayudado que lo escucháramos, estaba agradecido. Revisamos lo que había logrado y se sintió motivado a continuar trabajando por su familia, con quien sí veía un futuro.

White (2002b) usó el término “trabajar detrás de los clientes” para indicar una postura de acompañar a las personas sin prescribir una dirección para sus vidas y de este modo invalidarlos. Este caso me deja pensando en la importancia de ir detrás del paciente, respetar el rumbo que ellos escogen para sus vidas, pues en realidad “no es posible cambiar a los consultantes, se cambian ellos mismos” (Beyebach, 2006, p. 49). ¿Perdí la esperanza en el cambio? Definitivamente no. Dejamos sembrada la semilla del cambio y dará frutos en el momento y forma que mejor convenga a la familia de Juan. Esa será otra historia.

### **3.1.3 El uso de las cartas en la terapia familiar.**

“Cada archivo, cada encuentro, cada acontecimiento que nos invita a crear otra quimera narrativa constituye un período sensible de nuestra existencia, un momento fecundo, un desbarajuste caótico a partir del cual trataremos, dolorosamente de reaprender a vivir... ¡con felicidad! (Cyrułnik, 2009)”.

La terapia familiar cuenta con múltiples herramientas de trabajo, una de ellas son las cartas. Primero describí un panorama general del uso de las cartas en terapia sobre todo desde un enfoque narrativo, y después analicé cómo usé las cartas en el trabajo con ambas familias.

Las cartas son un medio de comunicación complejo que se adapta a diversas situaciones y cumple objetivos variados (Linares, 1996). Las cartas se pueden incluir al inicio de la terapia, en pleno desarrollo de la misma o en el período de cierre. De acuerdo a este autor, las cartas ayudan a la *acomodación* si se pidieron al inicio del proceso o como estrategias de *desafío* a la realidad familiar si se incluyeron a la mitad del proceso. Estos términos proceden del modelo estructural, pero las cartas en terapia se usan en otros modelos también, como en el modelo narrativo.

La terapia Narrativa utiliza la analogía del texto, la cual señala que, “para entender nuestras vidas y expresarnos a nosotros mismos, la experiencia debe <<relatarse>>, y que es precisamente el hecho de relatar lo que determina el significado que se atribuirá a la experiencia” (White y Epston, 1993, p. 27). Las personas organizan su experiencia en secuencias temporales con el propósito de obtener un relato coherente de sí mismas y del mundo circundante. La evolución de las vidas y de las relaciones humanas se produce a partir de la representación de sus narraciones. Esta representación tiene lugar gracias a que los relatos poseen una relativa indeterminación, es decir, presentan significados implícitos, permiten diferencias en las perspectivas de cada lector y pueden usar una amplia variedad de metáforas; lo que le da a los textos cierto nivel de ambigüedad.

Los relatos están llenos de huecos que las personas deben llenar, lo cual pone a andar la experiencia vivida y la imaginación de las personas y con cada nueva versión las personas *reescriben* sus vidas (White y Epston, 1993).

Muchos terapeutas influidos por estas ideas han propuesto que la terapia es un proceso de "re-escribir historias", con lo que se refieren a que a través de la conversación se revisan y resignifican las historias (Tarragona, 2003).

Las personas experimentan problemas cuando las narraciones con las cuales relatan su experiencia y/o las narraciones con las cuales su experiencia es relatada por otros; no representan suficientemente sus vivencias. Un resultado aceptable en terapia sería que la persona pudiera identificar o generar relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados, agregando así nuevas posibilidades y significados que sean más útiles, satisfactorios y que dejen la historia con un final abierto (White y Epston, 1993).

Para White (2002b) nuestras vidas son multi- relatadas, pero algunos de los relatos son dejados fuera para construir o favorecer el relato dominante, el cual muchas veces contiene descripciones de la vida de la persona saturada por el problema. Si en terapia se exploran estos otros relatos, sobre todo los relativos a la historia de lucha y éxito contra el problema; las personas enriquecen la trama de su existencia con las nuevas posibilidades que brinda el poner en práctica estos relatos alternativos que los acercan más a su yo preferido.

Para Madigan y Epston (2005), usar ideas narrativas dentro de la terapia implica que:

- 1) Se privilegie la experiencia de la persona.
- 2) Se vinculen diferentes eventos de la historia personal a través de su dimensión temporal. Este análisis favorece la idea de que el cambio siempre es posible.
- 3) Se valoren las perspectivas múltiples sobre los acontecimientos.
- 4) Se estimule un “festín de futuros posibles mediante la reconstrucción y re-cordación de historias alternativas” (Madigan y Epston, 2005, p. 328).
- 5) Se estimule la actitud reflexiva y demanda de los terapeutas que se responsabilicen de su actitud dentro de las sesiones.
- 6) Se tome en cuenta que las historias son coproducciones. Favorece que los clientes sean los autores principales de sus propias experiencias.
- 7) Se considere que las personas somos multi- historiadas.

Estas historias o narraciones se pueden organizar y representar de forma oral o escrita (White, 2000b). La tradición escrita en terapia favorece que los conocimientos populares locales se formalicen, legitimen y tengan continuidad. Favorecen también la autoridad independiente de las personas y se crea un contexto propicio para el surgimiento de nuevos descubrimientos y posibilidades.

Pennebaker (citado en Tarragona, 2003) dijo que escribir aclara la mente, resuelve traumas que interfieren en nuestras vidas, ayuda a adquirir y recordar información nueva, facilita la resolución de problemas y facilita la escritura obligatoria (como los trabajos o tareas escolares). Asimismo, escribir ayuda a que nuestros seres queridos se asomen a nuestra cabeza y nuestro corazón, a entender la perspectiva del otro y permite que se escuchen personas que generalmente no lo harían (Tarragona, 2003). Dentro del proceso terapéutico, escribir permite que se enriquezca la conversación terapéutica y revisar versiones de nuestras historias. Además, los escritos crean una crónica tangible del proceso terapéutico, útil para los clientes y para la investigación.

La escritura en terapia incluye diferentes medios como: diarios, cartas a personas vivas o muertas, notas entre sesiones, biografías personales, sueños, poesía y diálogos (Penn y Frankfurt, 2005). Tanto el hablar como el escribir en terapia dan lugar a un proceso reflexivo en donde todos se influyen mutuamente. Esta recursividad crea una narrativa terapéutica al cual las autoras llamaron *texto participante*. La mezcla de voces dentro de este texto es llevada de la sesión a las relaciones de las personas y a sus reflexiones fuera de las sesiones, trayendo nuevos conocimientos y narrativas que se unen a las anteriores.

White y Epston retomaron la importancia de la palabra escrita y la incorporaron dentro de su terapia relatada (Campillo, 2009). Este medio terapéutico permite al cliente, a través de los documentos, recrear hechos recientemente vividos en terapia y capturar los descubrimientos que logra al analizar, revivir y reflexionar acerca de sus propios procesos.

White y Epston (1993) usaron múltiples documentos dentro de su terapia como los certificados, contradocumentos, declaraciones de propósitos y cartas, entre otros. Con respecto a las cartas, de acuerdo con investigaciones informales entre sus pacientes, las cartas equivalen a 4 sesiones y media y constituyen entre el 40 y el 90% de los resultados positivos obtenidos en la terapia.

Para ellos, las cartas son una forma de relatar la verdad co-construida en terapia y tienen algunas ventajas con respecto al uso de “cartas profesionales”. Las cartas que los terapeutas escriben, vuelven al terapeuta responsable, en primer lugar ante la persona/ familia, y en segundo lugar ante la comunidad profesional. Además, dado que los pacientes pueden verlas (en contraste con expedientes que nunca leen los pacientes), se pueden corregir o contestar fácilmente. Las narraciones ayudan a temporalizar las historias y de este modo abren posibilidades; así como también dan cabida a relatos más ricos y complejos que los “profesionales”, por lo que pueden acomodar y dar significado a más acontecimientos.

Los terapeutas narrativos usan cartas que se mandan a los pacientes como suplemento y extensión de las sesiones (Hoshino y Cameron, 2008). Dado que las cartas pueden ser leídas

y releídas por días e incluso años, tienen un gran valor de continuidad, *engrosan*, enriquecen la historia alternativa y los ayudan a mantenerse inmersos en el proceso de autoría.

Epston (citado en Freeman, Epston y Lobovits, 2001, p. 165) afirmó que: “las palabras de una carta no se desvanecen ni desaparecen como lo hace la conversación; permanecen en el tiempo y el espacio, como testigos del trabajo terapéutico al que inmortalizan”. Así es también para Campillo (2009), quien señaló que el efecto de la palabra hablada puede ser efímero, mientras que la palabra escrita, las cartas, constituyen un testimonio que permite viajar con el recuerdo al leerla o asimilarla, revivir aspectos importantes y meditar sobre lo que no observábamos pero que por escrito aparecen como revelaciones de nuestra vida y compromiso con nuestro yo preferido.

Freedman y Combs (1996) sintetizaron en tres los objetivos de las cartas:

- 1) Recapitular las ideas surgidas en la sesión en términos narrativos. Para ello se crean dos hileras en la hoja, una que incluya la trama saturada por el problema y otra con frases (del paciente) que hablen de la contra-trama, la narración de la historia de la influencia de la persona sobre el problema. Al final, los terapeutas corroboran con el cliente que el resumen realmente exprese las ideas que se trabajaron en la sesión y de este modo garantizar que la persona sea co-creadora de las cartas.
- 2) Extender las historias o las ideas surgidas de la sesión. La carta no necesita seguir la conversación de manera íntegra sino que puede usarse para ampliar el foco en las historias alternativas que hayan surgido de la conversación.
- 3) Incluir a gente que no haya asistido en la sesión, involucrar a personas significativas para la familia que no hayan asistido pero que podrían ser motivadas para participar.

White y Epston (1993) clasificaron diferentes tipos de cartas que se usan en terapia:

- Cartas de invitación destinadas a personas significativas pero reacias a acudir.
- Cartas de despido, en donde se señala que es innecesario que la gente siga desempeñando algunas funciones, como por ejemplo: el hijo que se vuelve consejero matrimonial, los hermanos que asumen funciones parentales sobre el hermano cuando ya no es necesario, etc. Se les llama cartas de redundancia porque hablan de roles que alguien más está en condiciones de asumir, por lo que ya no es necesario que el cliente lo siga asumiendo.
- Cartas de predicción. Estas cartas se escriben al final de la terapia y en ellas se hace una predicción respecto al futuro inmediato del cliente en donde se propone una reunión de seguimiento y se asume que el cliente logrará sus objetivos. Funcionan como profecía autocumplidora.
- Cartas de contraderivación. Cuando el paciente es derivado y posee un expediente previo en donde se describen detalladamente “sus síntomas”; es útil elaborar un contra-

expediente en donde se detallan sus recursos y victorias contra el problema. Éste puede reenviarse al doctor que previamente lo había derivado (Hoshino y Cameron, 2008).

- Cartas de recomendación. Son cartas por medio de las cuales se ayuda a los pacientes y/o familia o comunidad, a identificar y propagar sus historias alternativas.
- Cartas para ocasiones especiales. Se usan para ayudar a las personas ante eventos especiales (como aniversarios de defunciones, divorcios, etc.) o si están tratando de dejar atrás alguna circunstancia especialmente traumática, como una violación.
- Cartas breves. Incluyen temas como: a) reflexiones postsesión; b) peticiones de ayuda del propio terapeuta; c) preguntas a una persona que no acudió a sesión y que preocupa a su familia; d) ideas y sugerencias para convocar una audiencia que sea testigo de las nuevas representaciones de las historias del paciente; e) preguntas que ayuden a la persona a investigar cuánto ha variado la influencia del problema en su vida; f) narraciones que ayuden a historiar la lucha personal del paciente contra el problema y su búsqueda de una vida más acorde a su yo preferido; g) cartas para desafiar las técnicas de poder que someten a los pacientes; h) cartas para desafiar las verdades dominantes sobre las personas y así ayudar a generar nuevos significados que fortalezcan a las personas; i) similitudes entre las luchas personales de otro paciente y el paciente a quien va dirigida la carta; y j) encuentros fortuitos que despiertan la curiosidad y el interés por la vida del paciente.
- Las cartas como narrativa. Tienen el objetivo de convertir las vivencias del paciente en una narración que tenga sentido, que genere nuevos significados y que al estar dotada de una evolución temporal, puede generar excitación y quizás un sentimiento de esperanza en el paciente y su familia. Los temas son tan variados como las problemáticas y recursos de cada paciente. Ejemplos: a) hermanos que desarrollaron más igualdad y encontraron la paz entre ellos, b) la importancia de volver sobre los pasos para salir de un problema, c) un caso de violencia intrafamiliar extrema y cómo salieron de ella, d) recordar el pasado para poder seguir adelante, e) escapar del aislamiento, y f) convocar a un público más mayoritario.
- Historias personales. Son las mismas personas las que escriben su propia historia. Estos testimonios de éxito ayudan a otros que se encuentran en las mismas circunstancias. Algunos ejemplos son: a) personas que eligieron dejar de robar y ser más honestos, b) niños que encontraron mejores maneras de llamar la atención de los padres, que sus berrinches, c) pacientes con la iniciativa de cambiar y tener mejor organización, d) pacientes que ya habían superado algún problema con los cuales se puede usar una carta con el testimonio de éxito previo de este mismo paciente, e) familias que se libraron de la maldición de la perfección.

Madigan y Epston (citados en Madigan, 1997) trabajaron con las “campañas de *re-membranza* a través de la escritura de cartas”. Éstas consideran la memoria como un fenómeno social, usan el poderoso efecto de *re-membranza* de aspectos alternativos de la persona a través de la escritura de las cartas, el análisis del discurso a través de los lentes del poder y el conocimiento (Foucault, citado en Madigan, 1997) y ayudan a separar las identidades inundadas por el problema de las identidades basadas en la persona.

Algunos pasos que *pueden* seguir las campañas de remembranza son:

- 1) Se realiza una entrevista narrativa donde emergen aspectos alternativos de la persona. Después se le pregunta si habría alguien en su vida que podría describirla de maneras diferentes a como el problema describe a esta persona. Se pregunta qué diría esa persona diferente a lo que el problema describiría y al cliente se le preguntaría cuál descripción prefiere y por qué.
- 2) De manera conjunta, el cliente y el terapeuta exploran qué otras descripciones se podrían dar de la persona pero que se han olvidado por culpa del problema. Se le pregunta quién podría ser, quién le gustaría ser y quien acostumbraba ser antes del problema.
- 3) Se crea una lista de personas que podrían apoyar estas visiones alternativas y después se construye la carta de invitación a participar. En esta se pide alguna historia sobre las cosas que valoran del cliente, sobre quién es la persona más allá de su problema, qué podría aguardarle en su futuro una vez que venza sobre el problema, y cómo podría cambiar su relación con ella una vez que esté libre del problema.
- 4) El terapeuta puede ayudar a pagar por los sellos y sobres. También puede ayudar a la confidencialidad poniendo como remitente la dirección del consultorio.
- 5) Se pide al paciente que lea en voz alta las cartas en la sesión. Alguna persona que haya escrito una carta puede ser invitado a leerla.
- 6) El terapeuta luego las lee en voz alta, para que con la re-narración se agreguen nuevas experiencias de remembranza.
- 7) Se pide al cliente que encuentre temas y categorías en común entre las cartas. Con base en ellas, se le pide escribir una carta de respuesta a los que contribuyeron.

Penn y Frankfurt (2005) explicaron que la relación entre el *self* y el otro es importante en el acto de escribir, pues se considera que ambos son creados dentro de la conversación. Cada palabra dicha o escrita tiene una mirada al otro. “El escritor de la carta tiene que afinar su comprensión del otro para que la carta pueda ser <<escuchada>> por su destinatario” (Penn y Frankfurt, 2005, p. 93). Esto facilita la personificación empática del otro, lo cual favorece que nos tratemos mutuamente como sujetos y así nuevos significados emerjan.

Las campañas de remembranza ayudan a los clientes a recordar aspectos perdidos de su identidad. Los que experimentan problemas a menudo se segregan de sus redes de apoyo y cariño. Estas campañas asisten a las personas a ser *re-membradas* por miembros de estas redes de apoyo y con esto ayudarlos a reintegrarse y a atravesar momentos difíciles creados por sus problemas como: anorexia, ideación suicida, depresión, perfeccionismo, miedo, etc. Esto es útil tanto para las personas con problemas como para los miembros de su comunidad, que a menudo se han sentido frustrados o impotentes para ayudar.

Freeman, Epston y Lobovits (2001) sugirieron que al escribir cartas:

- Se use el lenguaje y las metáforas del cliente, pues esto ayuda a entrar en el mundo del cliente y propicia mayor colaboración y la gestación conjunta de mejores ideas.
- Se construyan con preguntas (en lugar de conclusiones), pues ayudan a abrir nuevos caminos para la reflexión y la especulación.
- Se usen verbos reflexivos que subrayan la *agencia personal* de la persona, pues implican su capacidad de descubrir y comprender más cosas por sí misma. Ej. *Sofía, ¿lograste salir bien en tu examen porque te relajaste?*, en lugar de: *Sofía estuvo relajada*.
- Se usen juegos de palabras, ironía o el humor para refrescar el tono de la carta.

Payne (2002) hizo una serie de advertencias para la realización de documentos terapéuticos.

- Al participar en la co-creación de documentos, el terapeuta influye en ellos trayendo sus ideas, valores y creencias a la consulta. Por eso es importante no querer imponer un supuesto conocimiento experto, buscar ser transparente y explicar los propósitos de las preguntas, al mismo tiempo de recordar que el cliente es libre de responderlas o no.
- Se debe tomar en cuenta que no todos tienen el mismo nivel de alfabetización. Para ello ayuda sugerir que a algunas personas les ayuda escribir en la terapia y después; pero que otras no les gusta o no tienen tiempo para ello (y así evitar que la persona se sienta inferior). Entonces el terapeuta puede ofrecerse a escribir las ideas que la persona tenga.
- Es importante recalcar que no se trata de crear obras literarias perfectas ortográfica o gramaticalmente hablando, pues esto puede inhibir la motivación a escribir.
- Se debe guardar la confidencialidad de los escritos. La persona es libre de leerlos o no al terapeuta, y si decide hacerlo se le asegura que nadie más tendrá acceso a ellos.
- Más allá de una necesidad de respuesta, los escritos generan en el terapeuta reflexiones, profundizaciones y re-narraciones que se hablan dentro de la sesión. Si el terapeuta no leyó el texto, puede hablar de qué significó para el cliente escribir, cómo modificó sus sentimientos y pensamientos y cómo lo ayudó en su mejoría.
- Es común que personas que han sufrido abusos creen que escribir los detalles del trauma les servirá. Pero White (citado en Payne, 2002), alertó que escribir sobre eso podría reforzar el discurso dominante y revivir el trauma. Por eso Payne (2002) averiguó y reflexionó junto con el cliente cuáles son los significados que asocia con escribir y los deconstruye para ayudar a la persona a reflexionar sobre el tema. Si la gente insiste en escribir, él les propone adoptar medidas de seguridad para que la persona pueda salir de un momento extremadamente doloroso al escribir.

Por último, si “incorporar nuevas ideas y nuevos horizontes ha sido siempre una de las tradiciones más vivificantes de la terapia” (Epston, 1994, p. 130), ¿qué estamos haciendo nosotros para insuflar más vida a nuestras prácticas terapéuticas?

### **Uso de las cartas en los casos clínicos presentados.**

A) Con la primera familia, usamos brevemente las cartas como estrategia de comunicación diferente a las que habían usado para facilitar el proceso de negociación entre ellos.

Como comentó Linares (1996), las cartas ponen en contacto a un remitente y a un destinatario. Comúnmente el remitente en terapia es el mismo terapeuta o el equipo, y el destinatario es un miembro de la familia, un subsistema o la familia en su conjunto. En este caso se esperaba que las cartas pusieran en contacto a padre e hija, por lo que la instrucción fue que ambos realizaran como tarea una carta en donde anotarían lo que apreciaban del otro, y lo que necesitaban para sentirse bien en la relación. En terapia se leyeron las cartas y se abrió un espacio para que expresaran cómo había sido la experiencia de escribir y cuáles eran sus reacciones al oír la carta que el otro les había escrito. Se les dijo que estas cartas habían sido para ellos, por lo que después de leerlas cada uno conservó la propia.

Tarragona (2003) señaló que escribir ayuda a que nuestros seres queridos se asomen a nuestra cabeza y corazón, a entender la perspectiva del otro y permite que se escuchen personas que generalmente no lo harían. Dado que padre e hija reportaban tener poco tiempo para la convivencia, se buscó un medio que no implicara que estuvieran ambos presentes; y que al recibir la carta del otro, podían releerla en los momentos que estuvieran separados y así ampliar sus espacios de convivencia. Cabe señalar que les gustó esta estrategia de comunicación y planeaban proseguir con ella para hablar de diversos temas.

Las intervenciones de la Terapia de Soluciones dirigidas al reenmarcado son las que ayudan a las personas a salirse de las perspectivas limitantes de su capacidad para adoptar nuevas posturas y con ello resolver sus situaciones problemáticas. Estas intervenciones asocian nuevos significados a la conducta problema, o desasocian los que el cliente le ha dado a la situación particular (Cade y O’ Hanlon, 1997). Averiguamos que el poco tiempo que el papá pasaba en casa, lo dedicaba a tratar de solucionar los problemas de conducta de su hija. Para ello exigía a su hija con firmeza (y severidad en algunas ocasiones) que cumpliera con las normas, a lo que ella se resistía y terminaban enojándose. En las sesiones se les dijo que: “a veces las personas que se saben importantes y que tienen un lugar relevante para el otro, se sienten por ello más motivadas a realizar cambios que cuestan trabajo, como la organización escolar y las labores en casa”. Se les pidió que escribieran una carta en donde expresaran lo que apreciaban del otro y lo que necesitaban en la relación, como paso previo propicio para la negociación de los objetivos deseados en casa.

Considero que los resultados de esta estrategia fueron positivos. La primera parte de la carta ayudó a que el papá recordara cosas que apreciaba en su hija y en terapia pudiera expresárselas, sobre todo lo mucho que apreciaba que ella le escribiera cartitas desde pequeña. Esto ayudó a que ella se sintiera más valorada por su papá y no sólo “la oveja negra” a la que “hay que cambiar por otra”. También recordaron cómo había sido la relación

padre- hija desde el momento en que Andrea era bebé y esto sirvió para pensar en momentos en donde no estaba presente la pauta problemática.

La segunda parte de la carta implicaba que ambos pidieran lo que necesitaban del otro. Si bien esto no fue cumplido del todo (Andrea no pidió lo que ella necesitaba), sí ayudó a transmitir la idea de reciprocidad en la relación, y a partir de esa sesión el Gustavo estuvo más abierto a él también ofrecer conductas que podía llevar a cabo para mejorar las cosas en casa y no sólo que la responsabilidad fuera de su hija. O' Hanlon y Weiner- Davis (1990) señalaron que los objetivos de la terapia implican que la persona cambie su modo de actuar ante la situación problema, que cambie su forma de percibir la misma y/o que pueda evocar recursos y soluciones útiles para esa situación. Gustavo dijo que había modificado su perspectiva sobre el problema y ahora entendía que la responsabilidad era de ambos. También mostró más flexibilidad para aceptar que su hija realizara pequeños cambios, que facilitarían los siguientes para crear un efecto de bola de nieve (Beyebach, 2006), y empezó a prestar más atención a otros aspectos de Andrea. Esto tuvo un impacto en su hija, quien sintió que su papá ya confiaba más en ella y retomó algunos de sus objetivos pendientes como mejorar sus calificaciones en la escuela y planeó estrategias para reconciliarse con su prima (que era motivo de conflicto familiar).

**B)** Con la segunda familia las cartas se usaron como herramienta enmarcada en la Terapia Narrativa. Se escribieron tres tipos de cartas.

**a)** A sugerencia del equipo, le pedí a la familia de Juan que escribieran una carta en donde nos lo presentaran relatando aspectos que nosotros no supiéramos de él. Aunque no fue una campaña de remembranza como la proponen Madigan y Epston (citados en Madigan, 1997), sí se buscó escuchar narraciones sobre quién era Juan al margen del problema, qué cosas valoraban en él y cómo influía en sus vidas. Mediante las cartas, la familia pudo expresarle cuánto lo quieren y que él tiene un lugar importante en la familia. Los dos hijos aprovecharon para mencionar muchos recursos con los que creen que cuenta su padre. Me impresionó la sinceridad con la que cada miembro de la familia le hizo peticiones con respecto a lo que espera de él y las cosas que quisieran que cambiaran en casa.

Juan lloró durante toda la lectura de las cartas, que 3 miembros del equipo leyeron *como si* fueran Sandra, Luis y Pamela. Beltrán (2004) señaló que los ejercicios *as if* son otra posibilidad de trabajo en donde se les pide a los integrantes del equipo reflexivo que escuchen como si fueran alguna de las personas significativas dentro del relato del cliente y después cuando conversan presentan sus reflexiones desde este lugar. Las cartas sirvieron para escuchar algunas inquietudes de sus miembros, como la preocupación de los hijos por la salud de su padre o que su esposa sí está enojada con Juan con respecto a temas financieros y a que él parece gastar más en otras cosas que no son en la familia. También fue significativo que Sandra dijera que sí lo quería mucho y que Juan podía contar con su lugar en casa, pues él sentía que lo querían correr. Las reflexiones del equipo giraron en torno a estas perspectivas y ampliaron el relato.

Juan se sintió más motivado a acercarse a sus hijos a raíz de las cartas. No pareció responder a la emotiva carta que le hizo su esposa, pero mencionó que atesoraba todas las cartas que ella le había escrito en donde le mencionaba el cariño que siente por él.

El efecto de la palabra escrita, las cartas, constituyen un testimonio que permite viajar con el recuerdo al leerla o asimilarla, revivir aspectos importantes y meditar sobre lo que no observábamos pero que por escrito aparecen como revelaciones de nuestra vida y compromiso con nuestro yo preferido (Campillo, 2009). Juan se quedó con las cartas y dijo que le dedicaría una semana a la lectura de cada una, pues deseaba darse suficiente tiempo para asimilar sus contenidos y disfrutar con ellas.

También volví a reflexionar sobre incluir a Sandra en el diálogo y si no sería tiempo de ir cerrando el proceso de la familia y plantear el inicio de una terapia de pareja. Parecía que ambos tenían muchas cosas que decirse y que estaba haciendo falta un espacio para que se escucharan. Aunque en ese momento Juan dijo no estar listo para ello, al cabo de algunas sesiones más, mencionó haber decidido junto a su esposa iniciar una sesión de pareja en la cual continúan dialogando.

White (2002a) reflexionó que concebir la terapia desde una perspectiva de reciprocidad (a diferencia de las pretensiones de verdad de algunos profesionales), implica poder reconocer y exaltar las contribuciones que los clientes hacen a la vida del terapeuta, lo cual contribuye a generar descripciones ricas en la vida de las personas. El equipo decidió escribir una carta de respuesta a la familia como agradecimiento por la confianza y para devolverles las reflexiones surgidas al respecto de las cartas y así comunicarles que ellos también tienen un impacto en nosotros y nos aportan ideas y saberes que enriquecen nuestra práctica.

**b)** Freedman y Combs (1996) comentaron que un objetivo de las cartas en terapia es incluir a gente que no haya asistido en la sesión, involucrar a personas significativas para la familia que no hayan asistido pero que podrían ser motivadas para participar. En la carta de respuesta a la familia de Juan se incluyeron temas que se habían tocado en las sesiones, reflexiones en torno a lo que el equipo había escuchado al leer las cartas que habían escrito, y preguntas narrativas destinadas a ampliar el diálogo familiar.

A continuación presento algunos extractos de la carta de respuesta, que fue escrita con múltiples preguntas, pues como señalan Freeman, Epston y Lobovits (2001), éstas ayudan a abrir caminos a la reflexión.

*Como terapeutas, tenemos el honor de escuchar y ser parte de la vida de las personas que llegan a nuestro consultorio y nos ofrecen sus historias, esto invariablemente deja una huella en nuestro trabajo y en nuestra vida personal, aprovecho para agradecerles también esto...*

[Sandra:] *Él menciona que ambos a su estilo, diariamente ponen todo de su parte por sacar adelante a sus hijos, ¿Qué es lo que los mueve a ambos a buscar diferentes maneras de luchar por su familia? ¿En dónde encuentran la fuerza para dedicarse con esmero a lo que cada uno hace? ¿Otras personas observan que ustedes tienen este proyecto compartido?*

[Luis:] *¿Cómo podrían conciliar la necesidad de tu papá de sentir que sus consejos son escuchados y considerados valiosos, con la necesidad de que tú vayas forjándote tu propio camino y ejercitando tu capacidad de elección, que es algo que también a él le interesa?*

[Pamela:] *Hablas de las múltiples habilidades y destrezas que tiene tu papá para diferentes áreas laborales, (...) ¿crees que le sería útil que le recordaras de este potencial que le encuentras? (...) También expresas que te enoja ver que tu papá no cuide su salud. Alguien del equipo mencionó que entiende este enojo, pues como hija que quiere a su padre, seguramente deseas que él pueda vivir bien muchos años. Si él cuidara más su salud y viviera más, ¿en qué cosas de tu vida te gustaría que tu papá estuviera presente?*

*Dicen que Juan es un hombre sensible y los quiere; y sin embargo algo le impide mostrar sus emociones en casa. ¿Cómo necesitan que él les demuestre su cariño? Él desea ser visto como un hombre de familia fuerte y proveedor. ¿Cómo podrían conciliar ambos deseos?*

*La familia se ha tenido que reacomodar a la pérdida de la estabilidad financiera. No estoy segura de poder llamarlo desempleo, porque el señor Juan nos ha narrado en numerosas ocasiones que lo llaman para trabajar en diferentes eventos. Para muchas familias la pérdida de una estabilidad financiera es un factor que los estresa mucho, ¿cómo ha sido para ustedes? ¿Cómo le han hecho para salir adelante? ¿Qué cosas les gustaría no perder de la convivencia familiar que han tenido a pesar de los problemas?*

*Esas son algunas de las ideas que tenemos por ahora. Esperamos que los ayuden a tener más conversaciones que los acerquen a sus anhelos y deseos como familia.*

Esta carta agradó mucho a Juan y dijo que organizaría una cena familiar en donde haría que cada uno leyera una parte de la carta en voz alta. Sin embargo, al preguntarle posteriormente si había llevado a cabo esta idea, dijo que no se había animado y que sólo la dejó colgada enfrente de su escritorio para que la leyeran. Él creía que ya la habían leído y que les había gustado. Aunque no era la propuesta, el paciente la adaptó a su funcionamiento familiar (usaban un pizarrón de recados como un recurso de comunicación continua) y yo acepté este cambio.

Campillo (2009) alertó que se debe tener en mente el objetivo que se persigue al escribir la carta (invitar a la familia, difundir la historia alternativa, etc.). Creo que la carta que escribí con ideas del equipo para la familia de Juan, perseguía múltiples objetivos en lugar de uno sólo. Reflexiono que en futuras ocasiones será mejor tener en mente un solo objetivo para cada carta y así facilitar la lectura y reflexión sobre cada tema.

c) Me pidieron como parte de mi supervisión que escribiera una carta en donde yo presentara a mi paciente y cómo lo estaba viendo. No leí esta carta al paciente pero influyó en el proceso terapéutico de manera positiva pues al escribir sobre la narración *delgada* (dominada por el problema, sin ambigüedades ni contexto), me surgieron ideas sobre aspectos que quizás estaban dejándose fuera y que podrían enriquecer la historia de Juan. Campillo (2009) refirió que trabajar con lo ausente pero implícito involucra identificar en el relato y hacer preguntas que favorezcan que el cliente articule aquello que le da significado a su vida, pues

al hacerlo puede tomar una posición alternativa y ampliar nuevas líneas en su identidad. Juan me respondió que para él era muy importante la convivencia familiar, el estar bien con ellos. No solo estaba “desesperado por no encontrar trabajo”. También era aquel que valoraba por encima de cualquier trabajo a su familia y buscaba muchos espacios de convivencia familiar. Después de escribirla pensé en la importancia de incluir a su familia en las sesiones. Los siguientes son extractos de la carta:

*(...) Llega al consultorio y se cambia de traje. Ahora es el paciente eficiente que me ayuda a ir al grano. (...) Ahí se acaba el señor vital que me estaba contando con fluidez sobre los distintos amores y colores que llenan su vida. No es que no me caiga bien el señor Juan del consultorio, su historia me interesa, pero ésta es una historia un poco más rígida. Esta es la historia de un hombre que perdió su empleo y con esto perdió la certeza de tener un lugar útil en su familia. (...) Y él trata de no sentirse esclavo tratando de ser el jefe supremo, patriarca sabio. No es ninguno de los dos. Quién sabe quién es ahora para ellos. Me dice que en su casa no tiene sentimientos.*

*(...) Me pregunto si no estarán tristes en su familia. Su familia parece haber perdido al señor sensible que yo tengo enfrente. Se quedaron con el arreglo- cosas (...) Ella le cuenta sus ideas y él trata de aconsejarla. Los mensajes no llegan. Hay una pared que rebota los mensajes y los transforma como pared traicionera. (...) Él cree que si consigue un trabajo fijo va a mejorar su vida afectiva con su familia, la cual describe como muy buena, exceptuando cuando se pelean. (...) Yo creo que él tiene otras cosas que llevar a la familia y que de hecho las lleva. Pero éstas no son tan visibles para todos (...) Creo que por eso siente a veces que no avanza.*

Esta carta sólo se la leí a la supervisora. En otras ocasiones sería útil leer la carta al cliente para saber si estoy entendiendo bien su experiencia o qué modificaciones le haría; y de este modo hacer de las cartas un elemento de co- creación más evidente. También creo que la lectura de la carta le sirve para escuchar su narración en boca de alguien más y esto lo invita a pensar nuevas historias con las cuales engrosar su trama. Penn y Frankfurt (2005, p. 88) dijeron que “en la medida que los clientes se vuelven participantes y espectadores a través de esta actividad recursiva, los escritos se vuelven objetos de meditación”.

### **Los pacientes, las cartas y mi formación profesional. Cibernética de segundo orden.**

Beyebach (2006, p. 37) afirmó que “todo es relación”, subrayando así la importancia de supervisar continuamente el estado de la relación con los clientes y adaptar las intervenciones al mismo. ¿Qué es importante en la relación terapéutica? Se ha estudiado que los pacientes valoran el sentirse comprendidos, apoyados, escuchados y aceptados como algo esencial para los progresos dentro de la terapia (Lipchik, 2005). Ella sintetizó que el elemento principal de la relación es la confianza, que los pacientes puedan confiar en nuestro compromiso de ayudarlos sin hacerles daño y ayudarlos a su vez a confiar en sus recursos, en ellos mismos.

Con respecto a la primera familia, creo que desarrollamos una buena relación de confianza con Andrea y Gustavo. Aunque Gustavo venía desde el inicio con la intención de confiar en

nosotras, porque: “ustedes saben, ustedes han estudiado”, con Andrea pusimos especial cuidado en que supiera que era importante que ambos se sintieran cómodos con el proceso, por lo que adoptamos una actitud relajada y amistosa con ella. Usamos ejemplos de nuestra vida personal para que se sintiera comprendida y creo que poco a poco ella empezó a responder con más apertura hacia nosotras y al proceso en general. También hicimos énfasis en que los expertos en su vida eran ellos, y que nosotros podíamos darles herramientas, pero que eran ellos quienes más recursos poseían para solucionar sus problemas. Aunque resultaba tentador cuando nos preguntaban nuestra opinión “de expertas”, constaté que es mucho más fructífero para todos los participantes cuando los clientes empiezan a responderse a ellos mismos con su opinión de expertos y a confiar en los recursos propios. Al escuchar a Andrea decir que la terapia era “como andar en bicicleta, que te pueden ayudar pero tú eres el que aprende a pedalear y al final tienes que soltarte”, me di cuenta que había sido un proceso exitoso y eso aumentó más mi confianza como terapeuta.

La relación terapéutica con Juan presentó otras características. Él deseaba sentirse escuchado y comprendido en sus preocupaciones, lo cual informó al final del proceso que sí se logró. Estuve atenta a cómo entendía él su problema aunque también ensayé la indagación apreciativa, que consiste en preguntar por las áreas que funcionan bien en la vida de las personas (Hoffman, 2001). Al preguntarle a Juan por su historia laboral, me dijo que la consideraba “la historia de un luchador”, lo cual contrastaba con su motivo de consulta inicial “estoy desesperado porque no tengo empleo”. Eso hizo un giro en la conversación y un cambio en mi forma de percibir su historia que me estimuló a seguir descubriendo esa otra historia de lo implícito pero ausente. Creo en la honestidad como base de la confianza en la relación, así que durante una sesión abrí con Juan el tema de los malentendidos en nuestra comunicación, pienso que esto tuvo resultados positivos, pues dijo: “me sirvió que me dijeran que los enojos se hablan”. En el cierre retomé la idea de la terapia recíproca de White (2002a) y le comenté a Juan lo mucho que él nos había aportado en el proceso de conocer y dialogar sobre la historia de un hombre que luchaba por mejorar tanto su convivencia familiar como su situación laboral.

Las cartas en mi formación profesional.

La Terapia Centrada en Soluciones hace énfasis en los recursos que tienen los clientes para resolver sus problemas. ¿Por qué no enfocar también en los recursos que los terapeutas poseemos para trabajar los problemas que se nos presentan en las sesiones? Esta idea me hizo pensar en las herramientas que usamos tradicionalmente en la terapia, y en otras estrategias que podrían usarse más, como las cartas. Además de los casos presentados, trabajé con cartas con otra familia que atendí y con quien también hubo resultados positivos, por lo que me quedo motivada a seguir usando esta estrategia para enriquecer otros procesos terapéuticos. Investigando sobre el tema me di cuenta que es un tema muy amplio por lo que planeo seguir leyendo y descubriendo más sobre el mismo.

Los modelos de terapia empleados y mi identidad como terapeuta.

Tarragona (2006) explicó que la Terapia Centrada en Soluciones y la Terapia Narrativa son modelos de terapia diferentes, que sin embargo comparten preceptos como: 1) inspiración

interdisciplinaria, 2) una visión interpersonal del conocimiento y la identidad, 3) foco en el contexto, 4) el lenguaje como eje central de la terapia, 5) la terapia vista como acto colaborativo, 6) la multivocalidad, 7) valorar el conocimiento local, 8) el cliente como estrella principal del proceso terapéutico, 9) una postura de transparencia, 10) interés por lo que sí funciona, 11) agencia personal y 12) flexibilidad en la duración de la terapia.

Con ambas familias que atendí me interesé en entender su experiencia, tuve al lenguaje como eje central de los procesos y busqué que los clientes hicieran suyo el proceso, escuchando sugerencias, comentarios, dudas y cualquier cosa que tuvieran para decirnos.

¿Emergió una nueva terapeuta en mí después de estos casos? Podría decir que una parte ya estaba ahí, siempre he sido apasionada de la escritura y poderlo combinar con mi otra pasión que es la terapia, fue reconectar con algo que ha estado ahí desde hace tiempo pero que al hablarlo, dialogarlo y ponerlo al servicio de los pacientes me reconfirmó que mi yo preferido como terapeuta involucra el intercambio de relatos y la exploración conjunta de los yoes preferidos de los clientes así como de los contextos en los que se desenvuelven; y que para esto es un recurso útil (aunque no el único), la palabra escrita.

Por otro lado, el proceso de aprendizaje de los modelos de terapia es un proceso recursivo que no puede entenderse aislado de la práctica. Es con la retroalimentación de los pacientes como uno aprende, se equivoca, acierta y vuelve a intervenir esta vez con más experiencia en cada modelo de terapia. Ahora tengo la experiencia de haber dialogado desde la Terapia Centrada en Soluciones y la Terapia Narrativa con estas dos familias y aprendo que hay diferentes formas de hacer terapia, y más allá de preferir un modelo u otro; diría como Anderson (2005, p. 59) que yo ahora sé que valoro las conversaciones con polifonía, “aquellas en las que las diferencias son bienvenidas, respetadas y consideradas relevantes”.

### **3.1.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en las observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.**

“En el principio era El Experto” (Cecchin, 2004).

En los centros que participé (Dr. Guillermo Dávila, Dr. Julián McGregor, San Lorenzo y Hospital Psiquiátrico Infantil) trabajamos en formas diferentes: con equipo terapéutico presente, equipo detrás de la cámara de Gesell, equipo reflexivo y equipo presente sólo en la supervisión narrada. Esto nos ayudó a desarrollar flexibilidad y tolerancia, características útiles para trabajar en diferentes contextos de nuestra práctica profesional.

El sistema terapéutico total estuvo conformado por:

- 1.- Pacientes. Atendimos familias con diferentes problemáticas y demandas de servicio.
- 2.- Terapeutas. Fuimos 9 en el Centro Dr. Guillermo Dávila y el Dr. Julián McGregor. En las sedes nos dividimos en 3 subgrupos; y en cada una se sumaron compañeros de otros semestres del programa de la Maestría.

3.- Equipo terapéutico. Los terapeutas a cargo de cada caso trabajaron en conjunto con el resto del grupo como equipo. El equipo aportó ideas ya sea de manera presencial, detrás de la Cámara, como equipo reflexivo o colaborando en la supervisión narrada, según el caso.

4.- Supervisores. Contamos con el apoyo de maestros y supervisores de los modelos: Estructural, Estratégico, MRI, Soluciones, Modelo de Milán (tanto la vertiente de Mara Selvini como la de Cecchin y Boscolo), y Terapia Narrativa y Colaborativa. También tuvimos supervisores que nos ayudaron a integrar modelos en la terapia de manera coherente. En las sedes la supervisión corrió a cargo de terapeutas familiares, aunque en el caso del Hospital Psiquiátrico las supervisoras además tenían formación médica. En el caso de los Volcanes la supervisora cuenta además con formación psico dinámica.

En general, el entrenamiento nos permitió movernos en diferentes roles para analizar los casos con mayor profundidad y riqueza.

Sesión.

Pacientes + Terapeutas a cargo  $\leftrightarrow$  Equipo terapéutico.  
A B

Supervisión.

Terapeutas a cargo  $\leftrightarrow$  Equipo + Supervisores.  
C D

La retroalimentación entre el supervisor, el equipo y los terapeutas; se dio en las sesiones, inter-sesiones, post- sesiones; o por medio del interfón durante la entrevista. También hubo supervisiones narradas y videograbadas.

Me sentí apoyada por el equipo de supervisión con sugerencias, reflexiones, preguntas; o simplemente con un espacio para poder analizar la sesión desde otro lugar. Nos invitaron a perder el miedo a equivocarnos, pues estos errores ofrecen retroalimentación de la familia a nuestro aprendizaje. Analizamos nuestros prejuicios, conocimientos previos; y pensamos en la mejor forma de ponerlos al servicio del cliente. También nos invitaron a vernos dentro del proceso con preguntas como: ¿por qué tomaste esta dirección?, ¿qué te hizo preguntar esto? ¿Cómo integras esta sesión con la primera en donde se plantearon los objetivos? Etc.

Éramos un equipo con muchas ideas, por lo que no se podían exponer todas ni usarlas en las sesiones. Esto nos obligó a priorizar y organizar las ideas que podrían fortalecer nuestra ruta de trabajo, y dejar las demás para otro momento. Como equipo también hubo que escoger bien las aportaciones para no distraer al terapeuta, a menos que fuera necesario. Para mí fue importante que construyéramos un clima de respeto a las ideas del otro, respeto cimentado en el supuesto de que todos estábamos trabajando en equipo en pro del beneficio del paciente. También fue útil la dinámica de las autobiografías, pues conocer el contexto del cual provenían los compañeros me ayudó a tener un marco de referencia desde el cual considerar sus opiniones.

Algunos dijeron que nos faltó hablar más de las divergencias, de lo que no nos agradaba del trabajo de otro; pues esto nos ayudaría a crecer. Dijeron que éramos “demasiado amables”.

Otros consideramos que sí se manifestó la diversidad de posturas, pero que faltó tender puentes entre las diferentes opiniones y así complejizar las ideas. El sistema tendió a rigidizar a la persona depositaria del rol de “chivo expiatorio”, lo cual limitó nuestra capacidad de asumir diferentes roles dentro del grupo y tuvo una influencia en la forma de recibir las ideas dependiendo de quién venían estas ideas. Si un individuo sano se puede percibir como libre de síntomas o como sintomático dependiendo el momento o el modo en que el observador lo observa (Keeney, 1983); entonces un grupo sano puede percibirse como libre de síntomas o como sintomático según quién y cómo se le observa.

¿Yo? Por momentos me consideré el último eslabón en un grupo lleno de gente talentosa, pero en otros momentos moví mi postura, y me consideré un miembro importante de un sistema al cual enriquecí trabajando en equipo y poniendo a disposición mis recursos y debilidades.

## **3.2. Habilidades de investigación.**

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

#### **“Instrumento de evaluación del rol parental en el adulto mayor en relación con su familia nuclear”**

Autoras: Mónica Reyes Cárdenas, Edmí Exzacarías Esquivel, Dra. Dolores Mercado Corona.

Esta investigación buscó indagar cuál es la percepción que tienen los adultos mayores mexicanos sobre su rol parental y cómo lo desempeñan. Se creó una escala de tipo Likert con reactivos que evaluaron creencias, conductas del adulto mayor y del hijo, expectativas y afectos relacionados con el rol parental. El instrumento se aplicó en clubes del INAPAM a 136 adultos mayores. El trabajo se basó en el Modelo Estructural que plantea que las familias atraviesan por diversas etapas del ciclo vital para las que deben reestructurarse. En la última etapa los hijos se separan de sus padres y generan su propia familia, los padres se vuelven hacia su pareja e inicia la etapa de abuelos. Padres e hijos deben buscar cómo relacionarse como adultos. Más de la mitad de la muestra informó tener contacto frecuente con sus hijos. Ellos creen que deben ser una guía moral, se sienten capaces de enseñar y aconsejar, y continúan con disposición de ayudar. Valoran positivamente la relación con sus hijos y aunque reconocen su independencia, el contacto con ellos es importante. Se observó que los adultos mayores mexicanos mantienen un rol parental activo y no se alcanza totalmente la última etapa del ciclo vital familiar.

Según Maca y Puga (2007) la sociedad toma como criterio la edad de los individuos para atribuir y autorizar el desempeño de los diferentes roles a lo largo de su vida, lo que Fernández (2002) nombra edad social. En el caso del adulto mayor, la sociedad se ha encargado de limitar, entre estos roles, el rol parental.

Algunas teorías sobre el Ciclo Vital de la familia consideran que el rol parental se termina cuando la función de padres ya no es indispensable a los hijos para la supervivencia. Pero en la ciudad de México, el 89.3% de los ancianos vive con su familia y sólo el 8.1% vive solo (Arellano, citado en Caritas, 2002). Es común que el adulto mayor siga realizando diversas funciones en la familia; como atender y educar los nietos o apoyar la economía de sus hijos (Maca y Puga 2007).

La familia juega un papel decisivo en la vida del adulto mayor, siendo en particular relevante el vínculo padre- hijo (Towsend, citado en Riesco, 1993). Si el adulto mayor se siente

aceptado en su familia, tendrá una mejor actitud ante los cambios que debe enfrentar (Arellano, citado en Caritas, 2002).

## **MARCO TEÓRICO**

Para Moragas (citado en Sarasola y Fernández, 2006), se debe considerar la vejez tomando en cuenta tres criterios: edad cronológica, vejez funcional (relacionada con capacidades y status social) y vejez etapa vital. La nueva etapa supone ciertas limitaciones, pero también potenciales como serenidad, madurez, experiencia, que usados adecuadamente pueden compensar en cierto grado las limitaciones naturales (Sarasola y Fernández, 2006).

El cambio de estatus y rol protagónico a papeles secundarios en esta etapa puede no ser aceptado y manifestarse con temor (Reyes, 2006). Se observó que la salud, la capacidad productiva y el mantenimiento de lazos afectivos importantes son factores que inciden positivamente en la conservación de roles sociales según los cuales el adulto mayor continúa bien adaptado y siendo requerido en su núcleo social.

### *El adulto mayor en México.*

Se espera que los adultos mayores representen casi la cuarta parte de la población mexicana en el 2050 (INEGI, citado en Ham, 2003). Se requieren estrategias para afrontar los costos de atención de sus necesidades, para lo que el apoyo familiar y social será indispensable.

Dentro de la familia se dan distintas relaciones, además del rol parental, el adulto mayor puede tomar papeles de abuelo, de cuidador del cónyuge, hermano y de cuidador de padres si aún sobreviven (Orosa, 2003). Una de las más importantes es la relación entre padres e hijos. El rol parental debe ir modificándose conforme a las etapas del desarrollo vital. El balance de ayuda entre padres e hijos debe cambiar a medida que los padres envejecen (Vega y Bueno, 1995).

La relación entre padres que son adultos mayores e hijos, puede estudiarse con base en cinco dimensiones: solidaridad asociativa, solidaridad afectiva, solidaridad de consenso sobre valores y creencias, solidaridad funcional y solidaridad normativa (Mangen, Benston y Landry, citados en Vega y Bueno, 1995). Se dan niveles de afecto altos entre padres e hijos, pero estos niveles bajan ante un mal estado de salud de los padres. Con la edad los hijos aumentan su influencia en las actitudes de sus papás (Rossi y Rossi citados en Vega y Bueno, 1995). Se ha visto que el apoyo económico y funcional se dirige principalmente de padres a hijos, y los padres no esperan recibir ayuda de los hijos. Aún así, Vega y Bueno (1995) han encontrado niveles altos de responsabilidad filial en las familias.

### *Ciclo vital de la familia.*

Estrada (1992), Barragán (1975) y McGoldrick y Carter (1980) describieron que en la familia se da un proceso complejo que involucra que las diferentes generaciones se acomoden a las transiciones del ciclo vital. Cuando los hijos se vuelven adultos, la salida de éstos y la formación de sus propias familias llevan a cambios en la relación con sus padres.

En *la vejez*, las nuevas generaciones pueden no entender esta etapa e ignorar a los viejos, sentir impaciencia por ellos o negarlos. Se necesita tener la habilidad para aceptar las propias capacidades y limitaciones, cambiar el rol (posiblemente al de hijo nuevamente) y aceptar la dependencia (Estrada, 1992). Algunos padres se acomodan a esta situación después de un periodo de transición, algunos necesitan de ayuda externa; y algunos no logran redefinirla. Lo más importante será establecer fronteras claras que dividan los roles y diferencien los privilegios y obligaciones de padres e hijos (Barragán, 1975).

Los padres deben hacer un cambio en su estatus y moverse hacia la posición de abuelos; y los hijos tratar un tipo de relación diferente hacia sus padres, quienes pueden volverse dependientes. Ser abuelos ofrece otra oportunidad para formar relaciones significativas sin la responsabilidad paternal (McGoldrick y Carter, 1980).

A veces los adultos mayores no delegan responsabilidades, se rinden y se vuelven totalmente dependientes o son disminuidos por los hijos, quienes los tratan como inútiles. Pero aún si, no hay una reversión total de roles ya que los padres siempre tienen muchos años de experiencia extra y permanecen como modelos (McGoldrick y Carter, 1980).

## MÉTODO

**Pregunta de investigación:** ¿Cuál es la percepción del rol parental en el adulto mayor en relación con la familia nuclear?

### ***PRIMER ETAPA***

Realizamos entrevistas semiestructuradas con base en una guía de preguntas específicas (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Abordamos 5 temas: descripción de la convivencia actual con sus hijos, modo en que ocurre esa convivencia, creencias sobre cómo debería ser la relación en esta etapa, satisfacción con la relación, y expectativas de mejoría. Con los resultados elaboramos el banco de reactivos para el instrumento final.

### ***SEGUNDA ETAPA: ESTUDIO DE VALIDACIÓN TEÓRICA.***

**Objetivo:** Evaluar la validez teórica del instrumento “Rol parental en el adulto mayor”.

**Material:** 127 tarjetas con la transcripción de los reactivos, 5 tarjetas con las definiciones de las dimensiones del instrumento: conducta del adulto mayor, conducta del hijo/a, expectativas, creencias y afectivo.

**Procedimiento:** Usamos el método de jueceo con la técnica Q-sort para evaluar la validez teórica y decidir qué reactivos se quedarían en la versión final. El criterio fue que cumplieran con un 70% de acuerdo, por lo que eliminamos 12 reactivos. Los jueces consultados fueron 9 terapeutas familiares y una Psicóloga con trabajo en Gerontología.

### ***TERCERA FASE PILOTEO Y VERSIÓN FINAL DEL CUESTIONARIO.***

Redujimos nuevamente los reactivos, siguiendo criterios de porcentaje de acuerdo entre los jueces y criterios teóricos. La versión final constó de 83 reactivos. Decidimos aplicar el instrumento en forma de entrevista individual.

### ***CUARTA FASE: APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.***

**Objetivo:** Aplicar el instrumento a la muestra para recabar y analizar datos sobre la percepción de su Rol Parental y la relación con sus hijos.

**Diseño:** Fue un estudio exploratorio. La muestra fue no probabilística. Sólo aplicamos una vez el instrumento a cada sujeto por medio de una entrevista personal.

**Sujetos (participantes):** 136 sujetos de la tercera edad, mayores de 60 años, que accedieron a contestar el instrumento y que tuvieran nietos.

**Material:** Hoja con las instrucciones. Hoja de datos sociodemográficos. Instrumento de evaluación del Rol Parental en el adulto mayor, conformado por 83 reactivos de tipo Likert con cuatro posibilidades de respuesta (Anexo 1).

**Procedimiento:** Recabamos la muestra en las delegaciones: Benito Juárez, Coyoacán, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Tlalpan; y también en el municipio de Nezahualcóyotl. Para ello acudimos a clubes de la tercera edad a cargo del INAPAM, parques, cafeterías y un centro de atención psicológica.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **Características sociodemográficas de la muestra:**

A) Edad promedio de 71.9 años y desviación estándar de 7.4. B) Fue el triple de mujeres que de hombres. C) La mayoría vivía en casa propia. D) Los estados civiles más frecuentes fueron casado y viudo. E) Tenían en promedio entre 4 y 5 hijos de entre 36 a 55 años. F) Vivían con los hijos en el 62.5% de los casos, y en otros con nietos, yerno/nuera. Sólo el 16.9% vivía solo. G) Más de la mitad obtenía su dinero de la pensión, el 31.6% era ayudado por sus hijos y un 14% aún trabajaba. H) Mientras que el 68.3% veía a sus hijos diario o el 51.4% una vez a la semana, el 19.8% sólo los veía una vez al año o 6.6% nunca.

### **DIMENSIONES.**

En el cuadro 1 menciono las respuestas agrupadas en las dimensiones establecidas. Resalto los porcentajes más altos. Totalmente de acuerdo se tomó como un sí y totalmente en desacuerdo como un no. No sumé los porcentajes de algo de acuerdo o algo en desacuerdo.

**Cuadro 1. Resultados de la aplicación del “Instrumento de evaluación del rol parental en el adulto mayor”.**

<b>CREENCIAS</b>	<b>CONDUCTA ADULTO MAYOR</b>	<b>CONDUCTA DEL HIJO/A</b>	<b>EXPECTATIVAS</b>	<b>AFECTOS</b>
Para el 85.3% su rol parental sí es diferente a cuando sus hijos eran pequeños. Pero el 22.1% cree que debe seguir ayudándolos como cuando eran niños.	Tratan de ayudar a su hijo/a si éste tiene un problema de salud 80.9%.	Abrazan a sus padres 80.9%, lo que sugiere un alto grado de cercanía afectiva percibida.	Esperan que su hijo/a respetará sus decisiones de salud 82.4%.	Les alegra pasar tiempo con sus hijos 91.2%. Les satisface la frecuencia con la que los visitan 74.3%.
Creen que sus hijos sí son capaces de resolver solos sus problemas de pareja 80.9%.	Aconsejan a su hijo/a cuando él lo pide 70.4%, sobre salud y economía pero no sobre pareja 69.1%, porque “después se reconcilian y uno queda mal” o “ellos eligieron su pareja y sabrán qué hacen”.	Los hijos no aconsejan a sus padres sobre cuestiones domésticas 61%, ni sobre economía 62.5%, pero sí sobre salud 66.2%.	Esperan que su hijo/a los escuchará 73.5%.	Les agrada la relación con su hijo/a 81.6% y que sus hijos les platiquen sus problemas 70.6%. También les gusta que les pidan consejos 76.5%.
Deben ser guía moral para su hijo/a 71.3%, dijeron que “la experiencia cuenta” o “uno ya pasó por eso, hay que alertarlos”.	No se mete en los problemas de su hijo/a 65.4%, porcentaje menor al que considera que no debe meterse 76.5%.	Los hijos les piden consejo a 50.7%, los escucha el 64% y siguen sus consejos el 28.7%.	Esperan que la relación con su hijo/a cada vez será mejor 70.6% y que la relación no decaiga 77.2%.	Un 22.8% sí se angustia si sus hijos les piden ayuda pues no siempre tienen manera de ayudar.
Su papel más importante en la familia es el de ser padre/madre 69.12%, mientras que la importancia atribuida al papel de abuelo/a es de 63.2%.	Aconsejan a sus nietos 58.1%, pero consideran que no participan en su educación 58.8%, haciendo énfasis en que ésta es responsabilidad de sus propios padres.	Cooperan con su economía 42.6%.	Los entrevistados saben cada cuándo los va a visitar su hijo/a 58.1%.	Les gusta que su hijo coopere con su economía pero solo el 42.6% lo hace. No les molesta tener que dar dinero a su hijo/a 77.2% ni ayudarlo en sus problemas 76.5%.
Consideran que son capaces de enseñarle cosas a su hijo/a 61.3% aunque sólo el 44.9% cree que	Un 56.6% habla con su hijo/a y para resolver sus problemas, mientras que un 50% deja pasar el tiempo	No les piden que cuiden a los nietos 46.3%.	Podrán resolver sus problemas de salud sin la ayuda de su hijo/a 56.6%. Dijeron que pueden hacerse cargo de sí	No tiene miedo de alejarse de su hijo/a el 44.9%, porque es parte del ciclo vital. Sí tiene

debe seguir enseñando a su hijo/a	hasta que se tranquilicen las cosas.		mismos. Esperan poder ayudar a su hijo/a 61.8%.	miedo el 42.6%.
Pueden pedirle a su hijo/a ayuda económica 50.7% y ayuda para otros hijos 44.9%.	Visitan a sus hijos 54.4%. Algunos sólo los visitan cuando son invitados.	No los maltratan 96.3%. No insultan a sus padres 93.4%. Ni deciden por ellos 82.4%. No ignoran a sus padres 74.3%.	No consideran que si le dicen a su hijo/a cómo educar al nieto los vayan a obedecer 89%. No esperan que si le dicen a su hijo/a que su pareja no les agrada la vayan a dejar 89%.	Les lastima que sus hijos los ignoren 36.8%. No sienten que sus hijos lo hagan 74.3%.
Sólo el 41.9% se sigue sintiendo responsable de la familia, porcentaje menor al de los entrevistados que aún tiene hijos viviendo en casa.	Cooperan cuando pueden con la economía de su hijo/a 50% y este porcentaje sube si su hijo/a tiene un problema económico 57.4%.	Pero: 2.2% Su hijo lo maltrata 3.7% Lo insulta 5.1% Cuando le pide ayuda lo ignora. 11% Lo ignora 14% Le molesta lo poco que lo ve. 32.4% Le lastima que su hijo lo ignore.	No esperan que si dan una orden su hijo/a la acate 34.6%.	
Deben ayudar sus hijos cuando tienen un problema con sus hijos 44.1%. Pero no creen que deben cuidar a sus nietos pues: “yo ya cuidé hijos” y al 39.7% no le gusta que se los dejen.	No solicitan ayuda a sus hijos para sus otros hijos 45.6% ni sobre economía (60.3%).		No esperan que su hijo/a los obedezca si le dicen cómo educar al nieto 89%. Tampoco esperan que su hijo/a deje a su pareja porque a ellos no les agrada 89%.	
No deben meterse en los problemas de su hijo/a 76.5%.	No dan consejos si su hijo no los pidió 38.2%, frente a un 36.8% que sí lo hace.		No contestaron si la pareja seguirá apoyando a sus hijos cuando ellos falten 43.4%.	
No es normal tener problemas con su hijo/a 44.1% ni creen tenerlos 85.3%.			El 21.3% espera que su hijo/a los obedezca si le piden que deje de tomar alcohol.	

## ALCANCES Y LIMITACIONES

El primer objetivo fue elaborar un instrumento de evaluación del rol parental del adulto mayor en relación a su familia nuclear. Después del estudio de validez teórica, obtuvimos un instrumento de 83 reactivos con 4 opciones de respuesta de tipo Likert. La prueba no obtuvo suficiente validez factorial, por lo que se debe corregir la redacción de reactivos y elaborar otros que sean sometidos a análisis de validez teórica y factorial.

Se sugiere: a) Aplicar los reactivos por medio de entrevistas, pues la autoaplicación les resultó muy extensa y complicada de resolver. B) Reducir el número de reactivos por dimensión o elaborar un instrumento específico para cada dimensión y así poderlas detallar más. C) Desarrollar reactivos con respuestas de tipo dicotómico, en lugar de las de tipo Likert. Otra opción es cambiar las opciones de respuesta a diferentes grados de frecuencias como *siempre*, *algunas veces*, *nunca*. D) Mejorar la sección de información demográfica especificando más los reactivos sobre la frecuencia con la que ven a sus hijos y si tienen algún otro tipo de contacto parcial. También se podría especificar sobre cuál hijo (el mayor, la mujer, el que vive en casa, la soltera, etc.) se refieren las respuestas.

El segundo objetivo era aplicar el instrumento a una población de adultos mayores y hacer un análisis y discusión de los datos. Aplicamos el cuestionario a 136 sujetos, obteniéndose los datos previamente discutidos. Con respecto al análisis de los datos, se observaron discrepancias con respecto a algunas propuestas teóricas sobre el rol parental en el adulto mayor, aunque otras propuestas teóricas sí se confirmaron.

Estrada (1992) describió que en la última etapa de la familia ya han finalizado las actividades de crianza y los hijos se han independizado del adulto mayor. Así mismo, para McGoldrick y Carter (1980) en estas etapas se requiere una reestructuración de la relación familiar, ahora que las responsabilidades parentales no son demandadas. Pero el 62.5% de los encuestados aún vivía con hijos, lo que sugiere que se encuentran sin desprenderse aún de los hijos. Esto puede explicar porqué en general se observaron respuestas que apuntan a un rol parental más activo. Los padres de la muestra seguían considerando importante su rol parental y prestando ayuda activa a sus hijos, restándole importancia a la adquisición pasiva de un rol como abuelos.

En la etapa de *la familia en vida posterior*, algunos adultos mayores no acceden a delegar responsabilidades, otros se rinden y se vuelven totalmente dependientes o son disminuidos en sus capacidades por los hijos (McGoldrick y Carter, 1980). En esta investigación no encontramos un sentimiento de disminución o impotencia en los padres que los hicieran estar sometidos a las decisiones de los hijos. Muchos entrevistados se consideran independientes tanto en salud como económicamente.

Pero aunque los entrevistados dijeron no sufrir maltrato, desglosando la pregunta se encontró que si bien muy pocos refirieron sufrir maltrato activo por parte de sus hijos, sí aumentó el porcentaje que refirió vivir situaciones de maltrato psicológico y pasivo como: sentirse ignorados, recibir palabras ofensivas o sentirse mal por lo poco que los visitan.

Rossi y Rossi (citados en Vega y Bueno, 1995) reportaron que la ayuda económica principalmente fluye de padres a hijos y los padres no esperan recibir ayuda de los hijos. Con respecto a la muestra, casi una tercera parte sí recibía ayuda económica de sus hijos, aunque menos de la mitad de hijos que viven con sus padres los ayudan económicamente.

En la literatura sobre el adulto mayor, encontramos investigaciones sobre el rol de abuelo/a pero no sobre el rol parental en la tercera edad, lo que no corresponde a la diferencia en importancia que los entrevistados le atribuyeron a estos roles.

Resultó alentador conocer que los entrevistados valoraron positivamente la relación con sus hijos, a quienes consideran capaces de resolver sus propios problemas familiares y económicos. En ese sentido los padres no consideran que deban seguir ayudándolos en todo como cuando eran niños y pueden abstenerse de hacerlo.

Los adultos mayores sí consideraron que su rol más importante en la familia sigue siendo el de padre/madre. Ellos se sentían capaces de ayudar a sus hijos, ser una guía moral para ellos (“porque la experiencia de uno cuenta”), seguirles enseñando cosas, visitarlos, ayudar con los nietos, aconsejarlos (aunque evitan hacerlo sobre la pareja) y resolver conflictos con ellos. Más de la mitad tenía hijos que aún les piden consejos y de estos la mitad sí sigue los consejos que su padre le dio, lo que señala que valoran su experiencia y sabiduría. Esto concuerda con lo que señalaron Rossi y Rossi (citados en Vega y Bueno, 1995) para quienes los padres siempre tienen muchos años de experiencia extra y permanecen como modelos de las siguientes generaciones para las fases de la vida que hay por delante.

## **Investigación cualitativa.**

### **“Conceptos de familia en la Terapia Familiar y su utilidad dentro de la práctica clínica”**

Autora: Mónica Reyes Cárdenas.

El objetivo de este trabajo fue analizar cuáles eran los conceptos de familia dentro de los enfoques sistémicos y postmodernos y su utilidad dentro de la práctica clínica. Para ello hice un análisis teórico previo y después entrevisté a terapeutas familiares que basan su trabajo en diferentes epistemologías y comparé cómo éstas impactaban su trabajo terapéutico. Al hacer un análisis cualitativo, observé que no había consenso sobre si era útil tener un concepto de familia mexicana, cuáles serían los principales factores que la definirían o bajo qué marco teórico analizarla, pues dada la diversidad actual en la configuración de las familias mexicanas, se deben tomar en cuenta múltiples factores para entenderlas. Se mencionaron como conceptos relacionados a la familia: cercanía, intimidad, vínculos afectivos, privacidad, sentido de pertenencia, identidad, tiempo de convivencia, protección a las nuevas generaciones y guía. Se concluyó que se debe seguir dialogando sobre el tema y desarrollar ideas que tengan más plasticidad que los conceptos tradicionales y así describir mejor la compleja realidad de los arreglos familiares mexicanos. Como menciona Ravazzola (2003), examinar nuestras creencias, acercarnos a las familias con menos seguridades apreciando más sus recursos y necesidades mejorará la calidad del acompañamiento que les podemos ofrecer.

## **Justificación.**

La configuración de las familias se está transformando debido a la mayor participación de las mujeres en el mundo asalariado, el aumento de hogares con jefatura femenina, hogares unipersonales, extensos y ampliados; y una disminución de la autoridad masculina en los hogares mexicanos (Castells, Safa y Katzman, citados en González de la Rocha, 1997).

Esto lo confirmó el COLMEX (2009), que señaló que han aumentado las familias monoparentales y los hogares unipersonales y ahora predomina la familia nuclear diversa donde hombre y mujeres trabajan.

De acuerdo a Pereira (2002), las familias reconstruidas requieren un abordaje teórico diferenciado para profundizar en su conocimiento. González de la Rocha (1997) señaló que no se puede usar herramientas conceptuales rígidas para estudiar la diversidad de grupos familiares actuales, e incluso señaló que hablar de “familia” en México ya no es útil. Pero sí enfatizó la importancia de la dinámica familiar para entender el cambio que se genera en estos nuevos grupos sociales que se denominan familia.

La gran variedad de configuraciones actuales ofrece un reto epistemológico en cuanto a determinar si hay conceptos útiles para describir estas nuevas familias y ofrecerles una mejor atención psicológica. Aún no existe consenso en este punto, pero sí se ha iniciado un diálogo sobre el tema tanto a nivel sociedad como a nivel de teóricos clínicos familiares. Se debe favorecer que este diálogo continúe para seguir enriqueciendo nuestro saber sobre las familias aportando voces de la teoría, la práctica clínica y de los propios pacientes.

### **Estado de la cuestión.**

Incluí definiciones e ideas sobre la familia aportadas por: A) Modelos sistémicos (Nardone, Giannotti y Rocchi, 2003; Nardone y Watzlawick, 1999; McGoldrick y Gerson, 1987; Minuchin y Fishman, 1981 y 1984; y Macías, 2006) y B) Modelos posmodernos (Hoffman, 1996; Bellmunt, 2005; Cecchin, 1992; y Anderson y Goolishian (citados en Botella, Pacheco y Herrero, 1999).

Las posturas sistémicas analizan a la familia como un sistema cibernético gobernado por reglas que rigen su conducta individual e interaccional. El modelo estructural y el estratégico añaden que la familia es un grupo de ayuda mutua que pasa por etapas que suponen retos y oportunidades y que la familia debe adaptarse continuamente a estos para seguir cumpliendo sus funciones. El Modelo del MRI sólo analiza los modos equivocados en que las familias enfrentan dificultades que se vuelven problemas o síntomas.

También incluí la definición de familia del Dr. Macías, que señaló que la familia es un:

Grupo de convivencia de adscripción natural y /o pertenencia primaria, con o sin lazos de consanguinidad, en el que se comparte la escasez o abundancia de recursos de subsistencia y servicios, generalmente bajo el mismo techo, que constituye la unidad básica de producción de bienes, y que incluye 2 o más generaciones al menos en una etapa de su ciclo vital, que permite la subsistencia de sus miembros y facilita o no el desarrollo de sus potencialidades (Macías, comunicación personal, junio, 2010).

Para Hoffman (1996), la principal diferencia entre las terapias sistémicas y las postmodernas con respecto a este tema es que en las terapias sistémicas se considera que el sistema (familiar) crea el problema, mientras que en las postmodernas se considera que el problema crea el sistema.

La Terapia Breve centrada en Soluciones (que se considera una escuela en transición hacia la Postmodernidad) no contempla modelos de normalidad y acepta cualquier tipo de estructura que la familia tenga, con lo que se logra reorientar y aceptar positivamente a los clientes.

En las terapias postmodernas se entiende a la familia como una entidad compuesta de personas que negocian activamente por medio del lenguaje significados compartidos, y esta cocreación de narrativas da lugar a una nueva realidad familiar. Definen a la familia como un sistema de creencias compartido en el cual tiene sentido el síntoma (Anderson y Goolishian, citados en Botella, Pacheco y Herrero, 1999).

### **Configuraciones familiares.**

De acuerdo con la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (junio, 2009), las familias nucleares disminuyeron su representación, mientras que las familias sin hijos, monoparentales, y los hogares unipersonales y extensos aumentaron.

Hay numerosas clasificaciones y descripciones de las diferentes configuraciones familiares existentes. Algunos ejemplos son:

- 1) Familias nucleares intactas, familias con un solo padre, familias de segundas nupcias, hogar con tres generaciones y familias con miembros anexos (McGoldrick y Gerson, 1987).
- 2) Familia nuclear, familia ampliada (incluye otros parientes), familia compuesta (lo anterior más no parientes) y familia extensa (hogares formados por los ampliados y los compuestos) (INEGI, citado en Lugo, 2003).
- 3) Familia extensa, semiextensa, nuclear conyugal, uniparental, separada, reconstruida, extendida, binuclear, matri o patriarcal, matri o patrilineal, patri o matrinominal. De acuerdo a Macías (2006), la estructura familiar responde a una necesidad organizativa sistémica de integración para responder y satisfacer las necesidades humanas de sus miembros, en particular las más básicas de los desvalidos.

Además, Pereira (2002) describió que las familias reconstruidas son aquellas formada por una pareja adulta en la que al menos un miembro de la pareja tiene un hijo de una relación anterior. En estas familias las obligaciones conyugales y parentales no incluyen sólo a la pareja, sino que pueden incluir hasta seis personas adicionales, lo cual aumenta la complejidad para llevar a cabo estas obligaciones.

### **Marco teórico de referencia.**

Dentro del desarrollo de la terapia familiar, hubo dos momentos que implicaron el nacimiento de diferentes escuelas de terapia basadas en la epistemología de estas dos etapas. La primera etapa implicó el uso de una metáfora general que describía a la familia como un sistema; de aquí derivan las terapias sistémicas. Esta etapa estuvo nutrida de la Teoría general de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética. Se desarrollaron los modelos de terapia: Estructural, Estratégica, Modelo MRI, Terapia Breve centrada en Soluciones, y en su primera fase, la escuela de Milán. Incluí el Modelo Dinámico Integrativo por ser un modelo teórico mexicano de terapia familiar.

La segunda etapa de la terapia familiar es la etapa posmoderna, que implicó la noción de la realidad como algo flexible y que surge a partir de la negociación de significados entre los interlocutores que participan en el diálogo. Esta etapa se nutrió del Constructivismo y el Construccinismo Social. De aquí se derivó una parte de la Terapia Breve centrada en Soluciones, la terapia el modelo Post Milán, los equipos reflexivos y colaborativos y la terapia narrativa entre otros.

En esta etapa no hay una perspectiva universal, sino múltiples maneras de entender, y el lenguaje sirve como vehículo para la transmisión de los significados y las comprensiones (Biever, Bobele, y Gardner, 2005). En la terapia se aceptan todas las descripciones de una situación que existan y se buscan las que aún no se han encontrado (Andersen, 1994). Se facilitan las conversaciones terapéuticas donde se aprenda acerca de las perspectivas y las comprensiones del cliente (Biever, Bobele, y Gardner, 2005).

### **Debate entre estructuralistas y postmodernos sobre la familia dentro de la terapia familiar.**

Para el construccionismo social es importante no rigidizar la terapia usando categorías inamovibles que impidan la pluralidad de relatos y los significados individuales (Hoffman, 1996). El lenguaje tradicional de la terapia familiar reduce los conceptos y se pierden los significados creados localmente, limitando la narración (Anderson y Goolishian, 1992). Si siguiendo a Andersen (1993) el lenguaje contribuye a que seamos lo que somos, la conversación terapéutica colaborará en la creación de nuevas descripciones de la misma familia. Un concepto de familia estático no tendría cabida pues el proceso favorece dinamismo en la creación y recreación de los significados compartidos.

Pero Ackerman (citado en Linares, 1996) afirmó que en terapia no hay forma de librarse de la responsabilidad de conceptualizar y categorizar tipos familiares. Coincidió con esto Linares (1996), quien alertó sobre una doble epistemología en la terapia familiar que por un lado desea prescindir de las clasificaciones pero al mismo tiempo no renunciar a su manejo y agregó que la visión esquemática de un tipo de familia puede ser riesgosa, pero siendo controlada puede ser útil para organizar las intervenciones en la sesión.

Minuchin (1998) hizo una serie de preguntas sobre la utilidad del concepto familia en la terapia que generaron un debate entre terapeutas: ¿El construccionismo social puede ayudar a los terapeutas familiares en la comprensión del funcionamiento de la familia? Y ¿cómo impacta en la dirección de la terapia este giro teórico? ¿Pueden tratar las pautas de relaciones entre los miembros de la familia, en donde se supone que radica el “locus” del conocimiento? o ¿Deben focalizar solamente en la forma con que cada miembro individual de la familia explica la realidad familiar? ¿Pueden trabajar con la familia en cuanto sistema social?

Minuchin alertó que con la terapia posmoderna podía disminuirse la observación de la interacción familiar y de las pautas interaccionales. También podía disminuir la espontaneidad, las voces de la familia y de sus actuaciones.

Combs y Freedman (1998) contestaron que no es útil tener una noción fija de lo que se entiende por familia natural, pues conlleva a que otros arreglos familiares sean considerados como antinaturales. Alertaron que trabajar con la familia como si fuera un sistema cerrado, podría hacerla sentir culpable de problemas que suelen tener raíces socioculturales. Su forma de trabajo no involucra desaparecer a la familia, sino que amplía la interacción al facilitar la escucha entre los miembros de la familia y así participar en una experiencia relacional que modifica su identidad.

Tomm (1998) señaló que la familia no desaparece cuando se amplía el foco hacia los efectos de las creencias y prácticas culturales sobre la interacción familiar, ya que ésta continúa siendo el centro mediador entre los sistemas culturales y los sistemas individuales. No consideró que se pierdan oportunidades cuando faltan físicamente otros, ya que trabajando con las creencias y significados en un miembro de la familia se generan cambios de segundo orden dentro de todo el sistema.

Sluzki (1998) recordó que la terapia familiar se ha nutrido de nociones como la *complejidad* (contextos ecológicos influidos por procesos interconectados en diferentes niveles), *inestabilidad* (basada en la teoría del caos) y la *inter subjetividad*. Aunque la familia sigue siendo el centro desde el cual construimos nuestra forma de ver el mundo, para este autor también hay otros campos sociales importantes donde se negocian significados que no pueden ser ignorados dentro de la terapia.

Anderson (1999b) distinguió entre una visión dicotómica (o individuo o sistema) y la que ella adopta en su trabajo, esto es, tomar en cuenta a la persona-en relación, por lo que no desaparece a la familia. No consideró que se trate de eliminar todo conocimiento elaborado previamente en la terapia familiar, sino de ampliarlo y preguntarnos cómo estamos y queremos estar en relación con otros.

### **Diseño de la investigación.**

Analicé las bases epistemológicas que encuadran la terapia familiar y a los modelos de terapia antes descritos con el fin de obtener categorías e interrelaciones que ayudaran a analizar los resultados de la segunda fase de la investigación. De aquí podrían surgir conceptos que ayudaran a explicar mejor el concepto familia dentro de la terapia familiar y cómo responde este a la emergencia de los nuevos grupos que se denominan familia.

Elaboré un cuestionario semiabierto para aplicarse en una sola ocasión. La serie de entrevistas se realizó en el período 2009- 2010. Para las entrevistas seleccioné sujetos que tuvieran como atributos: ser terapeutas familiares mexicanos, académicos, especialistas en su área y miembros de grupos denominados familia. Los especialistas seleccionados trabajan en el programa de Terapia Familiar de la UNAM campus CU.

Investigué: ¿Qué implica trabajar con significados alrededor del concepto familia? ¿Cómo impactan estos significados al proceso terapéutico? Usé metodología cualitativa, la cual se centra en entender los significados de las acciones de los humanos y sus instituciones (Hernández et al., 2006). Las realidades (la fuente de datos que va cambiando al transcurrir

el estudio) las definen los participantes, el investigador y la interacción de todos los actores. Las entrevistas cualitativas suponen reiterados encuentros para comprender las perspectivas y significados respecto de las experiencias o situaciones; y son más flexibles, íntimas y abiertas que las cuantitativas (Taylor y Bogdan, 1986).

La cultura es una reflexión sobre narraciones alternativas acerca del Yo y sus posibilidades y que las historias que contamos reflejan esta reflexión dialogada con el otro sobre la identidad (Bruner, 2003). Pero Lipovetsky (2005) alertó que nos encontramos en una era que favorece el aislamiento social. ¿Cómo afecta este aislamiento al proceso de diálogo sobre el ser familia? ¿La familia sigue siendo valorada por este nuevo hombre que se aleja de lo social y lo normativo? ¿Cómo estamos dialogando sobre los significados alrededor de la familia entre los terapeutas familiares?

## **Resultados.**

Los terapeutas que entrevisté tenían entre dieciocho y sesenta años de experiencia clínica. Tres se identificaron como terapeutas sistémicos, de los cuales: un sujeto se ha desarrollado en el campo de la terapia feminista, un segundo basa su trabajo en la teoría del Construccinismo Social y otro ha desarrollado su propio enfoque con base. El cuarto académico se ha desarrollado cercano a modelos Postmodernos como la terapia narrativa, la colaborativa y la terapia de soluciones aunque sí retoma algunos conceptos sistémicos. Se deben considerar las posturas teóricas afines a cada terapeuta, porque lo que el terapeuta percibe ofrece información sobre lo que observa y sobre quién lo observa (Keeney, 2006).

Observé que sí había diferencias en las definiciones de familia basadas en la desigual epistemología de las terapias sistémicas con respecto a las postmodernas. Los terapeutas sistémicos delimitaron más claramente su concepto de familia, y un terapeuta incluso señaló que las familias tienen una naturaleza específica que no tienen otros arreglos sociales. Los terapeutas que tenían definiciones de familia más estructuradas mencionaron que sí les ayudan en el diagnóstico y la elección del tratamiento adecuado para trabajar con las familias. Las definiciones de familia menos estructuradas tuvieron mayor impacto sobre el trabajo con los significados familia asociados al término familia.

Todos consideraron que sus ideas sobre la familia influyen en definir a quién se incluye o no en las sesiones, siendo los terapeutas que basan su trabajo en ideas posmodernas más proclives a invitar a personas significativas más allá de la familia consanguínea.

No hubo consenso sobre lo que se entiende por familia mexicana, cuáles son los factores que la definen o bajo qué marco teórico analizarla. Así, mientras un profesional resaltó más el factor biológico de la familia, otro más resaltó que es una construcción social y uno tercero la capacidad de la misma para cumplir funciones de protección y guía. Un sujeto enfatizó que se deben partir de los criterios que para cada familia sean relevantes y no de los del terapeuta.

¿Por qué no hubo consenso y sin embargo los cuatro afirmaron que sí es diferente la familia de otros grupos sociales? Parece dar respuesta a esto que todos coincidieron en que dada la

diversidad actual en las familias mexicanas, se deben tomar en cuenta múltiples factores para entenderlas. En esto concuerdan con Sluzki (1998) sobre la importancia de tomar en cuenta la complejidad de los múltiples sistemas en interacción en torno a la familia.

Todos agregaron que es importante que el término familia pueda tener cierta plasticidad y amplitud para abarcar diferentes posibilidades de familia y no limitar la inclusión de la diversidad actual en las familias mexicanas. Uno de ellos alertó que los modelos normativos hacen que las familias tengan una sensación de estar viviendo en falta, cuando en realidad están completas y simplemente son diferentes modelos de familia. En esto coincidió con la alerta que hacen Combs y Freedman (1998). Sin embargo, otro consideró que las familias sí tienen cierta naturaleza que las diferencia de otros arreglos, por lo que el término no tendría cabida en estos grupos, a los que sí reconoce derechos legales y sociales.

Les pregunté si habían tenido pacientes con problemas relacionados con el concepto de familia. Tres terapeutas sí han tenido pacientes con problemas implícitamente relacionados con los límites de la familia. Uno de los terapeutas consideró común que en las familias reconstruidas haya dificultad para establecer qué funciones debe ejercer el nuevo miembro de la familia, lo que concuerda con lo señalado por Pereira (2002) sobre las dificultades que se viven en las familias reconstruidas. Otro terapeuta mencionó que las familias divorciadas, las mujeres en familias uniparentales o las parejas del mismo sexo, pueden experimentar como problema el sentir que no son o dejaron de ser familia.

La manera de trabajar fue distinta en cada caso, pero algunos coincidieron en que ayudó señalar los aspectos multidimensionales relativos a la estructura familiar: como factores de consanguinidad, afectivos, legales, ejercer funciones de paternaje- maternaje, etc. Un terapeuta dijo que es importante invitarlos a considerar que hay diferentes tipos de familia y a enfocar en lo que para ellos es importante, postura que concuerda con la visión postmoderna que señala que la tarea es facilitar conversaciones terapéuticas y aprender acerca de las perspectivas y comprensiones del cliente (Biever, Bobele, y Gardner, 2005).

No coincidieron en la importancia que tiene para el terapeuta contar con un concepto de familia y si esto debe influir en su trabajo con la familia. Uno de ellos consideró que el foco de la terapia debe ser la problemática del paciente y no las ideas del terapeuta por lo que considera que el terapeuta no debe tener confusión respecto al tema. Dos terapeutas alertaron que tener un concepto definido de familia limita la terapia porque existe el riesgo de querer enfocarla hacia la normatividad subjetiva sobre lo que debería ser la familia según el terapeuta y no tomar en cuenta al paciente. También limita el material con el que se trabaja pues puede llevar a no invitar a las sesiones a otros significativos para la familia.

En contraste, un terapeuta señaló que tener un concepto relativo a la familia sí ayuda al terapeuta a guiar su trabajo pues permite observar la interrelación familiar y establecer sus recursos para el cumplimiento de las funciones familiares o el no cumplimiento de otras, y así establecer la problemática de la familia y los objetivos del tratamiento. Concordó con Linares (1996) en que sí es útil.

Enlistaron diversos factores que se asocian con los cambios actuales en la configuración de la familia mexicana. Un terapeuta señaló que ha habido cambios culturales que promocionan la libertad del hombre moderno sin enfatizar la responsabilidad, y esto se ve reflejado en la cantidad de embarazos adolescentes, familias sin padre presente, etc. Coincidió con Lipovetsky (2005) en que actualmente la cultura favorece la destrucción de lo social y el aislamiento por medio del hedonismo, la información y la responsabilización.

Es interesante que un terapeuta señalara que no observaba estos cambios en su consultorio pues siempre ha habido diferentes arreglos familiares y la idea de la familia nuclear es un modelo que no responde a la realidad mexicana. ¿Cómo explicar esta diferencia en percepción? Tal vez este terapeuta quiso enfatizar el no usar normatividades que hagan sentir a las familias que están en falta y limiten la creación de sus significados.

Les pregunté sobre la protección a los débiles dentro de una familia, que ha sido una de las razones para defender la estructura familiar. Un terapeuta que se debería hacer un trabajo pluridisciplinario con los terapeutas legales para que haya mejor protección a niños, mujeres, ancianos y enfermos. Otro señaló que la protección a los débiles es un tema ambiguo dentro del modelo tradicional familiar, que busca protegerlos pero que también puede posibilitar abusos de toda índole. Consideró que los nuevos modelos tal vez puedan proteger a los débiles de igual o mejor manera. Uno más reflexionó que tal vez ampliando las personas que integran las definiciones de familia se pueda contar con más personas involucradas en la protección a los débiles.

Les pregunté si en las familias se debe negociar el significado de familia o si cada uno puede tener ideas diferentes. Uno opinó que lo que se negocian son los límites, no los significados. Otro dijo que es importante saber cómo entiende la familia su significado, su razón de ser, y el significado que le asigna a las experiencias que van viviendo; pero consideró que esto está ligado a aspectos emocionales y conductuales que también deben ser tomados en cuenta en terapia ya que están ligados entre sí. Dos opinaron que sí se negocian los significados pero que esto se hace de manera implícita observando y escuchando las interacciones de la vida cotidiana, así creando una idea sobre lo que esa familia considera al respecto.

Los terapeutas mencionaron como características que distinguen a la familia de otros grupos sociales: cercanía, intimidad, vínculos afectivos, privacidad, sentido de pertenencia, identidad, tiempo de convivencia, protección y guía. Un terapeuta enfatizó la función de protección a las nuevas generaciones.

Ellos han tenido pacientes con arreglos familiares alternos, pero su problemática no estaba relacionada con el concepto de familia, sino con la aceptación familiar y en un caso con el género. Mencionaron que los grupos sociales alternos que luchan por ser considerados familia podrían estar buscando aceptación social y/o derechos legales. Un terapeuta señaló que el nombre familia tiene una larga tradición y peso que no han podido igualar otras etiquetas como “sociedad de convivencia”.

Les pregunté cómo podría darse un diálogo entre grupos “liberales” y grupos “conservadores” que no quieran asignarle el nombre familia a los arreglos familiares

alternos. Un terapeuta sugirió cambiar el esquema dicotómico y empezar a hablar en términos de relaciones y vínculos afectivos, temas atractivos para ambas partes.

Hubo desacuerdo sobre si el concepto de familia es un tema en terapia sólo por iniciativa de la familia o también es un tema del terapeuta. Algunos consideraron que los terapeutas ya traemos una idea de familia que se refleja en las personas a las que se cita a sesión (comúnmente la familia) o en esperar que los cambios afecten a todo el sistema familiar.

Un clínico propuso dialogar entre los terapeutas y las diferentes familias para investigar y obtener retroalimentación sobre los factores que ayuden a su bienestar y prevenir factores de riesgo o de malestar. Un terapeuta consideró útil repensar e incluir múltiples voces en la conversación y no dar nada por sentado. En esto concordó con Sluzki (1998), quien invitó a cuestionarnos si estamos adhiriéndonos demasiado a una sola teoría, sin tomar en cuenta la unicidad de los pacientes, y con Gergen (2006), quien sentenció que debemos apoyar la evolución del lenguaje y la terapia para que se siga vinculando con la realidad social siempre cambiante.

Finalmente, les pregunté si el término de “terapia familiar” sigue siendo vigente. La mitad prefirió el término terapia sistémica porque abarca también al método con el que se observa la terapia. Uno de ellos dijo que el término terapia familiar es útil para la población en general que tiene más claridad sobre este término que sobre el término “sistémico”. Los otros contestaron que el término sigue siendo vigente, pues la familia sigue siendo vigente.

## **CONCLUSIONES.**

Al inicio incluí diferentes definiciones de familia de acuerdo a modelos sistémicos y postmodernos, sin embargo, lo que surgió de esta investigación como dato preponderante es la necesidad de seguir dialogando sobre el tema y desarrollar ideas sobre la familia que tengan más plasticidad que los conceptos tradicionales y así describir mejor la compleja realidad de los arreglos familiares mexicanos.

Observé una pluralidad de ideas relacionadas con el término “familia” y diferentes consecuencias que esta pluralidad acarrea. Más allá de tener o no un término definido, coincido en que la familia sigue siendo un tema relevante en la realidad mexicana y que los temas y significados que de ésta surgen no son temas acabados; sino que se requiere seguir dialogando sobre ellos ya que tienen un impacto en nuestra práctica clínica. En esto concuerdo con Ravazzola (2003), quien dijo que la calidad de acompañamiento y ayuda que daremos a los pacientes será diferente si nos entrenamos a examinar y cuestionar nuestras creencias y en promover formas de comunicación que democratizen a las familias, lo que se logra al acercarnos a las personas con menos seguridades y desde miradas que aprecien sus recursos y respeten sus necesidades.

La viabilidad de la terapia dependerá de que haya una negociación y coconstrucción de significados sostenibles [sobre la familia] y que se integren los puntos de vista de la familia, el terapeuta y la cultura (Bellmunt, 2005). Retomo la invitación de Gergen (2006) sobre la creación de un espacio de inteligibilidad que expanda los límites de la terapia, y amplíe el

contacto con diferentes construcciones del mundo y ser más libres para crear prácticas combinadas. Se nos invita a formar una comunidad del tratamiento que dialogue en materia de ética y de eficacia y que, como plantea Sluzki (1998), tome en cuenta la interindividualidad, la responsabilidad y el compromiso social; y que nos dirija a una terapia más integra que promueva esperanza y confianza en el futuro.

### **3. 3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria.**

#### **3. 3. 1 Productos tecnológicos realizados.**

##### **“Terapeuta de hierro”.**

Realicé un juego para computadora en formato CD con la ayuda de Liliana Paredes Reyes y Hernando Ávalos Paniagua. Éste sirve como estrategia pedagógica para practicar temas de Terapia Breve Centrada en los Problemas y aborda una narrativa ficticia sobre un terapeuta joven que se enfrenta con pacientes que le exponen diferentes problemas. El juego está narrado de manera que el participante se identifique con el protagonista. Conforme avanza el juego se le pide que tome diferentes decisiones que llevan a la historia a finales alternativos de acuerdo con cada elección. Con este juego se busca que el participante reflexione qué haría en cada caso ficticio y considere si sus decisiones son adecuadas con respecto al modelo, o necesita repasar sus conceptos. Este recurso está dirigido a estudiantes del modelo MRI.

##### **“Terapia Narrativa y 15 ideas contra la violencia intrafamiliar.”**

Realicé una presentación en Power Point para el evento contra la violencia intrafamiliar que fue realizado en el Hospital Psiquiátrico Infantil. En éste di una introducción a la Terapia Narrativa y posteriormente, apoyada en la presentación, ofrecí 15 ideas que pueden guiar el trabajo del personal de salud para acompañar a las familias en su lucha contra la violencia y en su jornada por la paz familiar. Algunas de estas ideas son: “las familias no son el problema, el problema es el problema”; “los pacientes son resilientes, responsables y agentes activos de cambio”; “se deben combatir las verdades normalizadoras sobre género y poder y aumentar las historias alternativas” y “el personal de salud puede tener un importante rol como testigos de las historias de éxito de las familias”.

#### **3. 3. 2 Programa de intervención comunitaria.**

##### **“Los cuentos que yo cuento. Trabajando con mis historias de vida”.**

Este taller fue impartido por mí y por Edmí Exzacarías Esquivel durante 5 sesiones de 2 horas los días 20, 26, 27 de abril y 3 y 4 de mayo de 2010, en el horario de 4:00 pm a 6:00 pm. La fundación Bringas Haghenbeck nos dio la oportunidad de impartirlo a la población residente en la casa de retiro Teodoro Gildred, que se encuentra en la delegación Azcapotzalco.

La población a la que estuvo dirigido fue a adultos mayores de 60 a 120 años que supieran leer y escribir y que residieran en una casa de retiro para adultos mayores. Se estableció como número de participantes deseable que hubiera 10 personas mínimo y 15 personas como máximo. Se contó con 12 participantes regulares, con un promedio de edad de 84 años de nivel socioeconómico bajo. Aunque todos sabían leer y escribir, 2 requirieron ayuda para hacerlo, uno recientemente perdió la vista, y la otra se encontraba debilitada por una enfermedad en el aparato respiratorio.

El objetivo del taller fue que los participantes trabajaran con algunas historias de su vida, alrededor de las cuáles reconocieran sus valores, recursos y habilidades; y reflexionar sobre cómo éstos pueden ser herramientas útiles para su crecimiento personal. En el taller contaron las historias de vida a sus compañeros del grupo, identificaron sus habilidades y valores en estas historias y reflexionaron sobre los recursos redescubiertos y su aplicación en nuevos proyectos.

### **Justificación.**

En México la edad de la población está aumentando, por lo que se deben abordar los retos que ofrece el trabajo con las personas adultas mayores. En este sentido, Rodríguez (noviembre, 1999) señaló que es necesario visibilizar más los temas de las personas adultas mayores, cambiar la actitud social ante la senectud y disminuir el negativismo, promover un envejecimiento activo y hacer énfasis en lo preventivo más que en lo curativo. Los profesionales de la salud podemos tomar un rol activo que fomente la participación social en estos objetivos.

Las actividades instrumentales de la vida cotidiana son componentes que miden autonomía en el adulto mayor, señalándose que el 1% no es capaz de vestirse, alimentarse y bañarse por sí misma (Garrido, Ramírez y Gómez, 1999). Se le debe dar prioridad a este grupo de ancianos más frágiles mediante el fortalecimiento de las redes sociales y fomentando intervenciones de salud que permitan mantener por más tiempo su autonomía funcional.

### **Marco teórico.**

Para Watzlawick y Krieg (2000), la narrativa es el medio para generar la identidad y ésta se produce en los intercambios entre personas, las narraciones del yo, remiten a las relaciones sociales, más que a una elección individual. Suárez (2004) señaló que somos coautores de identidades, de las narraciones que se transforman en nuestro sí mismo; somos la historia de un pasado narrado en múltiples contextos de construcciones narrativas.

La manera como narramos nuestra vida depende de acuerdos sociales, los cuales pueden presentar un hecho como verdadero o falso (Suárez, 2004). Sin embargo, el significado que las personas le atribuyen a los hechos es lo que determina el comportamiento. La analogía del texto se convierte en un abordaje que posibilita distinguir entre un relato dominante y un relato alternativo y sitúa los eventos en el tiempo. En los relatos, se ubican espacios que las personas deben llenar para representarlos, en cada nuevo relato surge uno distinto que contiene al anterior y lo supera. Es como si las personas re- escribieran sus vidas.

White (2002b) mencionó que las personas tienen vivencias que dan significado a sus narraciones y a sus vidas, además tienen el poder de representar sus relatos gracias al conocimiento que tienen de ellos mismos. Las historias constituyen a las personas mediante las verdades normatizadoras. La mayoría de las personas dispone de relatos de sí mismos, de los demás y de sus relaciones; el relato que prevalezca a la hora de asignar significados a los sucesos de la vida, determinará en gran medida la naturaleza de las propias vivencias y acciones. Si predomina una historia saturada de problemas se representará de modo habitual la misma problemática historia. De esta forma, gran parte de la experiencia vivida queda en el trasfondo, relegada por la narración dominante; esto es lo que hace tan relevante la exploración de los relatos alternativos.

Con cada representación de las narraciones, las personas reescriben sus vidas y sus relaciones, cada relato se cierra sobre sí mismo y se vuelve algo más que el relato anterior. Tanto la evolución de las vidas como las relaciones de las personas, son semejantes al proceso de reescritura, por el cual atraviesan las personas al entrar en las historias con toda su experiencia y su imaginación, al proceso de adueñarse de esas historias y hacerlas propias (Epston, White y Murray, 1996)

Las historias se vuelven doblemente importantes por que es mediante las historias que los acontecimientos extraordinarios o las excepciones producen relatos alternativos. Al reflexionar sobre las historias alternativas, a las personas se les abre la posibilidad de identificar valores y compromisos preferidos para la vida (White, 2002b).

Para White y Epston (1993) la gente se enfrenta a dificultades cuando se vive con historias dominantes que están saturadas del problema, pues resultan ser restrictivas, no abarcan partes importantes de la experiencia de las personas y/o las llevan hacia conclusiones negativas sobre su identidad. Dentro de los distintos métodos de trabajo que ha desarrollado el modelo narrativo, se encuentra el descubrir los acontecimientos excepcionales, pues estos sirven como base para ir construyendo una o varias historias alternativas. Una vez que se ha detectado y explorado a detalle, se averigua sobre épocas o eventos en la vida del cliente, que contradigan esa historia dominante. Se trata de encontrar dentro de la narración de las personas, sobre su vida, evidencia de otras posibles historias o narrativas sobre su identidad. Por lo tanto los acontecimientos excepcionales sirven como base para ir construyendo una o varias historias alternativas.

Cuando se logra identificar estos acontecimientos excepcionales, se deben investigar con cuidado para aprender sobre su historia y el significado que estos eventos tuvieron para la persona en un determinado momento, lo que significaron para otras personas importantes en su vida y lo que el recordarlos significa para él en la actualidad (Tarragona, 2006).

La narrativa parte de la idea de que se le da sentido a las experiencias organizándolas como historias o narraciones; como se mencionó, algunas historias se vuelven relatos dominantes en la vida de las personas, por lo tanto al encontrar historias o tramas alternativas es necesario fortalecerlas y engrosarlas para que adquieran mayor significancia y peso para la persona. White le llama a estas conversaciones <<conversaciones de reautoria>>, pues reescriben las historias que constituyen la identidad.

Para White y Epston (1993), la mayoría de los documentos y escritos que realizan sobre las personas, ofrecen un contrapeso a las descripciones de los diagnósticos basadas en un lenguaje de déficit y patologías; estos documentos como cartas, certificados, diplomas, etc., fortalecen las historias alternativas que surgen en las personas.

Una faceta más del trabajo narrativo es la importancia de trabajar con testigos externos, que tiene que ver con la importancia de contar y re-contar las historias para construir la identidad propia. Para ello se pueden implementar las denominadas ceremonias de definición que contribuyen a validar y fortalecer las historias de las personas. La finalidad es contar las historias frente a testigos externos que al estar presentes vuelven más significativa dicha historia (White, 2002a).

De acuerdo a él, las terapias narrativas abren un espacio para que las personas tomen una postura con respecto a los problemas de sus vidas, a los acontecimientos y a los actos que contradicen los relatos de incompetencia e inadecuación asociados a problemas; y a los conocimientos sobre las soluciones que son identificados mediante una exploración de esas contradicciones. Estas prácticas les permiten: a) negociar y renegociar los significados atribuidos a esos problemas y a esas contradicciones; b) hacer el mapa de los efectos de esos problemas sobre sus vidas; c) hacer una evaluación de los efectos del problema y de las consecuencias de las contradicciones y los conocimientos sobre soluciones que se identifiquen; y d) establecer justificaciones pertinentes para esas evaluaciones. Al justificar esas evaluaciones, las personas se descubren manifestando descripciones claras de sus intenciones y objetivos preferidos, así como de los valores y compromisos que defienden.

### **El trabajo en grupo.**

En las terapias postmodernas se valora el concepto de polifonía, que es la capacidad de sumar diferentes voces o posturas a la conversación, lo cual se facilita trabajando en grupo (Tarragona, 2006). Este término implica conversaciones donde: “las diferencias y la diversidad son bienvenidas, respetadas y consideradas relevantes” (Anderson, 2005, p.59). Al unir diferentes voces, cada voz sigue siendo la misma y lleva su propio significado, pero juntas forman un nuevo campo de significados, conexiones e interacciones inesperadas. Estas conversaciones permiten que los participantes accedan a su creatividad y se desarrollen posibilidades (Anderson, 2005).

### **Actividades del taller.**

Realizamos una carta descriptiva del taller donde enlistamos los temas abordados, los objetivos de cada actividad, las técnicas usadas, los recursos físicos y el tiempo de cada actividad. También hicimos un manual del participante para que hicieran el trabajo de cada sesión y contaran con un registro del trabajo con sus historias de vida.

En la sesión 1 hicimos la bienvenida y presentación de las terapeutas y los participantes. Posteriormente presentamos el taller y entregamos los manuales del participante. También identificamos las expectativas del grupo y los compromisos de cada uno para hacer el encuadre de manera participativa. Como temas de esta sesión abordamos: a) valores y

principios dentro de la terapia narrativa, b) lectura y reflexión tomadas del ejercicio “Las islas” (Acevedo, 1991, p.100), c) las historias de vida y d) dejamos como tarea hacer una lista de eventos importantes en su vida para trabajar en las siguientes sesiones.

La segunda sesión la iniciamos con rompecabezas que tenían frases sobre las cuales se buscó la reflexión grupal. Se trabajó con la lista de eventos significativos y se fomentó que compartieran una historia que eligieran con los compañeros. Se usaron herramientas narrativas de engrosamiento de las historias personales de los participantes. Posteriormente se realizaron algunas actividades de integración grupal y se cerró con una ronda de mencionar lo que cada uno se llevaba de la sesión.

En la tercera sesión iniciamos con una dramatización que abordó el tema: cuando la familia no viene a verme. Se buscó analizarla desde diversos puntos de vista y extraer de ésta los valores y recursos que se pueden poner en la balanza para tomar una decisión similar. La siguiente actividad también involucró un análisis que se enriqueciera con las diferentes formas en que se puede evaluar una característica personal. Finalizamos con una actividad lúdica en la que los participantes recordaron canciones de antaño y participando como equipo en la actividad musical.

En la sesión 4 reflexionamos de manera lúdica sobre cómo han cambiado la vida de los participantes con el paso del tiempo. Esta actividad movilizó sus recursos de memoria, velocidad y participación grupal. Se ofreció una exposición sobre el tema de los recursos y habilidades personales y el enfoque narrativo del mismo, que aborda la agencia personal en la construcción de los recursos y la puesta en práctica de ellos en nuestra vida. También leímos una lista de frases de diferentes recursos y habilidades y los pusimos a que se movieran si se identificaban con cada uno y observaran las similitudes y diferencias con sus compañeros. Finalizamos con una dinámica de imaginación guiada en donde abordamos el tema del duelo (tema relevante en las historias de los participantes) con la metáfora de un bosque y las etapas de vida por las que atraviesa. Como tarea les dimos una hoja con la “leyenda de un triunfo”, que era una historia externalizante pre llenada para que la terminaran y obtuvieron la narración de su triunfo contra el problema y los recursos que pusieron en práctica.

Iniciamos la última sesión con una lluvia de ideas sobre las cosas que podrían ayudarlos a vivir mejor dentro de la residencia. Se creó una lista con las ideas de todos. Realizamos una actividad destinada a escuchar múltiples voces sobre la forma en que cada participante era percibido por el grupo. Entregamos a cada participante de una bolsa de “monedas” rotuladas con características de cada uno que habían sido mencionadas por los otros del grupo o que nosotras habíamos observado. Cada uno las leyó y reflexionó si las veía o no en sí mismo y qué le surgía al escuchar los recursos que los otros observaban en él. Finalmente hicimos una ronda de preguntas sobre la utilidad del taller en su vida y recibimos retroalimentación escrita por medio de las hojas de evaluación. Además le dimos un diploma a cada uno por haber participado en el taller.

En el taller usamos diferentes técnicas o recursos didácticos, así como una serie de materiales que en algunos casos creamos nosotras.

<b>Técnicas o recursos didácticos empleados:</b>	
A) Presentación cruzada por parejas.	B) Expositiva.
C) Ronda de preguntas.	D) Lluvia de ideas.
E) Narración de una historia y debate en grupo.	F) Tareas.
G) Dinámicas de apertura.	H) Selección de un evento significativo.
I) Engrosamiento de historias.	J) Dramatización.
K) Reflexión grupal.	L) Imaginería guiada.
M) Uso de documentos narrativos.	N) Evaluación escrita.

<b>Materiales empleados:</b>	
A) Gafetes con los nombres de los participantes.	B) Cañón y computadora.
C) Un manual por participante.	D) Plumas y plumones.
E) Presentación del taller en Power Point.	F) Papel rotafolio blanco y hojas de trabajo.
G) 3 rompecabezas elaborados en media cartulina.	H) Instrumentos musicales.
I) Vestuario y materiales para la dramatización.	J) Monedas dentro de bolsitas de plástico.
K) Diplomas para cada participante.	L) Hojas de evaluación.

Los participantes dijeron que el taller les sirvió para reflexionar o aprender algo nuevo. Los temas que les parecieron útiles fueron: los valores, las fortalezas y los amigos. Les pareció fructífero trabajar en equipo, los rompecabezas, el canto, los crucigramas y recordar. Calificaron nuestro desempeño como bueno, pues fuimos respetuosas y claras al exponer los temas. Un participante dijo que no le habíamos resuelto sus dudas y al final nos pidió consulta. Nos sugirieron: a) convencer más a los que no participaron de dar su opinión, b) poner música de fondo, c) más tiempo y d) hacer algunos ejercicios de forma individual.

### **Conclusiones.**

Realizamos este taller como parte de nuestra formación profesional, la cual se basa en la adquisición de habilidades profesionalizantes. Una de ellas es el desarrollo de talleres que tengan un impacto en comunidades con diferentes problemáticas de México. El trabajo con la tercera edad es importante porque ésta es una población que tiende a ser descuidada por las instituciones y organismos nacionales encargados de vigilar el desarrollo social. Al impartir el taller adquirimos habilidades de diseño, puesta en práctica y evaluación del taller. Al mismo tiempo pudimos incidir en una comunidad de residentes de la tercera edad de una casa de retiro con el impacto antes mencionado.

El trabajo comunitario me resultó una experiencia satisfactoria, y me sirvió para constatar el valor de la población de la tercera edad y para observar en la práctica algunas de las intervenciones que plantea el trabajo narrativo, como: la importancia de la polifonía en el dialogo, el creer que cada persona tiene dentro de sí recursos que ya ha puesto en práctica en defensa de su yo preferido, y que narrarlo ayuda a que cobren fuerza.

El grupo aumentó su participación conforme se sintió valorado en sus opiniones e ideas y que esta participación motivó a su vez la retroalimentación de los otros, generándose un diálogo más enriquecedor para todos. Confirmando que una actitud de respeto al conocimiento

local e interés por el otro, ayuda a las personas a sentirse valiosas e incrementar su participación; y nos ayuda a los terapeutas a aprender de ellos y a aumentar la motivación para seguir conectados con nuestros valores y principios éticos.

### **3.3.3 Reporte de asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado en foros académicos.**

#### **Asistencia a foros académicos.**

- Asistí al XI Congreso Nacional de Terapia Familiar organizado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar titulado: “Ser, estar y trascender en la terapia familiar”. Este evento se realizó del 14 al 17 de noviembre del 2008 en la ciudad de Querétaro, México.
- Acudí al “1er Encuentro Internacional de Psicoterapia” realizado en el marco del tricentenario de la ciudad de Chihuahua, Chihuahua, México del 6 al 9 de octubre del 2009. Este encuentro estuvo organizado por el Centro de Atención y Prevención Psicológica (CAAPS). Se contó con la presencia de terapeutas como Madanes, Epston, Zeig, Imber-Black, entre otros.
- En este evento acudí a un taller- seminario que contó con el Dr. Zeig como ponente, titulado: “Lo que los psicoterapeutas pueden aprender de los cineastas comerciales y psicólogos sociales”.
- También asistí al taller- Seminario impartido por Dr. Epston y la Dra. Campillo, titulado: “La terapia narrativa tiene un corazón latino”.
- Acudí al 1er Congreso Internacional: “Terapia Breve y Familiar: Alternativas en Psicoterapia. Los caminos que se encuentran” que se llevó a cabo en Puebla los días 28, 29, 30 y 31 de octubre del 2010 y fue organizado por el Centro de Terapia Familiar y de Pareja (CEFAP). Se contó con la presencia de terapeutas como Bergman, O’Hanlon, Anderson, Imber-Black; así como de teóricos de la terapia familiar, como Tomm y Gergen.

#### **Participación como ponente en foros académicos.**

- Presenté el cartel: “Evaluación del rol parental en el adulto mayor mexicano”, en el “1er Encuentro Internacional de Psicoterapia” con los resultados de la investigación realizada con Edmí Exzacarías, bajo la supervisión de la Dra. Dolores Mercado. Anexo 2.
- Presenté la ponencia: “Terapia Narrativa y 15 ideas contra la violencia intrafamiliar” el día 19 de marzo del 2010 en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” dentro de un evento multidisciplinario sobre la violencia y la terapia familiar dirigido a personal de salud que se llevó a cabo del 16 al 19 de marzo de ese año.

### 3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional.

“Nos confiarán los secretos más íntimos de su conciencia, y seremos nosotros los que decidiremos y fallaremos según convenga, fallos que serán aceptados por ellos con alegría ya que de ese modo se librarán del tormento de tener que escoger temiendo equivocarse. Todos los seres de la Tierra serán igualmente felices salvo algunos escasos millares, y salvo...nosotros, los depositarios del secreto...Nosotros seremos desgraciados” (Dostoievski, 2004).

“Si el individuo está llamado a ocupar un lugar más reconocido en la teoría sistémica del futuro, parece evidente que se tendrán que recuperar también algunos conceptos de stirpe individual, últimamente caídos en desuso, como voluntad, deber y responsabilidad” (Linares, 2002)

#### 3.4.1 Discutir e integrar consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.

La residencia en terapia familiar está dirigida a clínicos que se espera ejerzan en beneficio de la población mexicana. Es importante tomar en cuenta hacia quién va dirigido nuestro quehacer terapéutico, pues cada población ofrece diferentes oportunidades y desafíos, por lo que no se deben importar de manera lineal técnicas y oficios creados en otras latitudes. En México existe desde 1997 el Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (Aurón, Espejel, Pérez, Gómez, Casares, Emerich, J. A. et al.), el cual busca normar las prácticas de los profesionales de la salud y señala derechos de los pacientes y obligaciones de los miembros de la asociación.

Tomando en cuenta los derechos y obligaciones planteados por el Código Ético, mencionaré cómo dialogamos sobre el tema de la ética durante el entrenamiento. Sobre los derechos de los pacientes:

- 1) *La no discriminación de los pacientes.* Algunos decidieron que atenderían a los pacientes que tuvieran más tiempo en lista de espera en lugar de escoger problemáticas particulares; pues consideraban este modo menos discriminatorio.
- 2) *El derecho de los pacientes a tomar la responsabilidad de sus decisiones y que el terapeuta les ayude a examinar las consecuencias de sus acciones.* Los supervisores nos motivaron a discutir con los pacientes las consecuencias de sus acciones, pero hacerles saber que ellos eran los responsables de sus decisiones.
- 3) *El tratamiento sólo debe durar mientras el paciente esté siendo beneficiado.* Se nos hizo hincapié en no insistir en seguir viendo a los pacientes un número de sesiones fijo cuando ellos ya no deseen asistir.
- 4) *El terapeuta los ayudará a buscar otro servicio si van a ser canalizados.* Canalizamos a pacientes a: atención a las sobrevivientes de abuso sexual, tratamiento de adicciones, terapia de pareja o individual (posterior a la terapia familiar), asesoría legal, asesoría médica y tratamiento para fobias.
- 5) *El terapeuta les informará si van a ser grabados o si habrá la presencia de terceras personas.* En los centros: Dr. Guillermo Dávila, San Lorenzo y Dr. Mc Gregor, los pacientes

firman un consentimiento para ser grabados y permitir la presencia de terceros. Falta promover este tema en el Hospital Psiquiátrico Infantil, donde no ocurre esto.

6) *El terapeuta no iniciará relación con ellos ni de negocios ni amorosa durante la terapia y hasta dos años después.* No se presentó el caso.

Además, en la Maestría, hablamos sobre las obligaciones de los terapeutas como:

7) *Mantener la confidencialidad de los datos y sólo usarlos para enseñanza, escritura o presentaciones con permiso del paciente.* Los informes no contuvieron datos de los pacientes y no se permiten videos en el examen profesional. *También son excepciones las ocasiones en que así lo requiera la ley, para prevenir daños a terceros y en circunstancias educacionales.* Discutimos en qué casos se debían ofrecer resúmenes del tratamiento al juez. No se presentaron casos.

8) *Buscar ayuda para tratar problemas personales del terapeuta.* Nos recomendaron asistir a terapia personal. Hablamos sobre los prejuicios o predisposiciones del terapeuta y cómo se trabajan en beneficio del paciente (Cecchin, 2004).

9) *Mantenerse actualizados en su área mediante educación continúa y no dar consejos o diagnóstico en áreas fuera de su competencia.* Nos insistieron en que complementáramos nuestra educación con otros cursos y seminarios. Acudimos a conferencias impartidas por Anderson, Gergen, Keeney, Minuchin, Tomm; entre otros.

10) *Proteger el uso de los datos de las investigaciones. Al realizarlas, se seguirán las leyes federales y lineamientos éticos para todos los participantes, se ofrecerá información suficiente y se respetará el derecho a no participar.* Esto fue requisito para las investigaciones realizadas.

11) *Respetar los derechos de los colegas.* Estuvo implícito en el trabajo realizado tanto de manera individual como en equipo.

12) *Dar crédito a los que hayan ayudado en las investigaciones o se cite su trabajo.* Los maestros nos exhortaron a hacerlo.

13) *Ayudar a la sociedad incluyendo servicios a bajos precios.* Se promovió la intervención comunitaria y dimos pre consultas de manera gratuita.

14) *Desarrollar leyes relacionadas con la profesión.* No fue parte del entrenamiento.

15) *Pactar con los clientes el encuadre, difundiendo su información de manera correcta y veraz para que los clientes puedan decidir entre varias opciones.* Se habló sobre la manera correcta de plantear el encuadre y se practicó con cada paciente que atendimos.

16) *Acreditar capacidad y logros académicos.* Se esperaba que cumpliéramos con los requisitos y estándares de excelencia en cada semestre y que al terminar presentáramos nuestro Reporte de Experiencia Profesional para nuestra titulación.

El equipo creció al discutir sobre la ética, revisar lecturas y supervisar cada caso. Es importante continuar el diálogo pero incluyendo más voces, como la de teóricos y terapeutas que reflexionan sobre este tema (Gergen, Hoffman y Anderson, 1996; Gergen, 2006a; Haley, 2002; Hoffman, 2001; Minuchin, 1984; Papp, 1990, White, 2002a; entre otros), exalumnos que ya se encuentren ejerciendo, familiares de los pacientes, maestros de diferentes disciplinas, y principalmente incluir la voz de los pacientes.

## IV CONSIDERACIONES FINALES.

### 4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

Durante el programa, se esperaba que desarrolláramos las siguientes habilidades y competencias (Programa de Maestría y Doctorado en Psicología Clínica, UNAM, 2006):

#### I. Habilidades Teórico Conceptuales:

Revisamos los modelos de terapia: Estructural, Estratégico, MRI, Terapia Breve Centrada en Soluciones, Modelo de Milán I y II, Terapia Narrativa, Terapia Colaborativa, Equipos Reflexivos; y nos dieron nociones de la Terapia Familiar Feminista. Aunque no son todos los modelos de terapia familiar, sí constituyen una base importante para entender la historia de la terapia familiar. Con respecto a su aplicación clínica, estuvimos discutiendo sobre las ventajas y limitaciones de cada modelo, mismas que pudimos explorar al aplicarlos en el tratamiento de los pacientes que atendimos tanto de manera individual como en equipo. Me siento más afín a determinados modelos como el Narrativo o el Colaborativo pues se sustentan en ideas similares a las que tengo sobre la persona, el proceso de cambio y la labor del terapeuta. Sin embargo, sí tengo nociones adecuadas de los demás modelos y podría aplicarlas si el caso así lo requiriera. Los pacientes no tienen que estar al servicio de la terapia, es la terapia la que debe estar a su servicio.

#### II. Habilidades Clínicas, Detección, Evaluación y Tratamiento:

En el programa atendí 12 familias como terapeuta responsable, y participé como equipo terapéutico en 42 casos. En estas ocasiones tuvimos oportunidad de practicar las habilidades clínicas anteriormente señaladas. Mi desempeño mejoró con el paso del entrenamiento y me encuentro en condiciones de ofrecer un buen servicio terapéutico.

La atención de las familias que estuvieron a mi cargo directamente o como equipo terapéutico me permitió aprender habilidades clínicas como: establecer el contacto inicial, desarrollar mis habilidades de entrevista, usar técnicas de alianza terapéutica, definir motivos de consulta y demandas de servicio, evaluar la queja y las opciones de solución, aplicar la metodología de los diferentes modelos de terapia y formular hipótesis que promovieran el cambio. En algunos casos se llevó a término el tratamiento, pero en todos hice un análisis y evaluación de los resultados y del proceso en general.

Pienso que ha cambiado mi forma de entender a los pacientes en particular en cuanto a su pertenencia a diferentes sistemas y ahora pregunto más por los otros ámbitos dónde se mueven las personas, sus amigos, vecinos, compañeros, etc. Creo que hacer esto aumenta los recursos y perspectiva en general de los pacientes sobre su situación.

El gran salto que este programa propuso en mi quehacer terapéutico se relacionó con el aprendizaje de la elaboración de hipótesis sistémicas (en lugar de las lineales), pues implican un salto cualitativo que redirige los casos hacia perspectivas más complejas sobre el cambio y la estabilidad de las familias.

Además, como terapeutas no sólo se nos entrena para detectar patologías, sino que requerimos trabajar con los recursos de las familias. Esto implica concebir a las familias como sistemas que ya poseen dentro de sí recursos para mejorar su situación y que nos consultan en la terapia como un apoyo más (y no como única vía de solución) para mejorar.

Es importante recalcar que la intervención es un proceso que requiere evaluación constante. Estoy de acuerdo con Beyebach (2006), quien señala que la mejor forma de evaluar es interviniendo y observando el feedback de los pacientes; y que esto es un proceso que puede darse desde la primera sesión. En las sesiones estuve pendiente de la retroalimentación de los pacientes, corrigiendo el rumbo cuando fue necesario y explorando con ellos como había sido el proceso al final de las sesiones.

Cumplí con la elaboración de reportes de cada caso, pues fue un compromiso con los supervisores, con los responsables de los centros psicológicos; pero principalmente conmigo. Éstos son una valiosa herramienta para el análisis de cada caso.

### III. Habilidades de Investigación y Enseñanza:

Estos temas los abordo en el cap. 3 de manera más extensa, pero diré que realicé dos investigaciones, una con metodología cuantitativa y otra con metodología cualitativa.

La primera investigación surgió de mi práctica profesional previa, pues había trabajado con gente de la tercera edad y constaté que pueden enfrentar problemas relacionados con la adecuación del rol parental en esta etapa. Con otra compañera realicé la investigación: “Instrumento de evaluación del rol parental en el adulto mayor”. La tercera edad es una población con la que trabajan médicos, personal de rehabilitación física, profesores de distintas labores y oficios, enfermeras, trabajadores sociales, etc. Pienso que la atención del adulto mayor requiere un trabajo verdaderamente interdisciplinario que logre reunir esfuerzos en beneficio de un envejecimiento exitoso de este grupo de edad.

Este estudio se consideró exploratorio, pero continuamos trabajando en él con la expectativa de que eventualmente pueda funcionar como instrumento con validez y confiabilidad para medir esta área de interacción familiar, que se encuentra poco estudiada y que es relevante en una población que está envejeciendo progresivamente.

Mi interés para el segundo trabajo surgió de las discusiones entre los compañeros de grupo sobre la emergencia de las nuevas familias, la observación de los diferentes arreglos familiares que nos llegaron a terapia, y la revisión de los diferentes modelos de terapia del programa. Todo esto me hizo preguntarme cuáles son los conceptos de familia y cómo inciden o no en la terapia familiar. Esta investigación me dejó motivada a plantear algún foro o seminario sobre el tema de la familia que integre las perspectivas de profesionales de diferentes disciplinas, pero sobre todo, la experiencia y voz de las familias.

En general, aprendí habilidades estadísticas y metodológicas (tanto cuantitativas como cualitativas) que me permitirán colaborar en futuros proyectos de investigación en que decida participar. Creo que hace falta investigación con población mexicana sobre todo en

términos de evaluación de la eficacia de la intervención terapéutica, por lo que sería un privilegio poder cooperar de ese modo con mi país.

#### IV. Habilidades de Prevención.

Realizamos un taller de intervención comunitaria titulado: “Los cuentos que yo cuento: trabajando con mis historias de vida”. El taller surgió de nuestro interés en la población de adultos mayores, cuyos amplios conocimientos a menudo no son estudiados ni difundidos. Pensando en valorar el *conocimiento local* por sobre el *conocimiento experto*, desarrollamos un taller con corte narrativo que explorara los recursos, saberes y experiencias de esta población. Me quedo enriquecida por lo que los participantes nos compartieron y me siento aún más motivada a seguir trabajando con esta población, pues aún falta mucho por hacer con ellos y para ellos.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil, mi supervisora ha trabajado con el tema de la violencia intrafamiliar con los pacientes que acuden a este hospital. Ella detectó la necesidad de sensibilizar al personal médico sobre el tema, por lo que desarrolló un curso con este fin. En éste participaron personas del ámbito legal, médico y terapéutico. Yo colaboré con la ponencia “Terapia Narrativa y 15 ideas contra la violencia intrafamiliar”, en la cual ofrecí un panorama breve de la Terapia Narrativa y cómo usarlas para ofrecer una atención diferente a las familias aquejadas por este problema.

#### V. Ética y Compromiso Social.

En mi trabajo terapéutico en las distintas sedes y en el taller de intervención comunitaria tuve oportunidad de atender población infantil, juvenil, adulta y de adultos mayores; y cada una de ellas tenía diferentes problemáticas y demandas de servicio. Puse todo mi empeño en colaborar con ellos en la búsqueda de soluciones y de mayor bienestar.

Colaboré con colegas tanto de la residencia de terapia familiar como con gente de otras instituciones, en particular del ILEF. Creo haber sido respetuosa y haber participado en un proceso de mutuo enriquecimiento. En el Hospital Psiquiátrico trabajé con una supervisora que además de ser terapeuta es médica y que empleaba en la terapia ideas provenientes de su campo profesional. Es importante aprender de lo que otras profesiones tienen para contribuir en el análisis sistémico de lo que les pasa a las familias y construir así un lenguaje común que nos permita trabajar de manera interdisciplinaria. En este sentido, me hubiera gustado entrar en contacto con más gente de otras profesiones, como de la legal.

En cada historia en terapia se involucran diferentes valores y principios de todos los participantes y eso conlleva el tomar decisiones que siempre pueden analizarse con el lente de la Ética. Pondré sólo 3 ejemplos de dilemas que enfrenté durante la formación:

- 1) En ocasiones recibimos información de los pacientes durante sesiones individuales, y eso hizo que en las sesiones conjuntas nos preguntáramos cuánta información abrir con toda la familia y en qué forma.

2) A veces los pacientes no querían trabajar temas que uno o más miembros del equipo sentían que sí era importante trabajar, como por ejemplo el abuso sexual sufrido por algún miembro de la familia.

3) Al ser trabajo en equipo, no siempre compartíamos la misma idea con el coterapeuta, el supervisor o el equipo y en esos casos se hacía más necesaria la retroalimentación de todo el sistema y la prudencia. Por ejemplo, no todos teníamos la misma idea sobre en qué nivel debíamos intervenir ante un caso de violencia intrafamiliar.

No hubo una sola respuesta a estas interrogantes, pero sí hubo disposición al diálogo y el valor común de poner el bienestar de la familia antes de cualquier otra consideración.

Finalmente, estoy comprometida con una búsqueda constante de mejora tanto en términos de eficacia como de ética profesional. El programa plantea que atendamos a cursos, pláticas y seminarios y participemos en diversas actividades en la difusión de conocimientos y saberes en el campo profesional. En el cap. 3 hago una descripción de mi participación en este tipo de actividades.

#### **4.2. Incidencia en el campo psicosocial.**

En las sedes atendimos población infantil, juvenil, adulta y adulta mayor. Colaboramos por medio de la terapia, la investigación y los talleres comunitarios; en la búsqueda de soluciones a problemas familiares, de violencia, trastornos alimenticios, divorcio, adicciones, infidelidad, problemas escolares, duelo, intentos de suicidio, estrés y trastornos psicosomáticos, entre otros.

Usamos modelos de terapia sistémicos y postmodernos, empleando las herramientas específicas que cada modelo ofrece. Analizamos elementos que conforman a las familias y los mecanismos que cada una usa para adaptarse a las demandas provenientes del ciclo vital de la familia. En algunos casos usamos paradojas o prescripciones concretas; y en otras escuchamos los recursos o ideas con los que ya contaban los pacientes para resolver sus problemas. Empleamos preguntas circulares buscando diferencias que hicieran la diferencia. Practicamos la deconstrucción de ideas dominantes como las relativas al género o los roles familiares; y principalmente usamos el diálogo como forma de enriquecimiento de la conversación, de las historias o relatos de nuestros pacientes.

Tuvimos resultados mixtos, observándose casos dados de alta, dados de baja o casos canalizados a otros servicios. Con respecto a lo que podrían considerarse logros, observamos que algunos pacientes:

A) Ampliaron su panorama: “Sigo viviendo con mi esposo, pero ahora sé también que soy libre de irme y que soy una mujer deseable”. “Entendí que se vale pedir la opinión de mis hijos, pero a mi me corresponde ser la mamá, la encargada de mi familia”.

B) Reencuadraron sus dificultades: “No he dejado de pensar en que nos dijo que éramos una familia de sobrevivientes, no lo había pensado así”. “Nos sentimos muy diferentes desde

que dejamos de pensar en nuestro hijo como un chico con problemas de personalidad o autoestima y ahora lo vemos como un adolescente”.

C) Mejoraron sus expectativas y su confianza en sus capacidades: “Si vuelvo a tener una relación violenta con lo que he aprendido no le daría segundas oportunidades”. “Me siento más seguro ahora que he empezado como jefe de familia a participar en la disciplina de mis hijos, está funcionando mejor”. “Ahora entiendo que nuestros problemas son normales y confío en que podemos solos como familia”.

D) Disminuyeron conductas que no deseaban y ampliaron conductas consideradas positivas: “Mi hijo quiere un suéter de adulto porque ya no tiene miedos en las noches o a que lo deje solo”. “Estoy practicando eso de bajarle al enojo y ahora me pongo a lavar platos para no gritar”. “Ya no he pensado en morirme”. “Gracias a la terapia he logrado voltear a ver más a mi otro hijo”.

Estos cambios seguramente incidirán en su familia, escuela, trabajo, comunidad, país; disminuyendo la tensión provocada por los problemas y previniendo su agravamiento o la aparición de nuevos problemas. Se hace evidente que la terapia familiar tiene un impacto importante en el campo psicosocial en el que se desenvuelven los mexicanos tanto a nivel de prevención como de atención primaria.

Por último, para tener una mejor evaluación de la calidad de la terapia sería útil seguir obteniendo de los pacientes información tanto de los puntos fuertes del tratamiento, como de los puntos débiles o de las razones por las cuales decidieron ya no continuar.

Agrego algunas frases de los pacientes que recopilé sobre su experiencia dentro de la terapia: “El equipo reflexivo es como estar leyendo un libro pero donde el protagonista es uno”. “Me dieron ánimo toda la semana, sentía que tenía atrás de mí a todo el equipo reflexivo echándome porras para llevar a cabo lo que tenía que hacer.” “Me gustó que hubiera hombres, ellos podían defenderme”. “Yo hubiera querido que me dijeran qué hacer”. “Me hubiera gustado que me dejaran tareas”. “¡No me acuerdo de todo lo que me dicen, son muchas ideas!” “A mi hijo no le gusta que estén todos aquí.”

### **4.3. Reflexión y análisis de la experiencia.**

Llegué a este programa porque me interesaba actualizar mis conocimientos sobre lo que la terapia sistémica tiene para ofrecer a las familias mexicanas. En específico me interesaba el manejo del tema de la salud integral del ser humano dentro del contexto familiar.

Esperaba obtener conocimientos y metodología que me permitieran llevar a cabo investigación destinada a buscar mejores métodos de atención a las familias con problemas como pueden ser los trastornos psicosomáticos. También esperaba conocer más a fondo el funcionamiento y atención que se ofrece en instituciones mexicanas para colaborar en la posterior difusión de las mismas. Finalmente, esperaba que la variedad de prácticas, conocimientos y vivencias de mis compañeros; hicieran de esta una experiencia de aprendizaje muy estimulante académicamente.

De mí esperaba a) asistencia activa a mis clases y asesorías, b) comunicación honesta con mi tutora, c) escucha crítica y abierta a la retroalimentación que me ofrecieran tutores, compañeros y pacientes, d) realizar trabajos para casa y e) tomar conciencia y vivenciar el gozo y el privilegio de poder ayudar a otra persona.

Al término de la Maestría yo: a) adquirí los conocimientos y destrezas que el programa ofrece. b) Valoro la labor y los recursos que la UNAM; el CONACYT y el programa invirtieron en mí y con base en eso pondré en práctica lo aprendido trabajando como terapeuta familiar. c) Reflexioné sobre cómo poner al servicio de mi propia familia lo aprendido acerca de los sistemas. d) He trazado un plan a futuro para seguir creciendo en conocimientos y habilidades. e) Reflexiono que es importante cuidar mi instrumento, que soy yo misma, por lo que estoy siguiendo un plan de salud a cinco años. f) Fortalecí mis redes sociales y busco seguir en contacto con mis amistades y familia.

#### **4.4 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.**

Durante el proceso, me enriquecí de una idea en apariencia sencilla, pero que es con lo que más me quedo como experiencia y aprendizaje tanto a nivel profesional como en mi vida personal: el valor de los diálogos. Participé en diálogos durante mis clases, en la terapia, en los equipos reflexivos y en el Congreso de Chihuahua y el de Puebla. En estos ámbitos disfruté la amplitud que ofrece el incorporar nuevas voces al relato y llegar juntos a nuevos significados. Planeo seguir privilegiando y promoviendo los diálogos (y no discursos dominantes) en los diferentes ámbitos de mi vida.

Con los pacientes reflexioné, me conmoví, volví a considerar algunos temas que tenía ya decididos, dudé, medité, y sobre todo aprendí de sus distintas formas de ver la vida, de vivenciar sus problemáticas y de hacer uso de sus recursos y saberes adquiridos en búsqueda de una vida mejor.

En clases acompañé el proceso de crecimiento en terapia familiar, de ocho personas además del propio; por lo que se multiplicaron mis perspectivas con significados e ideas provenientes de personas del norte, centro y sur del país, de diferentes religiones, estado civil, edad, educación previa; etc. La experiencia de haber trabajado en equipo terapéutico durante estos dos años me dejó con mucho aprendizaje y diferentes voces que enriquecen mi trabajo individual. Me he descubierto pensando en metáforas como Hernán, en emociones como Gina, en estructura lógica como Lili, en la empatía como Paula, en acompañar y respetar a los pacientes como Denisse, en formas incisivas de ir directo al punto como Ruth, en resaltar lo que los pacientes ya hacen como Edmí, en ser juguetón con las palabras como Eduardo.

Además, presencié: a) un diálogo sobre cómo cambiar el fenómeno de la violencia entre Maturana, Nardone y Madanés; b) escuché las propuestas de Tomm sobre ética de la terapia y las respuestas que a esto le dieron Gergen y Anderson; y c) asistí a un diálogo entre O'Hanlon, Bergman y Selekman sobre el uso de uno mismo ante problemas complejos y

difíciles. Estos diálogos me hicieron repensar los temas mencionados con mayor profundidad, con las ventajas de las miradas múltiples ante un mismo fenómeno.

Me entusiasmó escuchar terapeutas y teóricos tan reconocidos sin asumir que la suya era la verdad *verdadera*; y me dejó con la motivación de promover diálogos semejantes con terapeutas mexicanos. Mi investigación de corte cualitativo fue un acercamiento destinado a escuchar a diferentes clínicos hablando sobre la familia, buscando no limitar el tema a mi visión particular sino hablar del mismo desde una perspectiva multidimensional. Creo que debemos seguir estimulando diálogos entre los terapeutas familiares mexicanos y entre equipos interdisciplinarios, lo que puede hacerse por medio de seminarios, debates orales o escritos. Pienso que el Programa de Maestría en Terapia Familiar puede enriquecerse promoviendo compilaciones escritas de los trabajos de investigación sobre algún tema específico o con memorias de los debates antes planteados.

Ha cambiado mi forma de dar terapia. Cuando llegué, pensaba que la brillantez de mis intervenciones tenía que ser demostrada de un solo golpe en intervenciones complicadas que todo lo abarcaran. Pero viendo que las preguntas narrativas son muy sencillas y eficaces, entendí que pulir el trabajo terapéutico tiene que ver con buscar la manera de hacer conexiones *que hagan la diferencia* entre: una pregunta y otra; entre una pregunta y una respuesta del paciente; y entre una respuesta del paciente y una respuesta mía. Se trata de buscar el sistema. Este cambio me ha llevado a usar más mi capacidad de ser curiosa e interesarme en el otro como una brújula que me guíe hacia un tratamiento más humano.

Los profesionistas tenemos mucho por hacer en un país tan ávido de salir adelante. Creo que la terapia familiar en México se encuentra en crecimiento y que la Residencia en Terapia Familiar es una estupenda opción para ampliar nuestros conocimientos, mejorar nuestra práctica e incidir en la población. Para continuar su crecimiento, me parece necesario hacer un análisis profundo y continuo de nuestro quehacer clínico. Haley (1994) sugirió que para dominar el arte de fracasar como terapeutas:

“La única manera de asegurarse que la técnica terapéutica no mejore y no se cuestione lo que ya se ha escrito, consiste en ocultar los resultados y evitar cualquier observación sistemática y continua de los pacientes. Errar es humano, y en la profesión es inevitable que unos pocos individuos anormales intenten realizar estudios de evaluación. Deben ser cuestionados y condenados de inmediato, afirmando que esa gente solo posee una comprensión superficial de lo que ocurre en terapia, que su enfoque sobre la vida humana es también superficial y que el interés que muestran en los síntomas, en lugar de centrarse en los problemas de la personalidad profunda, demuestra su tendencia a la simplificación. Como rutina se les debería eliminar de las instituciones respetables y no otorgarles fondos para investigación. Como último recurso se les puede colocar bajo tratamiento psicoanalítico o fusilar” (p. 77-78).

En este trabajo hice un análisis sobre mi experiencia en la Residencia en Terapia Familiar en donde se evaluara mi adquisición de habilidades, conocimientos y destrezas. También busqué contribuir a una reflexión más profunda que debe hacerse sobre la eficacia y ética tanto de la enseñanza como de la puesta en práctica de nuestra profesión en México. Espero que este reporte ayude a construir un diálogo más extenso entre todas las personas interesadas en el bienestar de las familias mexicanas. Espero que este reporte nos motive a crear una música verdaderamente polifónica.

## REFERENCIAS.

### Referencias bibliográficas.

- Acevedo, A. (1991). *Aprender jugando. Tomo I* (2ª ed.). México: Acevedo y Asociados.
- Aguilar, J. I. & Molinari, M. S. (2008). *La familia urbana: Continuidad y cambio generacional*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- American Psychological Association. (2006). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association* (2ª ed.). México: El Manual Moderno.
- Andersen, T. (1993). Ver y oír, ser visto y ser oído. En S. Friedman (Comp.), *El nuevo lenguaje del cambio* (pp. 201-221). Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (1994a). El contexto y la historia del equipo reflexivo. En Autor (Comp.), *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos* (pp.25-35). Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (1994b). Conceptos básicos y construcciones prácticas. En Autor (Comp.), *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos* (pp. 37-60). Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (1994c). Guías para la práctica. En Autor (Comp.), *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos* (pp. 61-85). Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En S. Mc Namee & y K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 77-91) Barcelona: Paidós Ibérica.
- Anderson, H. (1999a). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (1999b). Reimagining Family Therapy: Reflections on Minuchin's Invisible Family [Reflexiones sobre la familia invisible de Minuchin]. *Journal of Marital and Family Therapy*. 25 (1), 1-8.
- Anderson, H. (2005). Un enfoque postmoderno de la terapia: La música polifónica y la terapia “desde dentro”. En G. Limón (Comp.), *Terapias Postmodernas. Aportaciones constructivistas* (pp. 59-67). México: Pax.
- Anderson, H. (2007a). A postmodern Umbrella: Language and Knowledge as Relational and Generative, and Inherently Transforming [Un paraguas postmoderno: Lenguaje y conocimiento relacionales, generativos e inherentemente transformadores]. En H. Anderson & D. Gehart (Eds.), *Collaborative Therapy: Relationships and conversations that make a difference* (pp. 7-19). Nueva York: Routledge.
- Anderson, H. (2007b). Historical Influences [Influencias históricas]. En H. Anderson & D. Gehart (Eds.), *Collaborative Therapy: Relationships and conversations that make a difference* (pp. 21-31). Nueva York: Routledge.
- Anderson, H. (2007c). Dialogue: People Creating Meaning with each Other and finding Ways to go on [Diálogo: personas creando significado entre sí y encontrando maneras de proseguir] En H. Anderson & D. Gehart (Eds.), *Collaborative Therapy: Relationships and conversations that make a difference*

(pp. 33-41). Nueva York: Routledge.

- Anderson, H. (2007d). The Heart and Spirit of Collaborative Therapy [El corazón y espíritu de la Terapia Colaborativa]. En H. Anderson & D. Gehart (Eds.), *Collaborative Therapy: Relationships and conversations that make a difference*. Nueva York: Routledge.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1995). El cliente es el experto: un enfoque de la terapia del “no saber”. *Sistemas Familiares*, 9-21.
- Barragán, M. (1975). Interacción y desarrollo individual y desarrollo familiar. En *Puntos de referencia para el diagnóstico estructural*. Sin Pub.
- Bateson, G. (1997). *Espíritu y naturaleza* (2ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, G. (1971). La cibernética del “sí mismo” (self): una teoría del alcoholismo. En Autor. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente: Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Bateson, G., Haley, J., Jackson, D. & Weakland, J. (1956). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En G. Bateson, (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente: Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé- Lumen.
- Bellmunt, M. C. (2005). *Entre los modelos de terapia familiar del siglo XX y los del siglo XXI existe un cambio de paradigma o una continuidad*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada. UNAM, Distrito Federal.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En L. L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp. 197-224). México: Pax.
- Bertalanffy, L. von (1993). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de cultura económico.
- Bertrando, P. & Bianciardi, M. (2004). Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin en entrevista con Paolo Bertrando y Marco Bianciardi (Traducción castellana.). En L. Boscolo, G. Cecchin, L. Hoffman & P. Penn. *Clínica sistémica. Conversazioni a quattro sul modello di Milano*. Torino, Italia: Bollati Boringhieri.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Biever, J. L., Bobele, R. M. & Gardner, G. T. (2005). Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En Limón, G. (Comp.). *Terapias Postmodernas: Aportaciones constructivistas*. México: Pax.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Botella, L., Pacheco, M., & Herrero, O. (1999). *Pensamiento Posmoderno, constructivo y psicoterapia*. Barcelona: FPCEE. Blanquerna. Universitat Ramon Llull.
- Bruner, J. (1988). *Realidad mental y mundos posibles: Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias: Derecho, literatura, vida*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

- Bucay, J. (2004). *Cuentos para pensar* (2ª ed.). México: Océano.
- Cade, B. & O'Hanlon, W. (1997). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Campillo, M. (2009). *Terapia Narrativa: Auto-aprendizaje y co-aprendizaje grupal*. Veracruz: Publicaciones Ollin.
- Caritas. Bienestar del adulto Mayor IAP. (2002) *Manual de vejez y proceso de envejecimiento*. México: Plaza y Valdez.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity [Hipotetizar, circularidad y neutralidad revisitadas: Una invitación a la curiosidad]. *Family Process*, 26 (4), 405-413.
- Cecchin, G. (1992). Construcción de posibilidades terapéuticas. En S. McNamee, S. & K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 111-120). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Cecchin, G. (2004). Cómo utilizar las predisposiciones de un terapeuta. En J. Zeig & S. Gilligan (Comps.), *Terapia breve: Mitos, métodos y metáforas* (pp. 154-157) Buenos Aires: Amorrortu.
- Cibanal, J. L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Alicante, España: Club universitario.
- COLMEX (enero 19 y 20, 2009). *Familias en el siglo XXI. Realidades diversas y políticas públicas*. Relatoría. Seminario en el Colegio de México.
- Combs, G. & Freedman, J. (1998). Tellings and Retellings [Narraciones y re-narraciones]. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24 (4), 405- 408.
- Coupland, D. (1995). *Generación X*. Barcelona. Ediciones B.
- Cyrulnik, B. (2009). *Autobiografía de un espantapájaros*. Barcelona: Gedisa.
- De la Borbolla, O. (2001). *Las vocales malditas*. México: Nueva Imagen.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en Terapia Breve*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve: Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- De Shazer, S. (2004). ¿En qué radica la eficacia de la terapia breve? En J. Zeig & S. Gilligan (Comps.). *Terapia breve: Mitos, métodos y metáforas* (pp. 122-132). Buenos Aires: Amorrortu.
- De Shazer, S., Kim, I., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. et al. (1986). Brief Therapy: Focused Solution Development [Terapia breve: Desarrollo enfocado en la solución]. *Family Process*, 25, 207- 221.
- Dostoievski, F. (2004). *Los hermanos Karamasov*. DF: Tomo.
- Eguiluz, L. L. (2001). *La teoría sistémica: Alternativa para investigar el sistema familiar*. México. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.
- Eguiluz, L. L. (2004). La terapia familiar en México. En L. L. Eguiluz (Comp.), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 225-258). DF: Pax México.
- Ende, M. (1999). *Momo*. México: Alfaguara.
- Epston, D. (1994). *Obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.
- Epston, D, White, M. & Murray, K. (1996). Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose: la revisión de su vida y un comentario. En S. Mc Namee & K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 121-141).

Barcelona: Paidós Ibérica.

- Espinoza, M. R. (2004). El modelo de terapia breve con enfoque en problemas y soluciones. En L. L. Eguiluz. (Comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp.115-138). México: Pax.
- Estrada, L. (1992) *El ciclo vital de la familia* (6ª ed.). México: Ed. Posada.
- Fernández, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Fisch, R. & Schlanger, R. (2002). *Cambiando lo incambiable: La terapia breve en casos intimidantes*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R., Weakland, J. & Segal, L. (1985). *La táctica del cambio* (2ª ed.) Barcelona: Herder.
- Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative Therapy. The social construction of preferred realities [Terapia Narrativa. La construcción social de las realidades preferidas]*. Nueva York: W. W. Norton.
- Freeman J., Epston, D. & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños: Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Galicia, I. X. (2004). Terapia estratégica. En L. L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp. 81-111), México: Pax.
- García, B. & Oliveira, O. (2006). *Las familias en el México metropolitano. Visiones femeninas y masculinas*. México: COLMEX.
- Garrido, F., Ramírez, D. & Gómez, H. (1999, noviembre). *Epidemiología del envejecimiento en México*. Mesa de trabajo presentada en el Taller sobre Envejecimiento y Políticas de Población realizado en la Ciudad de México.
- Gergen, K. (2006a). *Construir la realidad: El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gergen, K. (2006b). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gergen, K., Hoffman, L. & Anderson, H. (1996). Is diagnosis a disaster? A constructionist dialogue [¿Es un desastre el diagnóstico? Un diálogo construccionista]. En F. Kaslow (Ed.), *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns* (pp. 102-118). US: Wiley.
- González, C. S. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En L. L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp. 29-47). México: Pax.
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional: las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Haley, J. (1994). *Las Tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Haley, J. (2002). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ham, R. (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*. Distrito Federal: El Colegio de la Frontera Norte & Porrúa.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª ed.). México: McGraw Hill.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En S. McNamme

- & K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 25-44). Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (2001). De la sabiduría sistémica a la responsabilidad relacional: una perspectiva comunal. *Family Process*, 17 (2), 17-33.
  - Hoffman, L. (2004). *Fundamentos de la terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. DF: Fondo de cultura económica.
  - Hoshino, J. & Cameron, D. (2008). Narrative Art Therapy within a multicultural framework [Arte-terapia narrativa dentro de un contexto de trabajo multicultural]. En C. Kerr, J. Hoshino, J. Sutherland, S. Parashak & L. McCarley (Eds.), *Family Art Therapy: Foundations of theory and practice* (pp. 193-217). NY: Routledge.
  - Huxley, A. (1998). *Un mundo feliz*. DF: Diana.
  - Johansen, O. (1997). *Introducción a la teoría general de los sistemas*. México, DF: Limusa.
  - Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. México, DF: Paidós.
  - Keeney, B. & Ross, J. (2007). *Construcción de terapias familiares sistémicas: "Espíritu" en la terapia* (2ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
  - Lax, W. (1991). El equipo reflexivo y la consulta inicial. En Andersen, T. (Ed.), *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos* (pp. 137- 151). Barcelona: Gedisa.
  - Lax, W. (1996). El pensamiento postmoderno en la práctica clínica. En S. McNamee & K. Gergen (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp. 93-110). Barcelona: Paidós Ibérica.
  - Linares, J. L. (1996). *Identidad y Narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
  - Linares, J. (2002). ¿Acaba la historia en el Post- Modernismo? Hacia una terapia familiar ultramoderna. *Psicoterapia y Familia*, 15 (2), 3-14.
  - Lipchik, E. (2005). *Terapia centrada en la solución más allá de la técnica: El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Barcelona: Herder.
  - Lipovetsky, G. (2005). *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
  - Lyddon, W. J. (1998). Formas y facetas de la psicología constructivista. En R. Neimeyer & M. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en psicoterapia* (pp. 89-107). Barcelona: Paidós.
  - Macías, R. (2006). *Un modelo de resolución de conflictos en terapia familiar y terapia de pareja*. Ponencia presentada en II Congreso Panamericano de Salud Mental Infanto- Juvenil. La Habana, Cuba.
  - Madanes, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
  - Madanes, C. (2004). Estrategias y metáforas de terapia breve. En K. Zeig & S. Gilligan (Comps.), *Terapia breve: Mitos, métodos y metáforas* (pp. 44-62). Buenos Aires: Amorrortu.
  - Madigan, S. (1997). Re-Considering Memory: Re- remembering lost identities back toward re-remembered selves [Re-considerar la memoria: Re-memorando identidades perdidas hacia yoes recuperados]. En C. Smith & D. Nylund (Eds.), *Narrative Therapies with Children and Adolescents* (pp. 338-355). New York:

Guilford Press.

- Madigan, S. & Epston, D. (2005). De la <<mirada espi-quiátrica>> a las comunidades de preocupación. Del monólogo profesional al diálogo. En Friedman, S. (Comp.), *Terapia familiar con equipo de reflexión* (pp. 323-343). Buenos Aires: Amorrortu.
- Mc Goldrick, M. & Carter, E. (Eds.). (1980). *El ciclo vital de la familia*. Nueva York: Gardner.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar* (2ª ed.) Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Nardone, G., Giannotti, E. & Rochi, R. (2003). *Modelos de familia: Conocer y resolver los problemas entre los padres e hijos*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. & Watzlavick, P. (1999). *Terapia breve: filosofía y arte: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Herder.
- Neimeyer, R. (1997). Una valoración de las psicoterapias constructivistas: contextos y retos. En M. Mahoney (Comp.), *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: Teoría, investigación y práctica*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Neimeyer, R. (1998) Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. En R. Neimeyer & M. Mahoney (Comps.), *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa de Alda I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. H. (1993) *Raíces Profundas: Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- O' Hanlon, W. H., & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Orosa, T. (2003). *La Tercera edad y la familia*. La Habana: Félix Varela.
- Papp, P. (1988). *El proceso del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Papp, P. (1990). Carta a Salvador Minuchin. En H. Ch. Fishman & B. L. Rosean (Comps.), *El cambio Familiar: Desarrollo de Modelos: Volumen en honor a Salvador Minuchin* (pp. 219-226). México: Gedisa.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Penn, P. (1982). Interrogatorio circular. *Family Process*, 21 (3), 267- 280.
- Penn, P. & Frankfurt, M. (2005). La creación de un texto participante: la escritura, las voces múltiples y la multiplicidad narrativa. En G. Limón (Comp.), *Terapias Postmodernas. Aportaciones constructivistas* (pp. 85-107). México: Pax.
- Quoist, M. (1999). *Háblame de amor* (4ª ed.). Barcelona: Herder.
- Reyes, L. (2006). Estatus social y rol de la ancianidad. En L. Robles, F. Vázquez, L. Reyes & I. Orozco (Comps.). *Miradas sobre la vejez: Un enfoque antropológico*. México: Colegio de la frontera norte- Plaza y Váldez.
- Riesco, E. (1993). La ancianidad, un producto social. En P. Sánchez (Ed.), *Sociedad y población anciana*. Murcia, España: Universidad de Murcia.

- Rodríguez, C. (noviembre, 1999). *El papel de las instituciones públicas en la atención a la tercera edad*. Mesa de trabajo presentada en el Taller sobre Envejecimiento y Políticas de Población realizado en la Ciudad de México.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En L. L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp. 161-194). México: Pax.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar: Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, R. (2009). *Informe Anual del Centro de Servicios Psicológicos: "Dr. Guillermo Dávila"*. DF: UNAM, Facultad de Psicología.
- Sarasola, J. & Fernández, S. (2006). El retiro podría desvelarse en sentido profundo, como una invitación a la autorrealización. En V. Pérez, A. Muñoz, J. L. Vicente & L. A. Muñoz (Dirs.), *Vejez, autonomía o dependencia pero con calidad de vida* (pp. 47-54). España: Dykinson.
- Selvini- Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contra paradoja: Un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Selvini- Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1990). Elaboración de hipótesis, circularidad, neutralidad. Tres directrices para la coordinación de la sesión En M. Selvini (Comp.), *Crónica de una investigación: La evolución de la terapia en la obra de Mara Selvini* (pp.336-352). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Selvini- Palazzoli M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de las Familias. (2005). *Encuesta Nacional de la Dinámica de las Familias en México (ENDIFAM) 2005*. DF: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM & DIF.
- Sluzki, C. E. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*, 3(2), 65-69.
- Sluzki, C. E. (1998). In search of the lost family: a footnote to Minuchin's essay [En busca de la familia perdida: una nota al pie de página sobre el ensayo de Minuchin]. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), 415- 417.
- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En L. L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp. 139-160). México: Pax.
- Tarragona, M. (2003). Escribir para re-escribir historias y relaciones. *Psicoterapia y Familia*, 16 (1), 45- 54.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias postmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14 (3), 511-532.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Tomm, K. (1988). Entrevista interventiva: Parte III. ¿Formulando preguntas lineares, circulares, estratégicas o reflexivas? *Family Process*, 27, 1-15.
- Tomm, K. (1998). A question of Perspective [Una cuestión de perspectiva]. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24 (4), 409-413.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su

- tradición de investigación científica. En L. L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp. 1-27). México: Pax.
- Vega, J. & Bueno, B. (1995). *Desarrollo Adulto y envejecimiento*. España: Síntesis.
  - V. Foerster (1991). Cibernética de la cibernética. En M. Packman (Ed.), *Las semillas de la cibernética: Obras escogidas de Heinz Von Foerster* (pp. 89-93). Barcelona: Gedisa.
  - V. Glasersfeld, E. (1994). Despedida de la objetividad. En P. Watzlawick & P. Krieg (Comps.), *El ojo del observador: Contribuciones al constructivismo* (pp. 19-31). Barcelona: Gedisa.
  - Watzlawick, P. (2000a). La construcción de “realidades” clínicas. En P. Watzlawick & G. Nardone (Comps.), *Terapia Breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp. 27-38). Buenos Aires: Paidós.
  - Watzlawick, P. (2000b). La técnica psicoterapéutica de la “reestructuración”. En P. Watzlawick & G. Nardone (Comps.), *Terapia Breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp. 131-138). Buenos Aires: Paidós.
  - Watzlawick, P. (2004). La terapia es...lo que usted dice que es. En J. Zeig & S. Gilligan (Comps.), *Terapia breve: Mitos, métodos y metáforas* (pp. 83-90). Buenos Aires: Amorrortu.
  - Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (2002). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas* (12ª ed.). Barcelona: Herder.
  - Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1999). *Cambio*. Barcelona: Herder.
  - White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
  - White, M. (2002a). *Enfoque Narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
  - White, M. (2002b). *Reescribir la vida*. Barcelona: Gedisa.
  - White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
  - Wiener, N. (1948). *Cibernética o el control y comunicación en animales y máquinas*. Barcelona: Tusquets Editores.

### **Medios electrónicos.**

- ALDF. (2004). *Ley de protección a la salud de los no fumadores en el Distrito Federal*. Recuperado el 14 de marzo del 2011 de, <http://www.aldf.gob.mx/leyes-107-2.html>.
- ALDF. (2009). *Código Civil para el Distrito Federal*. Recuperado el 11 de octubre del 2010 del sitio de la ALDF, en la sección de códigos, de <http://www.aldf.gob.mx/codigos-107-4.html>.
- Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo. (2008). *Derecho al trabajo*. Recuperado el 11 de octubre del 2010, de <http://www.awid.org/esl/Temas-y-Analisis/Library/Derecho-al-Trabajo>.
- Aurón, F., Espejel, E., Pérez, J., Gómez, E., Casares, M. G., Emerich, J. A. et al. (1997). *Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C.* Recuperado el 11 de octubre del 2010 del sitio de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, [http://www.amtf.com.mx/index.php?page=C\\_digo\\_tico](http://www.amtf.com.mx/index.php?page=C_digo_tico).

- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (2009). *El VIH/SIDA en México 2009*. Recuperado el 11 de octubre del 2010 de, <http://www.censida.salud.gob.mx>.
- Churchill, W. (1942). *The end of the beginning [El final del principio]*. Discurso pronunciado el 10 de noviembre de 1942 en Londres. Recuperado el 4 de marzo del 2011 de, <http://www.churchill-society-london.org.uk/EndoBegn.html>.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. [2009, junio]. *Observatorio de familias y políticas públicas*. Día Internacional de la Familia. Disponible en: <http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=dfejun09observatoriofamilias>.
- CONAPO. (2000). *Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usa métodos anticonceptivos, 1976-2000*. Recuperado el 22 de octubre del 2010 de, <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00salud/Republica/rm031.gif>.
- CONAPO. (2009). *La situación demográfica en México 2009. Avances en la equidad de género*. Recuperado el 22 de octubre del 2010 de, <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2009/11.pdf>.
- CONAPO. [Recuperado el 11 de octubre del 2010, a]. *Indicadores demográficos básicos por entidad federativa*. Disponible en [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=125&Itemid=203](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=203).
- CONAPO. [Recuperado el 12 de octubre del 2010, b]. *Mortalidad por causas*. Disponible en ([http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/mortalidad/Mortalidadxcausas\\_80\\_07.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/mortalidad/Mortalidadxcausas_80_07.pdf)).
- CONEVAL. [Recuperado el 11 de octubre del 2010]. *Tabla de Población total, Pobreza por Ingresos, Indicadores, Índice y Grado de Rezago Social por Estado y Municipio*. Disponible en <http://www.coneval.gob.mx/mapas/>
- Consejo de Población del Distrito Federal. (2007). *Día Nacional del Adulto Mayor*. Recuperado el 12 de noviembre del 2010 de, [http://www.copo.df.gob.mx/eventos/especiales/dia\\_nac\\_adultomayor.html](http://www.copo.df.gob.mx/eventos/especiales/dia_nac_adultomayor.html).
- Cruz, J. (2006). "Secuestrados", habitantes de Iztapalapa por narcos. *El Sol de México*. Recuperado el 7 de agosto del 2010, de <http://www.oem.com.mx/elsoldemexico/notas/n25241.html>.
- DIF. (2006). *Diagnóstico de la adopción en México*. Recuperado el 12 de octubre del 2010 de, [http://dif.sip.gob.mx/archivos/diagnostico\\_adopcion.pdf](http://dif.sip.gob.mx/archivos/diagnostico_adopcion.pdf).
- Eguiluz, L. (septiembre-octubre, 2003). Ideación suicida [Versión electrónica], *Perspectivas Sistémicas. La nueva comunicación*, 78. Recuperado el 25 de febrero del 2011, de <http://www.redsistemica.com.ar/>.
- Escher, M. (1956). *Print Gallery* [Imagen]. Recuperada el 14 de noviembre del 2010, de <http://www.mcescher.com/>.
- González de la Rocha, M. (1997). *Hogares de jefatura femenina en México. Patronas y formas de vida*. Ponencia presentada para la sesión: Pobreza, género y desigualdad. Jefatura femenina en hogares urbanos latinoamericanos. Recuperado el 9 de noviembre del 2009, de: <http://www.lasa.internacional.Pitt.edu/LASA97/ROCHA.pdf>.
- Grupo de Investigación en Reproducción Elegida, GIRE. (2010). *Cifras sobre la interrupción legal del embarazo en el DF 27 de abril del 2007 al 19 de octubre del 2010*. Recuperado el 5 de noviembre del 2010 de,

<http://www.gire.org.mx/contenido.php?informacion=222>.

- IMJUVENTUD (2005). *Encuesta Nacional de la juventud 2005: Educación*. Recuperado el 13 de diciembre del 2010 de, <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/encuesta.html>.
- IMJUVENTUD. (2009). *Suicidio juvenil. Tercera causa de muerte*. Recuperado el 25 de febrero del 2011 de, <http://www.imjuventud.gob.mx/boletines-servicios-46/245-en-mco-el-suicidio-juvenil-es-la-tercera-causa-de-muerte-en-los-jes-imjove.html>.
- INEGI. (2000a). *Características de acceso y uso de la computadora y la internet en los hogares mexicanos*. Recuperado el 5 de noviembre del 2010 de, <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/articulos/tecnologia/computadoras.pdf>.
- INEGI. (2000b). *Discapacidad en México*. Recuperado el 12 de octubre del 2010 de, <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>.
- INEGI. (2003). *Estadísticas a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres. Datos Nacionales*. Recuperado el 10 de noviembre del 2010 de, [http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc\\_pdf/VIOLENCIA\\_INTRAFAMILIAR\\_2003.pdf](http://www.mujerysalud.gob.mx/mys/doc_pdf/VIOLENCIA_INTRAFAMILIAR_2003.pdf).
- INEGI (2005). *Estadísticas sobre disponibilidad y uso de tecnología de información y comunicación en los hogares, 2005*. Recuperado el 14 de febrero del 2011 de, [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/especiales/endutih/ENDTIUH2005.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/especiales/endutih/ENDTIUH2005.pdf).
- INEGI. (2008). *Estadísticas de suicidio de los Estados Unidos Mexicanos 2008*. Recuperado el 25 de febrero del 2011 de, [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2008/suicidios\\_2008.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2008/suicidios_2008.pdf).
- INEGI. (2009). *Demografía y Población*. Recuperado el 12 de octubre del 2010 de, <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>.
- INEGI. (14 de febrero, 2009). *Matrimonios y divorcios en México*. Recuperado el 11 de octubre del 2010 de, <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2680&ep=9>.
- INEGI (2010a). *Cuadro resumen. Indicadores sobre sociedad de la información del 2008 al 2010*. Recuperado el 14 de febrero del 2011 de, <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Dedefault.aspx?s=est&c=19007>.
- INEGI (2010b). *Censo de Población y Vivienda 2010. Principales resultados*. Recuperado el 17 de marzo del 2011 de, <http://www.censo2010.mx>.
- INMUJER DF. [Recuperado el 12 de octubre del 2010]. *Estadísticas Generales Interrupción Legal del Embarazo*. Disponible en [http://www.inmujer.df.gob.mx/int\\_embarazo/estadisticas/index.html](http://www.inmujer.df.gob.mx/int_embarazo/estadisticas/index.html).
- INMUJERES. (2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de violencia*. Recuperado el 9 de noviembre del 2010 de, <http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/295/1/images/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf>.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Resultados por entidad federativa, Distrito Federal*. Recuperado el 9 de noviembre del 2010 de, <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-de-adicciones->

- 2008.html.
- Juárez, F., Singh, S., García, S y Díaz, C. (2009). Estimaciones del aborto inducido en México. ¿Qué ha cambiado entre 1990 y 2006? [Versión electrónica], *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, p. 4-15. Recuperado el 5 de noviembre del 2010 de, <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3500409S.pdf>.
  - Lugo Hernández, A. [2009, junio]. *Concepto de familia: Estructura familiar*. Disponible en: [www.geocities.com/medfamqueretaro/concep\\_Familia.ppt](http://www.geocities.com/medfamqueretaro/concep_Familia.ppt).
  - Minuchin, S. (1998, mayo). *¿Dónde quedó la familia en la terapia familiar narrativa?* Disponible en: <http://www.featf.org/mosaico/mosaico13/Minuchin.htm>.
  - Notimex. (18 de agosto, 2010). Sobreestimado volumen de población nini en México: SEP- Segob. *Pulso Informativo.com*. Recuperado el 12 de octubre del 2010 de, <http://www.pulsoinformativo.com/noticia.php?id=19412>.
  - Objetivos de desarrollo del Milenio México. (6-8 de septiembre, 2000). *Sistema de Información: Objetivos del desarrollo del milenio México*. Recuperado el 6 de octubre del 2010 de, <http://200.23.8.79/sistema.asp>.
  - Observatorio de Igualdad de Género de América latina y el Caribe. (2008). *Indicadores regionales. Población sin ingresos propios por sexo: porcentaje de hombres y mujeres que no perciben ingresos monetarios y que no estudian sobre el total de la población femenina o masculina de 15 años y más que no estudian*. Recuperado el 11 de octubre del 2010 de, <http://www.cepal.org/oig/aeconomica/>.
  - Ordaz, P. (14 de abril, 2010). La guerra al 'narco' causa 22.700 muertos en México. *El país.com*. Recuperado el 6 de noviembre del 2010, de ([http://www.elpais.com/articulo/internacional/guerra/narco/causa/22700/muertos/Mexico/elpepuint/20100414elpepuint\\_16/Tes](http://www.elpais.com/articulo/internacional/guerra/narco/causa/22700/muertos/Mexico/elpepuint/20100414elpepuint_16/Tes)).
  - Pereira, R. (marzo-abril, 2002). Familias reconstruidas. La pérdida como punto de partida [Versión electrónica], *Perspectivas sistémicas: La nueva comunicación*, 70. Recuperado el 12 de octubre del 2010 de, <http://www.redsistemica.com.ar/pereira.htm>.
  - Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, UNAM (2006). *Programa de Residencia en Terapia Familiar: Resumen*. Recuperado el 14 de marzo del 2011 de, [http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/residencia\\_11.pdf](http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/residencia_11.pdf).
  - Ravazzola, C. (2003). De intervenciones de expertos a conversaciones colaborativas en la búsqueda de relaciones más democráticas en familias e instituciones [Versión electrónica], *Perspectivas sistémicas: La nueva comunicación*, 78. Recuperado el 12 de octubre del 2010 de, <http://www.redsistemica.com.ar/ravazzola.htm>.
  - Reuters (10 de agosto, 2010). La otra guerra contra el narco: 50 mil huérfanos. *Excélsior*. Recuperado el 9 de noviembre del 2010 de [http://www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&id\\_nota=670713](http://www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&id_nota=670713).
  - Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2010). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo*. Recuperado el 12 de octubre del 2010 de, ([http://interdsap.stps.gob.mx:150/302\\_0058enoe.asp](http://interdsap.stps.gob.mx:150/302_0058enoe.asp)).
  - Servicio de Estudios Económicos de BBVA Bancomer, México. (mayo, 2010).

*Situación Migración México*. Recuperado el 8 de noviembre del 2010 de, [http://www.remesasydesarrollo.org/uploads/media/1005\\_SitMigracionMexico\\_03\\_tcm346-220616.pdf](http://www.remesasydesarrollo.org/uploads/media/1005_SitMigracionMexico_03_tcm346-220616.pdf)).

- Simon, R. (junio, 1996). Es mucho más complicado. Entrevista a Salvador Minuchin [Versión electrónica], *Perspectivas sistémicas: La nueva comunicación*. Recuperado el 1 de diciembre, 2008, de, <http://www.redsistemica.com.ar/minuchin.htm>.
- Sistema Nacional de Información en Salud. (2006). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2006. Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años no usuarias de métodos anticonceptivos por entidad federativa según razón de no uso*. Recuperado el 17 de noviembre del 2010 de, <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/enadid/tabulados.html>.

**Anexo 1. Instrumento de evaluación del rol parental en el adulto mayor.**

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

**Marque con una X la respuesta correcta.**

1.- Yo soy: ( ) Hombre. ( ) Mujer.

2.- Mi edad es \_\_\_\_\_

3.- Mi estado civil es \_\_\_\_\_

4.- La casa donde vivo es: ( ) Propia. ( ) Rentada. ( ) De uno de mis hijos.

5.- Vivo con: \_\_\_\_\_

6.- El número de hijos que tengo es: \_\_\_\_\_

7.- La edad de mis hijos es:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8.- Cuántos de mis hijos son:

Solteros \_\_\_\_\_

Casados \_\_\_\_\_

Separados o divorciados \_\_\_\_\_

Viudos \_\_\_\_\_

En unión libre \_\_\_\_\_

9.- El número de nietos que tengo es: \_\_\_\_\_

10.- El dinero para mis gastos lo obtengo: ( ) De mi pensión. ( ) Uno de mis hijos.

( ) Aún trabajo ( ) Trabaja mi pareja. ( ) Alguien más me da dinero.

11.- Mi estado de salud es:

( ) Excelente. ( ) Regular. ( ) Malo. ( ) No sé, no he ido al doctor.

12.- Padezco una o más enfermedades como:

( ) Diabetes. ( ) Hipertensión. ( ) Osteoporosis. ( ) Cáncer. ( ) Problemas del oído (

) Problemas de la vista. ( ) Enfisema. ( ) No tengo ninguna

Otra \_\_\_\_\_

13.- Sigo un tratamiento médico para mis enfermedades:

( ) Sí. ( ) A veces. ( ) No. ( ) Yo no me enfermo.

14.- Cuando es necesario ir al médico, yo:

( ) Voy solo/a. ( ) Me lleva uno de mis hijos. ( ) Me lleva otro familiar.

( ) Me lleva un vecino o amigo/a. ( ) Voy con mi pareja. ( ) No voy.

15.- Cuántos de mis hijos me visitan:

Diario \_\_\_\_\_

Una vez a la semana \_\_\_\_\_

Una vez al mes \_\_\_\_\_

Una vez al año \_\_\_\_\_

Nunca \_\_\_\_\_

No sé cada cuando \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES:

En el cuestionario hay una serie de preguntas que usted debe leer con atención. Usted debe contestar si está totalmente de acuerdo, algo de acuerdo, si está algo en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con cada pregunta. Por favor marque con una X la respuesta adecuada para cada pregunta. Cuando tenga el cuestionario puede empezar a contestar. Muchas gracias.

### EJEMPLO:

REACTIVOS	Totalmente de acuerdo	Algo de Acuerdo	Algo en Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.- Me gusta que llueva	X			
2.- Yo acostumbro decir mentiras				X

REACTIVOS	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1.- Yo sé cada cuando me va a ir a visitar mi hijo/a.				
2.- Me satisface la frecuencia con que me visita mi hijo/a.				
3.- Cuando puedo coopero con su economía.				
4.- Me gusta que mi hijo/a coopere con mi economía.				
5.- Podré ayudar a mi hijo/a.				
6.- Mi hijo/a me habla por teléfono al menos una vez al mes				
7.- Me molesta tener que dar dinero a mi hijo/a.				
8.- Me molesta ayudar a mi hijo/a en sus problemas.				
9.- Cuando mi hijo/a tiene un problema económico yo le ayudo				
10.- Mi hijo/a coopera con mi economía				
11.- Creo que debo seguir ayudando a mi hijo/a como cuando era niño/a.				
12.- Me agrada la relación que tengo con mi hijo/a.				
13.- Mi hijo/a se acerca a pedirme consejos.				
14.- Si me falta dinero, mi hijo/a me va a ayudar.				
15.- Me molesta la relación que tengo con mi hijo/a.				
16.- Me abstengo de meterme en los problemas de mi hijo/a				
17.- Mi hijo/a me escucha cuando le doy un consejo.				

REACTIVOS	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
18.- Le doy dinero a mi hijo/a.				
19.- Me agrada que mi hijo/a me platique sus problemas.				
20.- Mi relación con mi hijo/a cada vez será mejor.				
21.- Mi hijo/a no sigue mis consejos.				
22.- Mi hijo/a me ignora.				
23.- Me fastidia que mi hijo/a me platique sus problemas.				
24.- Cuando mi hijo/a tiene un problema con sus hijos yo debo ayudarlo.				
25.- Creo que debo meterme en los problemas de mi hijo/a.				
26.- Si doy una orden, mi hijo/a la acatará.				
27.- Mi hijo/a me da consejos sobre cuestiones domésticas.				
28.- Si le digo a mi hijo/a cómo educar a su hijo/a, me va a obedecer.				
29.- Doy consejos a mi hijo/a cuando me lo pide				
30.- Yo visito a mi hijo/a.				
31.- Me gusta que mi hijo/a me deje a cargo de mis nietos.				
32.- Creo que puedo pedir ayuda económica a mi hijo/a.				
33.- Mi hijo/a me va a escuchar.				
34.- Mi hijo/a me da consejos sobre mi economía				
35.- Aconsejo a mi hijo/a aunque no me lo pida.				
36.- Me alegra pasar tiempo con mi hijo/a.				
37.- Va a decaer la relación con mi hijo/a.				
38.- Mi hijo/a atenderá todas mis quejas				
39.- Mi hijo/a me da consejos sobre mi salud				
40.- Me gusta que mi hijo/a me pida consejos				
41.- Creo que mi hijo/a es capaz de resolver sus problemas de pareja sin mi ayuda.				
42.- Me angustia que mi hijo/a me pida ayuda.				
43.- Creo que aún debo enseñarle cosas a mi hijo/a.				
44.- Mi hijo/a se hará cargo de mí.				

REACTIVOS	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
45.- Creo que aún puedo enseñarle cosas a mi hijo/a.				
46.- Mi hijo/a me abraza.				
47.- Aconsejo a mi hijo/a sobre economía.				
48.- Si le digo a mi hijo/a que su pareja no me agrada, la va a dejar.				
49.- Doy consejos a mi hijo/a sobre sus relaciones de pareja				
50.- Me entristece la relación que llevo con mi hijo/a.				
51.- Si tengo algún problema de salud, lo podré resolver sin ayuda de mi hijo/a.				
52.- Mi hijo/a me insulta.				
53.- Aconsejo a mi hijo/a sobre su salud.				
54.- Mi pareja seguirá apoyando a mi hijo/a cuando yo no esté.				
55.- Creo que puedo pedir ayuda a mi hijo/a sobre otros hijos.				
56.- Yo hablo con mi hijo/a para resolver los problemas que tenemos.				
57.- Yo resuelvo los problemas con mi hijo/a dejando pasar el tiempo hasta que se tranquilicen las cosas.				
58.- Cuando mi hijo/a tiene un problema de salud yo trato de ayudarlo				
59.- Me enoja cuando mi hijo/a me visita.				
60.- Me molesta lo poco que veo a mi hijo/a.				
61.- Cuando pido ayuda a mi hijo/a, él me ignora.				
62.- Mi hijo/a me pide que cuide a mis nietos.				
63.- Creo que debo poder resolver mis problemas sin la ayuda de mi hijo/a.				
64.- Mi hijo/a respetará mis decisiones sobre mi salud.				
65.- Creo que debo cuidar a mis nietos.				
66.- Si le digo a mi hijo/a que deje de tomar alcohol me va a obedecer.				

REACTIVOS	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
67.- Creo que mi papel como padre/madre es diferente a cuando mis hijos eran pequeños.				
68.- Doy consejos a mis nietos.				
69.- Creo que en esta etapa de mi vida mi papel más importante en la familia es el de padre/madre.				
70.- Solicito ayuda a mi hijo/a sobre mis otros hijos.				
71.- Mi hijo/a me maltrata.				
72.- Pido ayuda a mi hijo/a sobre economía.				
73.- Me alegra que mi hijo/a haya sido bueno conmigo.				
74.- Tengo miedo de alejarme de mi hijo/a.				
75.- Yo participo en la educación de mis nietos.				
76.-Creo que sigo siendo el responsable de la familia.				
77.- Creo que aún debo ser una guía moral para mi hijo/a.				
78.- Creo que es normal tener problemas con mi hijo/a.				
79.- Creo que tengo algún problema grave con mi hijo/a				
80.- Me lastima que mi hijo/a me ignore				
81.- Doy sugerencias a mi hijo/a sobre como tratar a sus hijos				
82.- Creo que en esta etapa de mi vida mi papel mas importante en la familia es el de ser abuelo/a				
83.- Mi hijo/a decide por mí.				