



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

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

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**  
**EL USO DE LOS RECURSOS METAFÓRICOS  
CON NIÑOS Y ADOLESCENTES**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**CHRISTIAN SANDOVAL ESPINOZA**

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

JURADO DEL EXAMEN: TITULAR MTRO. ALEXIS IBARRA MARTÍNEZ.

TITULAR: MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA

SUPLENTE: DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA

SUPLENTE: DR. JOSÉ DE JESUS GONZÁLEZ NÚÑEZ

**FEBRERO DEL 2012.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

*La douleur est inévitable,  
mais la souffrance est facultative.*

*Enéitmo.*

*El dolor es inevitable,  
Pero el sufrimiento es opcional.*

- *A la Institución (Universidad Nacional Autónoma de México y el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica)...por haberme dado la oportunidad de aprehender y adquirir las herramientas que me han hecho crecer como persona, mujer, terapeuta, pareja y psicoanalista. Especialmente, por apoyarme en el proceso de construirme una identidad con sentido de pertenencia.*
- *A mi tutora (Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky)...por el acompañamiento, la calidez, el apoyo y la validación que me ha brindado desde el instante que la conocí.*
- *A mi revisor (Mtro. Alexis Ibarra Martínez)...por enseñarme que la visión postmoderna es un estilo de vida que convive con otras miradas para formar la historia del terapeuta.*
- *A mi esposo (Juan Manuel Montiel Génova)...quien se ha formado junto conmigo, con quien he vivido dichas, alegrías, tristezas, preocupaciones, crisis y depresiones con las cuales he podido darme matices a mi existencia. Gracias por permitirme escribir una historia diferente.*
- *A mis padres (María Eugenia y Xcoletectl)...quienes han acompañado cada paso, decisión y reto en mi vida rodeándome de amor, confianza, fortaleza y esperanza.*
- *A mis hermanos (Héctor Fernando y Carlos Alberto)...por quererme incondicionalmente a pesar de la distancia, los obstáculos de la vida y los problemas de todo tipo hemos tenido y por el tiempo para ayudarme a ser quien he elegido ser.*
- *A mi cuñada (Elizabeth Alanís Marroquín)...bienvenida a la familia. Encuentra en mí una amiga, una hermana y un apoyo.*
- *A mis tíos y primos (Alfonso, Bertha, Rosana, Daniel, Marco, Guadalupe, Alicia, Hugo, Lizel, Héctor, Analy, Marcos, Hugo, Poncho, Elizabeth, Sergio, David, Rosana, Daniela, Ana y Marco)...por enseñarme lo que es la solidaridad, la unión, la autosuperación y el interés por la familia. Y por ayudarme a decidir mi vocación como terapeuta familiar.*

- *A mis compañeros de equipo terapéutico: Ana Verónica Menroy Sosa, Iliana Riquelme Sáenz, Juan Manuel Montiel Génova y Selene Domínguez Boer.*
- *A mis amigos y amigas... todos ustedes han colmado mi historia de bellas experiencias y narrativas que me cuento diariamente. Per orden cronológico:*

*Karla Lihian Cruz Arenas; Christian Francisco Astamirano Arévalo (Chris); Ana Luliana Moreno Lucas (Lula); Alfredo Cámara (Camarita); María de Lourdes Alatraste Martínez (Abuela); Cristopher Manuel Yúdico Padilla (Cris); Beatriz Jenevy Santillán Velázquez (Yene); Mónica Guadalupe Torres Shaín; Alvaro Botello Montiel (Oso); Nadia Manzanares Garduño (Manzana); Norma Angélica Arroyo Gasca (Comadre); Adriana Elizabeth Llanez Romero (Adri); Diana Mejía Cruz; Jessica Paola Patiño Obregón (Yesy); José Leopoldo Pérez (Polo); Sandra Morales (Sandy); Romana Silvia Becerril Cervantes; Ana Laura Sánchez Almarráz; Antonio Montalvo García (Toño); Xavier Ilich Carballido Naranjo (Carnal); Alejandro Ruiz Martínez (Alex); Hortencia Rebelledo Mendoza (Herte); Norma García; Patricia Blancas (Paty); Néstor De Loera Ortega (Nes); Carolina Valdezpino (Grayela); Dulce Perla Castro Cortés; Juan Carlos Acosta Carrillo (Pachón); Rebecca Eguiarte; Cesar López; Erika Montes Caballero; Laura Edith Pérez Laborde; Erika Edith Rangel; Oscar Campos López (Pareja); Nafatali Cruz Morales; Francisco Javier Carmena Islas; Claudel Tabata Pedraza; Jorge Alberto Carmena Islas; Eduardo Toriz Pitahua; Lidia Isabel Aguilar Flores; Miguel Ángel Ledesma (Maica); Regelia Ramírez; y todos los que se sumarán durante mi vida. Gracias.*

- *A mis seres amados que se fueron durante este proceso.*
  - ✠ *Ana María Ramírez López (10 de septiembre del 2008).*
  - ✠ *José Leopoldo Pérez (19 de diciembre del 2009).*
- *A los pacientes... que me permitieron intimar con ellos y compartir con ellos más que historias aisladas y por permitirme ser irreverente, directiva y curiosa (Álma, Lorena, Estela, Gabriel, Jesús y Paola).*

# ÍNDICE

*La différence parmi un guerrier et un homme commun est  
que le guerrier interprète tout comme un audace,  
maintenant que l'homme commun accepte les choses  
comme un cadeau ou un malédiction  
Carlos Castaneda.*

*La diferencia entre un guerrero y un hombre común es  
que el guerrero interpreta todo como un reto,  
mientras que el hombre común acepta las cosas  
como un regalo o como una maldición.*

# ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.....</b>	<b>1</b>
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar.....	1
1.1 Características del campo psicosocial.....	1
1.2 Principales problemas que presentan las familias.....	13
Problemas del contexto nacional.....	13
Problemas del microsistema.....	31
1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....	46
<b>Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.....</b>	<b>50</b>
1.4 Descripción de los escenarios.....	50
1.5 Análisis sistémico de los escenarios.....	53
1.6 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.....	57
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>61</b>
2. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.....	61
2.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia familiar sistémica y postmoderna.....	61
2.1.1 Teoría de sistemas.....	61
2.1.2 Teoría de la comunicación.....	66
2.1.3 Cibernética.....	74
2.1.4 Constructivismo.....	81
2.1.5 Construccinismo social.....	89
2.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....	97
<b>MODELOS SISTÉMICOS</b>	
2.2.1 Modelo Estructural.....	97
2.2.2 Modelo Estratégico.....	104
2.2.3 Modelo de Terapia Breve enfocado a Problemas.....	108
2.2.4 Modelo de Milán.....	112
<b>MODELOS PUENTE</b>	
2.2.5 Modelo de Terapia Breve enfocado a las Soluciones.....	121
2.2.6 Post-Milán.....	128

<b>MODELOS POSTMODERNOS</b>	
2.2.7 Terapia Narrativa.....	134
2.2.8 Terapia Colaborativa.....	139
2.2.9 Equipo de Reflexión.....	143
<b>III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.. 148</b>	
3.1 Habilidades Clínicas Terapéuticas.....	148
3.1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia que atendí como terapeuta con base en el formato de registro.....	152
3.1.2 Análisis y discusión teórico - metodológico de la intervención clínica con las familias atendidas.....	172
Análisis del trabajo con las familias atendidas.....	172
3.1.3 Análisis y discusión teórico - metodológico de la intervención clínica con las familias reportadas en este trabajo.....	182
3.1.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.....	189
3.2 Habilidades de compromiso y ética profesional.....	193
3.2.1 Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergieron de la práctica profesional.....	193
3.3 Análisis y discusión de un tema, caso de familia, o modelo terapéutico que sean pertinentes a los casos de las familias consultantes.....	202
Propuesta de intervención.....	218
3.4 habilidades de investigación.....	227
Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa	
3.4.1 Investigación cuantitativa.....	227
3.4.2 Investigación cualitativa.....	237
3.5 Presentación de productos tecnológicos.....	240
3.5.1 Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria.....	242
3.5.2 Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo clínico y de investigación.....	247
<b>IV. CONSIDERACIONES FINALES..... 250</b>	
4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	250
4.2 Incidencia en el campo psicosocial.....	252
4.3 Reflexión y análisis de la experiencia.....	255
4.4 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.....	257
Referencias.....	I

## ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

1. Edificio de Endoperiodontología.....	50
2. Cámara de Gesell de la Clínica de Terapia Familiar de Iztacala.....	50
3. Sala de observación de la clínica.....	51
4. Área de terapia de la clínica de terapia familiar.....	51
5. Fachada de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Tlalnepantla.....	51
6. Espacio en donde se lleva a cabo la intervención con los consultantes.....	51
7. Sala de sesión del CCH Azcapotzalco.....	52
8. Sala de observación del CCH Azcapotzalco.....	52
9. Reflexión de casos CCH Azcapotzalco.....	52
10. Material del taller de CNV.....	244
11. Participantes del taller de CNV.....	244
12. Gaceta del CCH Sur 3 de mayo del 2010.....	246
13. Gaceta del CCH Sur 19 de mayo del 2010.....	246
14. Entrevista grupal para la gaceta del CCH Azcapotzalco.....	249
15. Entrevista grupal para la Gaceta de la UNAM.....	249

## ÍNDICE DE FIGURAS

1. Organigrama de las sedes en donde trabajan los residentes de Terapia Familiar	60
2. Familiograma de los Cruz Altamirano.....	152
3. Representación del miedo que envolvía a Isabel.....	156
4. Genograma de la familia Manzanares Arroyo.....	158
5. Estado relacional fam. Cruz Altamirano al inicio del proceso terapéutico....	172
6. Situación relacional familia Cruz Altamirano después de la intervención.....	175
7. Situación relacional de la familia Manzanares Arroyo cuando inició el proceso terapéutico.....	176
8. Situación relacional de la familia Manzanares Arroyo cuando suspendió el proceso terapéutico.....	181



## ÍNDICE DE TABLAS

1. Tipos de perspectivas dentro del conductismo.....	86
2. Perspectivas dentro del construccionismo.....	92
3. Diferencia y similitudes entre el Construccionismo y el Constructivismo.....	95
4. Resumen de técnicas del Modelo Estructural de Minuchin.....	100
5. Conceptos con los que se conformó el Modelo de Terapia Breve enfocado a las Soluciones.....	123
6. Resumen de las preguntas interventivas de Karl Tomm.....	131
7. Familias atendidas donde participé como parte del equipo de observación...	148
8. Familias atendidas donde participé como parte del equipo terapéutico.....	149
9. Familias atendidas donde participé como parte del equipo terapéutico (cont.).	150
10. Familias que atendí como terapeuta principal.....	151
11. Familias que atendí en coterapia.....	151
12. Resumen de las metáforas que utilizan los diferentes modelos de terapia sistémica y postmoderna de acuerdo con Gutiérrez Camacho.....	217
13. Alternativas para emplear recursos metafóricos en cada uno de los modelos sistémicos y postmodernos.....	220
14. Alternativas de intervención considerando la preferencia perceptiva.....	222
15. Alternativas de intervención según el tipo de pensamiento.....	224
16. Alternativas metafóricas de intervención para niños y adolescentes.....	211
17. Medias de cada grupo por área de evaluación.....	225
18. Resumen de los modelos sistémicos, puente y postmodernos utilizados en Terapia Familiar.....	243

## ANEXOS

1. Modelos de intervención.....	A
2. Formas del cuestionario “percepción del cambio”.....	B
3. Constancias.....	C

# CAPÍTULO 1.

## ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

*Quelques-uns possédaient la forte de modifier la histoire,  
mais tout le monde peut travailler pour  
changer un petit part des cas,  
et la somme totale à tous les acts resterez écrit  
dans l'histoire de notre generation.  
Robert F. Kennedy.*

*Solo algunos pueden modificar la historia,  
pero todos pueden trabajar para  
cambiar una pequeña poción de los casos,  
y la suma de todos los actos quedarán escritos  
en la historia de nuestra generación.*

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

La vie n' est pas la même qui l' un vécu,  
sein la qui un rappele pour lui rencontré  
**Gabriel García Márquez.**

*La vida no es la misma que uno vive  
sino la que uno recuerda y puede contar.*

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

#### **1.1 Características del campo psicosocial.**

En la actualidad nuestro país es un contexto en el cual las familias se ven afectadas por múltiples retos y situaciones que deben enfrentar, por tal motivo se requiere tener una visión amplia que permita considerar la influencia que los diversos elementos tienen en la convivencia y que en situaciones particulares podrían llevar a las personas a una demanda de consulta o que requiera de alguna orientación. La visión sistémica nos aporta las herramientas para entender, comprender, acompañar e intervenir en estos fenómenos multicausales.

Los aspectos que se encuentran comprometidos en el desarrollo de una problemática familiar van desde lo social, lo económico, lo político, lo cultural, lo familiar, lo individual y lo ambiental. Cuando se dan situaciones desestabilizadoras dentro de los sistemas como el familiar, entre otros, es común que se presenten conductas que pueden reflejar dicha problemática. A continuación mencionaré algunos de los factores que propician la presencia de síntomas en el sistema familiar.

Desde la visión sistémica se reconoce que para entender un fenómeno es necesario conocer la implicación de los actores, procesos, escenarios y contextos. Algunas otras aproximaciones observan el fenómeno de forma lineal (causa – efecto), mientras que la propuesta sistémica se esmera en reflejar una mirada relacional, en donde por medio de la perspectiva de circularidad y la recursividad se comprenda el proceso (Desatnik, 2009). Estos factores y sus relaciones tienen un nivel de complejidad que requiere sistematización y estructuración, sin perder la reciprocidad, así como el reconocimiento de los contextos entrelazados.

A continuación, se mencionarán algunos elementos que, entrecruzados, dan por resultado situaciones que tocan, tanto positiva como negativamente, la vida de los niños y adolescentes mexicanos, además de la vida de sus padres.

El contexto social está generando una serie de condiciones que, sumadas a algunos elementos familiares e individuales, pueden formar un síntoma o motivo de consulta psicológico. Por mencionar algunas situaciones tenemos: las expectativas que se transmiten acerca de cómo debe ser una familia modelo; qué es lo bueno y lo malo socialmente aceptado; cuáles son las reglas cívicas, valores y derechos que permiten al sistema familiar agregarse a otro sistema o a un sistema mayor; cuáles son las normas implícitas para relacionarse con otros grupos sociales; asimismo, dicta lo que se espera del Estado y sus Instituciones.

La situación política impacta al sistema familiar porque implica: jerarquías sociales; marca un nivel socioeconómico que determina en gran medida las oportunidades de acceso a la educación, la salud y otros derechos; crea leyes ante las cuales se sujeta el individuo; regula la distribución del poder y la riqueza; genera o desaparece empleos o actividades económicamente productivas; y especialmente se encarga de abastecer de salud, educación, justicia, empleo, alimentación y estabilidad social. Cuando se desequilibra vienen complicaciones que la familia en su conjunto debe manejar para sobrevivir.

El Estado, con sus políticas económicas, ha propiciado que los jóvenes demoren su desarrollo durante muchos años, así no requerirán de algunos elementos como: vivienda, trabajo, seguridad social, y servicios en general. Esto ha disminuido a corto plazo la inversión económica dirigida a niños y jóvenes (PNUD, 2010).

En los últimos años, con la crisis económica mundial, las familias se han visto en la necesidad de reducir su capacidad para consumir productos, salir a trabajar jornadas prolongadas, disminuir los momentos de convivencia familiar y social; los hijos han tenido que abandonar las escuelas para salir a trabajar y apoyar con el gasto familiar, ha aumentado el desabasto alimentario y han tenido que sacrificar las necesidades personales

para satisfacer las de su grupo familiar. Además de que el modelo económico mexicano ha conducido a que los pobres sean más pobres, discriminados y con menores oportunidades para sobresalir económicamente (PNUD, 2010).

Del mismo modo, debido a las situaciones antes mencionadas, la cultura ha incluido en el sistema familiar otro tipo de exigencias como: las construcciones acerca de la que se espera en una familia, dependiendo de la edad de los hijos; las conceptualizaciones sobre el bienestar, equilibrio, justicia y equidad; la imposición de una serie de principios ideológicos; la toma de una posición política sobre cada evento específico; la regulación de las relaciones de poder y la distancia emocional; asimismo, la creación de los ejes interpretativos para significar la realidad; la realización de un compromiso con el pasado, el presente y el futuro personal y familiar; la importancia de interpretar el mundo simbólico incluyendo estereotipos, premisas y prejuicios; como son el rol de “proveedor” del padre, la postura “cálida de la madre abnegada” y el hijo “ejemplar”, en la familia tradicional mexicana. Otros ejemplos pueden ser: la lucha por el poder por medio del dinero en una pareja, la dificultad para dar y expresar el afecto debido a algunas creencias familiares, el mandato familiar que motiva a un integrante para ser el “chivo expiatorio”, por mencionar sólo algunos ejemplos.

Existen también algunas expectativas culturales que surgen, tanto del sexo (entendido como lo biológico) como del orden de nacimiento. En cuanto al sexo masculino podríamos mencionar la fuerza, la agresividad, la orientación hacia metas concretas, el éxito profesional, entre otras. Mientras que para la mujer algunas podrían ser la vanidad, la protección, la escucha, la atención a los detalles, la facilidad para mostrar sus afectos o la posibilidad para reconocer y transmitir sus emociones y sentimientos.

En cuanto al orden de nacimiento existen expectativas como que el primer hijo es la guía de los hermanos, “la cabeza de familia”, como se dice cotidianamente, si falta uno o ambos padres y el que madura más rápidamente. Este hijo tiene el riesgo de ser “hijo parental” interviniendo en la relación conyugal o ejerciendo algunas funciones de paternaje hacia los hermanos. El hijo o los hijos de en medio pueden desarrollar habilidades para

trabajar en equipo, autonomía, cuidar a los menores con el riesgo de ser poco mirados por uno o ambos padres. El hijo menor puede ser, aunque no necesariamente, más seguro de sí mismo, emprendedor, sociables, pero con el riesgo de que no le permitan crecer, hacerse responsable o quedarse como cuidador de los padres cuando los hermanos mayores salgan del núcleo familiar (Castañeda, 2007).

Tampoco debemos olvidar el peso que tiene la biología, porque el mismo individuo es un sistema que se autorregula. Por ello debemos tomar en cuenta las somatizaciones de origen emocional, las secuelas físicas que dejan una interacción violenta o una situaciones crítica, los efectos en el cuerpo que permanecen tras una pérdida o un duelo, el sufrimiento producido por una enfermedad mental o física y los tratamiento correspondientes, la sobrecarga que genera un diagnóstico físico o mental, por mencionar sólo algunos.

En México y Estados Unidos aparece el problema de alimentación, tanto la escasez como la mala alimentación, el consumo de la comida chatarra, que contiene concentraciones energéticas abundantes y poco valor nutricional. Así, el tipo de alimentación es resultado de la influencia de los patrones socioeconómicos, la tecnología favorece estilos de vida en donde predomina el sedentarismo, el modernismo que estimula la realización de varias actividades a la vez reduciendo el tiempo para preparar e ingerir el alimento (UNICEF, 2010).

La escuela desarrolla valores como la solidaridad entre pares, la defensa de lo que creen justo y la protección entre iguales, así los jóvenes oscilan entre la búsqueda de una autenticidad imposible y la sobrevivencia con la hipocresía, protegiéndose entre sus máscaras; lo que les dificulta saber quiénes son realmente (Cerda, 1999; citado por Rodríguez y Kozolchik, 2009).

El profesor ha abandonado, un poco, su papel de facilitador del aprendizaje, de observador del proceso grupal, estimulador de la comunicación, asesor, tutor, facilitador de la interdependencia de los miembros, apoyador del liderazgo al servicio de los otros y generador del desarrollo personal; ya que los salarios precarios y la motivación por

satisfacer sus propias necesidades básicas es cada vez más lejana. Esto puede estar modificando la estructura escolar alejando a los estudiantes de las metas de formación básica.

En el momento actual de crisis socioeconómica, la escuela deja de ser una posibilidad para incrementar los ingresos de los jóvenes y niega la inserción social, porque no garantiza que se pueda obtener un trabajo que solvete los gastos básicos, además de evitar la autorrealización de los objetivos profesionales, ante lo cual adquiere un estatus de indefinición y de subordinación por largo tiempo (Pérez, 2000; citado por Rodríguez y Kozolchyk, 2009).

Actualmente la desesperanza sobre el futuro a través de la escuela, se está dando por la falta de empleos que responden a la preparación de cada persona, ya que los profesionistas no pueden ejercer sus carreras o que la abandonan a corta edad para salir a trabajar en el comercio informal.

Un mito relacional marca que ante el comportamiento del niño se dan explicaciones al motivo de consulta, señalando por ejemplo que los padres son ineficientes, “malos padres”, demasiado permisivos, excesivamente rígidos, etc., pidiéndole al sistema educativo que sea quien compense esas carencias (Desatnik, 2009).

El sistema familiar también enfrenta retos, expectativas y funciones que se deben cubrir, tanto dentro del grupo familiar como de forma individual, como pueden ser: la difusión de temas que se pueden convertir, bajo ciertas ideologías, en tabúes como los relacionados a la sexualidad, la construcción de la identidad y sentimiento de pertenencia; una organización con reglas, límites y disciplina; la recuperación y expresión de afecto y amor; la evolución del ciclo vital de la familia; la resolución de emociones negativas como enojo, temor, frustración, vulnerabilidad, etcétera; el establecimiento de creencias espirituales y religiosas particulares; la aceptación y despedida de los miembros del sistema; reglas implícitas de relación; desarrollo de solidaridad, apoyo, lealtad, motivación orientada a metas futuras y compromiso hacia la familia y hacia sí mismo; la inversión del

tiempo, roles y reglas familiares; la lealtad hacia los mandatos, secretos y expectativas familiares; las reglas implícitas y explícitas de convivencia y dinámica; y la negociación entre lo público y lo privado. Aquí deseo hacer un señalamiento acerca de que la potencialidad que posea cada familia para adaptarse puede contribuir a mantener el equilibrio interno; sin embargo, cuando el sistema muestra rigidez para modificar sus pautas preferidas es cuando se favorece un síntoma manifestado en uno o varios de sus miembros. Las familias que transitan por esa problemática desearían mantener los mismos patrones de relación, comunicación y organización.

Bohoslavsky (1975; citado por Rodríguez y Kozolchyk, 2009) afirma que existen básicamente tres tipos de vínculos que definen la relación entre las personas: 1) un vínculo de dependencia, cuyo modelo transgeneracional empleado entre padres e hijos; 2) un vínculo de cooperación y mutualidad, cuyo modelo es intersexual, ejercido por parejas y hermanos de sexo contrario; y 3) un vínculo de competencia o rivalidad fraterna, cuyo modelo es entre pares. Este tipo de vinculación, interacción y comunicación puede predecir algunos síntomas o fortalezas que se pueden encontrar en cada familia.

De acuerdo con Rodríguez y Kozolchyk (2009) algunos de los síntomas que surgen en las familias con hijos adolescentes son: fracaso escolar, adicciones, violencia intrafamiliar, enfermedades psicosomáticas, depresión, desórdenes alimenticios, entre muchas otras disfunciones familiares. También afirman que los patrones cambiantes de la vida familiar generan problemas de pareja, falta de límites y exceso de permisividad en los sectores más afluentes de la sociedad, la pobreza, la falta de redes de apoyo dentro de la familia que permita la mejor socialización de los niños y jóvenes, sobre todo en relación a la solución y resolución de conflictos.

Durante la infancia, el sujeto se encuentra sometido a un proceso de formación relacional que funda los ejes mediante los cuales podrá: contactarse con la sociedad, relacionarse con sus pares, reforzar la relación con su familia de origen y contactarse con otros contextos.



La vida del niño se encuentra permeada por la interacción, organización y estructura en los cuales se reconoce la fluctuación entre estados de equilibrio y de cambio, de acuerdo a las distintas necesidades, expectativas, problemas y relaciones que se dan entre los sistemas, en contextos históricos culturales específicos.

Con cierta frecuencia ocurre que las preocupaciones familiares son expresadas por el miembro más sensible del sistema; esto propone que los comportamientos de los niños pueden ser el motivo por el cual la familia llega a asesoramiento académico o intervención psicológica.

Cabe señalar que los niños no son los únicos afectados, en su comportamiento, cuando se presenta un síntoma o motivo de consulta. Algunos padres de familia deslindan al niño de las responsabilidades que conllevan sus actos, tratando de asumir toda la responsabilidad de la dinámica familiar, considerando que los problemas vividos son producto de una crisis familiar que no debe salir de las personas que viven en la misma casa, de tal suerte que tienen temor a pedir ayuda (Desatnik, 2009).

Con el fin de entender cómo es que se establece la relación entre padres e hijos, es importante mencionar los cambios, retos y tareas que se presentan a lo largo de la vida de las familias con hijos, desde el nacimiento hasta la adolescencia. Puesto que cada estadio es necesario que el sistema se adapte a diferentes condiciones.

A continuación, explicaré el desarrollo humano desde el momento del nacimiento hasta los 21 años, así como una breve descripción de las funciones paternas (Papalia, Olds y Feldman, 2005).

Los retos que deben enfrentar los niños de 0 a 3 años son: a) *físicos*, maduración cerebral, sensibilización de sus sentidos, desarrollo motriz grueso, mortalidad infantil, enfermedades propias de la primera infancia y control de esfínteres; b) *cognitivo*, desarrollo intelectual, pensamiento funcional, construcción de representaciones básicas sobre su realidad interna, aprende interacciones y desarrollo de lenguaje verbal y no verbal; y c)

*social*, aparición de expresiones emocionales, desarrollo de confianza y apego, socialización, autoconciencia, autonomía, reglas de interacción con personas significativas. Esto implica que los padres se reacomoden como pareja, desarrollen estilos de crianza y faciliten el desarrollo del niño y el suyo propio.

En niños de 3 a 6 años los avatares a enfrentar son: a) *físico*, ordenamiento de sueño-vigilia, desarrollo de motricidad fina y prevención de las enfermedades propias de la infancia (sarampión, varicela, rubiola, etc.); b) *cognitivo*, pensamiento pre-operacional, adquisición de funciones mentales simbólicas, manejo de símbolos simples, construcción de teorías sobre la realidad, ampliación del vocabulario y lenguaje; y c) *psicosociales*, establecimiento de un yo individual, construcción de representaciones ligadas al afecto, diferenciación entre los géneros, elaboración de juegos, desarrollo de temores, inicio de relaciones estrechas con los hermanos y desarrollo de amistades. Los padres se enfrentan a la tarea de establecer límites, reglas y consecuencias a ciertas conductas que pueden obstaculizar la convivencia social y ante esto, corren el riesgo de caer en conductas poco o nada asertivas. Esta situación que puede generar cierto estrés, personal o de pareja, cuando los padres no hacen negociaciones para tomar ese tipo de decisiones.

Los niños de 6 a 11 años desarrollan: a) en lo *físico*, juegos que requieren movimiento, aparición de la dentición y cambios corporales porque se pierden los rasgos de bebé; b) en lo *cognitivo*, operaciones concretas, razonamiento deductivo e inductivo, operaciones básicas, lectoescritura, ingreso escolar, creatividad y, algunas veces, problemas de aprendizaje; y c) en lo *social*, elaboración del sistema de representaciones, interacción con el grupo de pares, violencia entre pares, perturbaciones emocionales y afrontamiento al estrés. En este momento, los padres deben apoyarse en el sistema de educación, incrementar las estrategias de disciplina y proveer una estructura familiar lo más estable y consistente posible.

En la adolescencia (11 a 21 años) el desarrollo del joven incluye: a) *físico*, aparición de los caracteres sexuales secundarios, atracción sexual hacia los pares, conductas disruptivas, consumo de sustancias, alteraciones en la alimentación, protección de enfermedades de

transmisión sexual y muertes por accidentes o suicidios; b) *cognitivo*, operaciones formales, capacidad de abstracción, construcciones hipotéticas, idealismo, polémica e indecisión autocrítica, razonamiento moral, elección de la vocación, elaboración de un plan de vida y administración del tiempo; y c) *social*, construcción de identidad propia, orientación y elección sexual, relaciones sociales con adultos, búsqueda de popularidad y conductas antisociales (Papalia, Olds y Feldman, 2005).

En esta etapa es donde el sistema familiar debe tener una mayor flexibilidad, puesto que se puede dar la aparición de nuevos miembros, por ejemplo, el noviazgo o amistades más estrechas. Los padres deben facilitar la autonomía e independencia de los hijos. Aparecen temas que pueden causar estrés entre los padres como los permisos, el respeto hacia las decisiones de los hijos, la comunicación con características distintas, el manejo de la sexualidad, el establecimiento de nuevas pautas de relación, por mencionar solo algunos.

Desde la perspectiva sistémica, se plantea que en el momento en que la familia desarrolla un malestar, alguno de los miembros lo expresa con preocupación o sufrimiento, o bien, como confusión. Algunas veces, recae en los miembros más jóvenes del sistema, los niños y los adolescentes, este hijo puede ofrecerse como actor del síntoma sin que esto le sea pedido, el niño o el adolescente tienen que lidiar con situaciones propias de su edad, la situación socio-económica y los efectos de su contexto, lo que puede llevar a que se perciba cada vez más solo e incomprendido. Puede ocurrir que los padres no muestren empatía hacia el sufrimiento del joven, lo que va aumentando el aislamiento y favoreciendo la ruptura de la homeostasis familiar. Esto mismo, también puede presentarse de manera opuesta puesto que los hijos pueden ser crueles o nada empáticos hacia los padres.

Uno de los puntos de transición más importantes para la familia es cuando los hijos llegan a la adolescencia. Los jóvenes pasan más tiempo fuera de la casa, conocen otros grupos sociales y exploran en diversos espacios lo apropiado o no de las creencias y relaciones de la propia familia. Asimismo los adolescentes someten a revisión todo aquello que funciona o no en la situación familiar y las redes sociales establecidas en su entorno, es decir el ámbito comunitario donde se desarrolla.

La adolescencia constituye esencialmente una nueva fase de autonomía, de desalienación con relación a las viejas dependencias. En el plano *cognitivo*, por ejemplo, se trata de liberarse de las estructuraciones inmediatas para situarlas en un conjunto de posibilidades, lo cual traerá consecuencias importantes en lo que se refiere a las ideas y representaciones de todo tipo (incluido el sí mismo). En el plano *afectivo*, se trata de asumir la separación con los objetos parentales para comprometerse en otros lazos afectivos, por lo que se produce una restauración individual que supera las identificaciones parentales. En el terreno *social* la adolescencia se caracteriza por la búsqueda de la independencia económica y de una integración en la sociedad global ya no mediatizada por la familia (Espinosa, 2002).

Los diferentes escenarios en donde se desarrollan los miembros de la familia pueden fungir como fuentes de estrés, porque no sólo sobrecargan al sistema, sino que también fomentan que los niños y jóvenes tengan que tomar responsabilidades mayores, y por lo tanto, que tengan que madurar rápidamente con lo que pone en riesgo su capacidad para disfrutar su etapa de vida y su seguridad.

Cueli (2008) menciona que la etapa de la adolescencia es un momento en donde los padres reeditan su propia juventud, enfrentándose a fantasmas no resueltos con anterioridad. Esto exacerba las dificultades y decisiones normales que los padres deben llevar a cabo. Así que, en la medida en que los padres se percaten de lo que pasó en sus familias de origen, podrían proceder de un modo más flexible.

Los niños y los adolescentes también están expuestos a problemas muy complejos que inciden en el modo de convivencia, en la educación y sistema de salud, que influyen en la permanencia de los niños y adolescentes en el sistema educativo, y por lo tanto, en la integración a la sociedad, ya que una de las vías de adaptación social es a través de la escuela, los grupos de pertenencia y la socialización. La aparición de nuevos medios de contacto social virtual ha provocado que los jóvenes lleven a cabo una vida sedentaria y rutinaria que termina por ser cansada y tediosa buscando en las conductas disruptivas una posibilidad de hacer algo distinto a lo conocido. Se ha desarrollado socialmente una

insensibilidad hacia el homicidio de jóvenes etiquetándolos de “pandilleros, escoria de la sociedad o delincuentes” (Rodríguez y Kozolchyk 2009, p. 33). Esto se conjuga para que se dé la mistificación, la cual hace como que no pasa nada y se ignora el papel de los jóvenes, cerrando la posibilidad de crecimiento e inserción social. Se cuestiona al joven y no se toma en cuenta qué es lo que socialmente y económicamente se está haciendo para guiarlos.

En la actualidad tenemos diferentes grupos o tribus urbanas, además de los punks, están los “darketos”, los “ninis” y los “emos”, entre otros; pero los mensajes son parecidos, sólo que ahora se está expresando mucho más la tristeza, la depresión, la desesperación de estar en este mundo sometido a violencia dentro de la casa, la calle, la escuela, robos, secuestros, violaciones, enfrentamientos y guerras (Rodríguez y Kozolchyk 2009, p. 33). Dentro de este contexto las burlas y bromas crueles a los que no cumplen con el mandato impuesto de forma directa o indirecta, además de que la moda termina uniformando por dentro y fuera a los chicos. Los adolescentes ingresan a este tipo de grupos para obtener una identidad. La identidad es de suma importancia por la búsqueda de su “verdadero yo”, construyendo: a) elementos subjetivos, b) racionalidad, c) autoestima, d) referencia entre sí mismo y los otros, y e) el espacio urbano.

Los jóvenes que no cumplen las expectativas del grupo son etiquetados o acosados por el resto de compañeros, ejecutando violencia hacia el “desadaptado”, la cual constituye el bullying, que es el acoso puede hacer sufrir intensamente provocando que se busquen válvulas de escape, generalmente no muy adecuadas. La violencia ejercida puede producir inseguridad, baja autoestima, deterioro en el autoconcepto, entre otras consecuencias que pueden formar un síntoma personal o familiar.

Tal pareciera que se nos ha olvidado que históricamente se ha construido el concepto de adolescencia por las implicaciones sociales, económicas y políticas que tiene esta etapa de vida, dado que anteriormente no se le daba un papel distintivo a los jóvenes; con el tiempo ellos mismo se encargaron de mostrarnos su relevancia, funciones y retos que implica su momento de vida.

Después de haber mencionado el contexto (físico, cognitivo, afectivo y conductual) en que se desarrollan las familias con hijos (pequeños o adolescentes) deseo describir algunas de las responsabilidades y actividades que desarrolla el terapeuta familiar con enfoque sistémico.

De todas las situaciones anteriormente citadas surge la necesidad de contar con un profesional de la salud que ubique el fenómeno sintomático en un contexto claro, con el fin de realizar intervenciones precisas y adecuadas en el momento justo, para poder desarticular aquello que está aquejando al sistema. Por estas razones, el terapeuta sistémico, además de integrar estos factores al analizar cada circunstancia, modifica: la estructura del sistema; el tipo de lenguaje, pautas rígidas de interacción y comunicación (verbal, no verbal, analógica y digital); la puntuación con que se describen los eventos; la interpretación de los hechos pasados y presentes; el tipo de relación y roles de cada miembro; las expectativas y metas futuras; las construcciones interpretativas poco útiles en el contexto actual como creencias, emociones, conductas, mitos, límites, reglas, jerarquías y estereotipos, con el objetivo de cambiar la posición subjetiva que tiene cada uno hacia el problema en cuestión. Para llevar a cabo esta labor el terapeuta aprovecha sus experiencias propias, las fortalezas de la familia, las riquezas metafóricas individuales, sociales y culturales, su propia capacidad para entrar y salir del sistema (cibernética de segundo orden), y su propia irreverencia, ayudando a la desaparición del problema o al sistema haciendo un “saco a la medida del consultante”.

## 1.2 Principales problemas que presentan las familias.

Cross (2003; citado por Coll-Hurtado y Córdova y Ordoñez 2006) señala que México es un país capitalista, pero sin capitales, un país de trabajadores, pero sin empleo, un país consumidor, pero sin capacidad adquisitiva, desde el sector formal no proporciona lo suficiente a la mayoría de los pobladores. El sector informal existe precisamente porque enfrenta estos problemas.

Las familias mexicanas están expuestas a una serie de factores ambientales complejos, como son: pobreza, salud, educación, enfermedades, consumo de sustancias, analfabetismo, discriminación, violencia, delincuencia, suicidios, desintegración familiar, desempleo, entre muchos otros. A continuación expondré dos grandes grupos de problemas entre los cuales nos encontramos inmersos como ciudadanos y como sociedad: los generales (aquellos que influyen a la mayoría) y los particulares (factores que influyen en sólo algunas personas).

- **PROBLEMAS DEL CONTEXTO NACIONAL**

*Globalización.*-La globalización es fruto de la evolución económica y social, que se fue gestando a partir de los sesentas, debido a la interrupción del modelo de crecimiento económico vigente. Este fenómeno ha comenzado a producir problemas psicológicos no evaluados que van desde la agudización de enfermedades sociales, como: pérdida de autoestima, depresión, alcoholismo, competitividad y el cambio de ideología, principalmente en jóvenes.

El impacto que ha tenido es que se presenta un modelo económico en donde el consumismo se convierte en un valor en donde el sujeto se ve forzado a adquirir productos innecesarios, o bien, se crean necesidades monetarias que son difíciles de sostener por mucho tiempo, causando una percepción de fracaso en caso de perderlas. Otro ejemplo, puede ser el acceso a la tecnología como el internet, puesto que no toda la población tiene la posibilidad para tener una computadora y la renta del servicio, lo cual puede marginar a aquellas personas que no tienen acceso (SEDESOL, 2010).

El rápido crecimiento demográfico producido de 1950 al 2003, junto con el desequilibrio de la distribución poblacional, la disminución de la producción de materias primas y el asentamiento desproporcionado en el Distrito Federal, Monterrey y Guadalajara y las ciudades fronterizas de México ha provocado que algunos lugares se desarrollen más que otros, así como el surgimiento de actividades terciarias (incrementando el ejercicio: del comercio 29.46%, la educación 9.76%, la hotelería 8.08%, el transporte 7.42% y la salud 5.35%) (Coll-Hurtado y Córdova y Ordóñez, 2006).

*Economía internacional.*- En el año 2008, según el INEGI (2009), las importaciones de productos mexicanos tuvieron lugar con Estados Unidos (151 334.8 mdd), China Popular (34 890.3 mdd), Japón (15 282.5 mdd) y Corea del sur (13 527.3 mdd). Esto es importante mencionarlo para señalar que México es un país que intercambia, no sólo productos mercantiles, sino también cultura, creencias, costumbres y reglas que se modifican y adaptan a la ideología de este país.

*Deuda externa.*- El Gobierno Federal, en 2010, instrumentó una estrategia de endeudamiento externo encaminada a desarrollar nuevas fuentes de financiamiento. En diciembre de 2009, se colocó un Bono Samurai a 10 años en el mercado japonés por 150 mil millones de yenes (mil 612 millones de dólares) a una tasa de 2.22 por ciento. Asimismo, en julio de 2010, se colocaron en los mercados europeos 850 millones de euros (mil 76 millones de dólares) a una tasa de 4.29 por ciento a un plazo de siete años. Pese a la volatilidad prevaleciente en los mercados internacionales, los términos y condiciones favorables logrados son muestra de la confianza de los inversionistas en la política económica del país.

*Economía nacional.*- En el Cuarto Informe del Gobierno Federal se reporta que el Producto Interno Bruto creció 4.3 por ciento anual en el primer trimestre de 2010 y 7.6 por ciento en el segundo trimestre, el más alto en los últimos 12 años. Este dinamismo se refleja en la



creación de 575 mil 163 empleos afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social entre enero y la primera quincena de agosto de este año. Por su parte, el sector industrial creció 6.6 por ciento anual en el primer semestre de este año. En particular, la producción automotriz creció 79 por ciento anual en ese periodo y continúa atrayendo importantes inversiones (Presidencia de la República, 2010).

De acuerdo con lo señalado por el Gobierno Federal, México mantiene la confianza entre los inversionistas pese a la incertidumbre en los mercados financieros internacionales. La Inversión Extranjera Directa fue de 12 mil 239 millones de dólares durante el primer semestre de 2010, 23 por ciento mayor a la del primer semestre del año pasado. Además, el peso recuperó 16 por ciento de su valor y el principal índice de la Bolsa Mexicana de Valores creció más de 80 por ciento, ambos con respecto a los momentos más críticos registrados en marzo de 2009.

*Eficiencia Recaudatoria.*- En junio de 2010, el universo de contribuyentes activos fue de 30 millones 873 mil, lo que representa un aumento cercano a los 4 millones 500 mil contribuyentes con respecto a junio de 2009. Conforme a un estudio del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, la tasa de evasión global disminuyó de 39.6 a 23.4 por ciento en la última década. Así, la carga fiscal se distribuye entre una base más amplia de contribuyentes (Presidencia de la República, 2010).

*Política.*- Durante el 2009 la Cámara de Senadores estuvo compuesta por 128 representantes, de los cuales 52 pertenecen al Partido Acción Nacional (PAN), 32 el Partido de la Revolución Institucional (PRI), 26 al Partido de la Revolución Democrática (PRD), 5 al Partido del Trabajo (PT) y 5 al Partido Verde Ecologista de México (PVEM). Mientras que la Cámara de Diputados se conformó por 205 representantes del PAN, 105 del PRI, 125 del PRD y 11 del PT (INEGI, 2009). Lo anterior, en teoría, nos ofrece una apertura a diferentes puntos de vista sobre las diferentes necesidades que tiene cada comunidad, las cuales deben llegar a consensos para dirigir el país.

*Energéticos.*- El año pasado, el programa de inversiones de Petróleos Mexicanos (PEMEX) se orienta a garantizar la oferta de insumos energéticos de calidad a precios competitivos, en un marco de sustentabilidad ambiental. PEMEX invierte para mantener la producción en 2 millones 500 mil barriles diarios de crudo y en 6 mil 200 millones de pies cúbicos diarios de gas en promedio. Las inversiones en exploración han permitido que por segundo año consecutivo se restituya más del 100 por ciento de las reservas totales descubiertas y más del 70 por ciento de las reservas probadas.

En octubre de 2009 se extinguió la compañía Luz y Fuerza del Centro (LFC) dado que sus costos duplicaban sus ingresos por ventas, requiriendo 42 mil millones de pesos anuales, provenientes de los contribuyentes. Esta cifra es similar al monto que el Gobierno Federal destinó en 2009 al combate a la pobreza a través del Programa Oportunidades, que benefició a casi 25 millones de mexicanos (Presidencia de la República, 2010). Esta maniobra, además de no poseer una justificación válida, dejó a miles de personas sin empleo, algunas de estas no consiguieron cumplir con la antigüedad para poderse jubilar dignamente y otras se tuvieron que dedicar al comercio informal o a operar transporte público para apoyar a sus familias, además de producir aumentos en las tarifas de electricidad en los hogares del centro del país.

Durante la presente administración se ha dado un fuerte impulso a las energías renovables en el país con el objeto de lograr un desarrollo sustentable. En el primer semestre de 2010, en el marco del Programa Sectorial de Energía 2007-2012, inició la construcción de las centrales eólicas Oaxaca I y La Venta III, con capacidad de 101 megawatts (MW) cada una; la primera se estima que terminará su construcción en diciembre de 2010 y la segunda en junio de 2011. En julio de 2010 inició la construcción de las centrales eólicas Oaxaca II, III y IV, que en conjunto tendrán una capacidad de 304 MW y se concluirán en diciembre de 2011.

*Agua.*- En 2009, el Gobierno Federal, a través de la Comisión Nacional del Agua y otras dependencias, incorporó alrededor de 1 millón 200 mil habitantes al servicio de agua

potable y 1 millón 100 mil al servicio de alcantarillado, alcanzando una cobertura nacional del 90.7 por ciento en agua potable y 86.8 por ciento en alcantarillado.

Para 2010 la meta es proporcionar el servicio de agua potable a 98 millones 700 mil habitantes y el de alcantarillado a 94 millones 600 mil habitantes para llegar a coberturas de 91.1 y 87.3 por ciento, respectivamente (Presidencia de la República, 2010).

*Tecnología.-* En el INEGI (2009) se mencionó que la tecnología está teniendo cada vez mayor lugar dentro de los hogares mexicanos, por ejemplo el 53.3% de la población cuenta con por lo menos un televisor digital y televisión de paga. Otro ejemplo, es que el 12.6% cuenta con solamente teléfono fijo, 41.6% solamente teléfono celular y el 45.7% tiene ambos en su hogar. Esto nos muestra que las personas se han preocupado por adquirir herramientas que les permitan abrirse al mundo y comunicarse por canales que anteriormente eran inexistentes o inaccesibles. La misma encuesta menciona que el 36.2% de los mexicanos poseen por lo menos una computadora personal, mientras que el 28.3% además de saber utilizar el equipo de cómputo también tienen conexión a internet.

*Turismo.-* Según el Gobierno Federal, entre septiembre de 2009 y agosto de 2010 se destinaron más de 2 mil millones de pesos para la campaña Vive México y el impulso de nuestros productos turísticos en los principales foros mundiales. En 2009, México ocupó la décima posición a nivel mundial registrando más de 21 millones de arribos de turistas internacionales.

De acuerdo con los datos del INEGI (2009) alrededor de 13 678 visitantes nacionales eligen a México como un destino para pasar sus vacaciones y 8 063 mexicanos visitan el extranjero, llevándose las divisas que podrían beneficiar la economía del país.

*Cambio climático.*- Muchos de los problemas de salud pública se encuentran relacionados directa o indirectamente con el ambiente que nos circunda, por ello situaciones como la contaminación, el aumento o la disminución de la temperatura, los diferentes fenómenos meteorológicos o los fenómenos naturales, por mencionar sólo algunos. Impactan al sistema económico, político, energético, rural, urbano, transporte, medios de comunicación, forestación, agronomía e industria.

Recordemos que México ocupa el lugar 12 a nivel mundial en emisiones de CO<sub>2</sub> por la quema de combustibles fósiles de un total de 374.25 millones de toneladas de CO<sub>2</sub> o el 1.5% de las emisiones global. Por esta razón, se ha interesado por llevar a cabo medidas de protección como: incremento de la captura del carbono, conservación del carbono, reducción de emisión de gases, regulación del sector energético, planeación del transporte y vías de comunicación, inspección forestal, aumento de la producción agrícola y mitigación del uso de recursos naturales (Secretaría del Medio Ambiente, 2008).

El 28 de agosto de 2009, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Programa Especial de Cambio Climático 2009-2012. En el cual, México se compromete a alcanzar en 2012 una reducción total de alrededor de 51 millones de toneladas de bióxido de carbono (MtCO<sub>2</sub>e). Al tercer bimestre de 2010 se ha logrado mitigar 19.5 MtCO<sub>2</sub>e al año, lo que significa un avance de 38.5 por ciento con respecto a la meta establecida para el 2012.

En julio de 2010, México ocupó el cuarto lugar por número de proyectos registrados y el quinto respecto a la reducción de emisiones esperadas por año (9.6 MtCO<sub>2</sub>e) y emitidas (6.8 MtCO<sub>2</sub>e) en el marco del Mecanismo de Desarrollo Limpio del Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático.

*Campo.*- Con el fin de incrementar la transparencia y la agilidad en la entrega de apoyos del Programa de Apoyos Directos al Campo (Procampo), entre 2006 y julio de 2010 la proporción de pagos vía depósitos bancarios aumentó de 19 a 77 por ciento. Adicionalmente, se concluyó con la primera etapa de la actualización del padrón del

programa, que se llevó a cabo en los estados de Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur y Colima (Presidencia de la República, 2010). Esto es un intento por parte del gobierno para conseguir bajar la migración ilegal hacia Estados Unidos y para mantener los precios en los productos agrícolas, sin embargo el apoyo aún no ha sido suficiente para alcanzar estas metas.

*Derechos Humanos.*- En el marco del Programa Nacional de Derechos Humanos 2008-2012, el Gobierno Federal promovió que se incluyera la perspectiva de los derechos humanos en la definición e implementación de las políticas públicas de todas las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Adicionalmente, y como parte del compromiso para la protección de los derechos humanos, el 5 de julio de 2010 se creó la Fiscalía Especial para la Atención de Delitos Cometidos contra la Libertad de Expresión, adscrita a la Oficina del Procurador General de la República, con el objetivo de fortalecer los mecanismos de protección de los defensores de derechos humanos y periodistas (Presidencia de la República, 2010).

*Justicia.*- El fortalecimiento institucional de la Procuraduría General de la República (PGR) comienza a dar resultados, de acuerdo a la Presidencia de la República (2010). Muestra de ello es el incremento en la tasa de sentencias condenatorias en materia de delitos del fuero federal, que mide la calidad y capacidad técnica del Ministerio Público de la Federación en la integración de la averiguación previa. De enero a junio de 2010, se dictaron un total de 13 mil 70 sentencias condenatorias en materia federal, de un universo de 22 mil 951 averiguaciones previas consignadas en el mismo periodo al Poder Judicial. Esto significa que en seis de cada 10 averiguaciones previas consignadas al Poder Judicial, éste dictó sentencia. Estos datos deben ser tomados con reservas, puesto que no es seguro que todas las personas sentenciadas condenatoriamente hayan participado en un acto delictivo.

*Seguridad.*- Los Operativos Conjuntos evolucionaron en su esquema de intervención para transformarse en Operativos Coordinados contra la delincuencia organizada, con lo que se dio inicio a la segunda etapa de la Estrategia de Seguridad, enfocada en mejorar la efectividad en la atención de los delitos que más preocupan y afectan a la sociedad, como los homicidios, el secuestro, la extorsión, el cobro de piso, el tráfico de armas, el robo de vehículos y la venta de drogas al menudeo. Los Operativos Coordinados se desarrollan en: Aguascalientes, Baja California, Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guerrero, Michoacán, Nuevo León, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz.

Como resultado del esfuerzo nacional en el combate a la delincuencia organizada, entre el 1 de septiembre de 2009 y el 19 de agosto de 2010, se detuvieron a 34 mil 515 personas presuntamente vinculadas al narcotráfico; se aseguraron más de 34 mil armas, alrededor de 2 millones 707 mil municiones, más de 2 mil 500 granadas, más de 72 millones de dólares, 133 millones de pesos y más de 12 mil vehículos terrestres, 60 marítimos y 76 aéreos. Asimismo, se decomisaron más de 2 mil 384 toneladas de marihuana, más de nueve toneladas de cocaína, casi 14 toneladas de metanfetaminas, más de cinco toneladas y media de efedrina, más de ocho toneladas de pseudoefedrina, alrededor de tonelada y media de goma de opio, casi cinco toneladas de semilla de amapola y 220 kilogramos de heroína. En este periodo, el esfuerzo nacional evitó que 12 mil millones de dosis de las principales drogas se vendieran en el mercado ilícito, lo que representa más de 2 mil 517 millones de dólares en pérdidas para los cárteles del narcotráfico (SEGOB, 2010).

El Programa de Rescate de Espacios Públicos es el vínculo entre la política social y las estrategias en materia de seguridad que permite la prevención de la conducta delictiva. El programa recupera espacios arrebatados por la delincuencia a las familias mexicanas, reconstruye el tejido social, eleva la calidad de vida de las comunidades y ofrece alternativas de esparcimiento y desarrollo para los niños y jóvenes. Durante 2010 están en proceso de rescate 620 espacios públicos, que junto a los realizados anteriormente por esta administración, sumarán 3 mil 320 espacios públicos recuperados.

*Policía.*- La Policía Federal ha fortalecido su estructura, mejorado su organización interna, e impulsado un nuevo modelo de desarrollo policial, en torno a seis divisiones: a) Inteligencia; b) Investigación; c) Seguridad Regional; d) Científica; e) Antidrogas; y f) Fuerzas Federales. Para mejorar el despliegue territorial de la Policía Federal, con una visión de proximidad social, se crearon las coordinaciones estatales, con la función de desarrollar, implementar, dirigir y supervisar los operativos realizados para prevenir y combatir los delitos federales en cada circunscripción territorial, en apoyo a las autoridades federales, locales y municipales.

Para frenar la expansión de los grupos criminales, es necesario combatir la corrupción. Por ello, el Gobierno Federal puso en marcha la Operación Limpieza, mediante la cual se han descubierto y capturado servidores públicos, de los tres órdenes de gobierno, que estaban vinculados con organizaciones delictivas. El Gobierno Federal y los gobiernos locales han hecho un frente común contra la corrupción que ha llevado, entre enero de 2007 y julio de 2010, a la detención de 97 policías federales, 259 policías estatales y mil 144 policías municipales en todo el país, con lo que se ha logrado desarticular redes de protección de la delincuencia organizada (Presidencia de la República, 2010).

*Narcotráfico.*- Durante la presente administración se han reportado los siguientes datos: El combate al tráfico de drogas ha representado más de 10 mil 316 millones de dólares en pérdidas para las organizaciones criminales; se han asegurado más de 99 toneladas de cocaína y más de 7 mil toneladas de marihuana; se han decomisado más de 60 millones de pastillas psicotrópicas y casi 17 toneladas de metanfetaminas; y se ha evitado que más de 46 mil 797 millones de dosis de las principales drogas se vendieran en el mercado ilícito, esto hubiera alcanzado para que cada joven mexicano, entre los 15 y 30 años, tuviera acceso a mil 500 dosis de droga.

En los últimos años, las instituciones bancarias del país recibieron cantidades importantes de dólares en efectivo que generaron excedentes cuya procedencia resultaba difícil de identificar. Con el propósito de reforzar el combate al lavado de dinero, el 15 de

junio de 2010, el Gobierno Federal anunció la implementación de medidas para regularizar la entrada de dólares en efectivo y con ello cerrar el paso a recursos ilícitos al sistema bancario mexicano.

El Titular del Ejecutivo Federal presentó dos iniciativas de ley para detectar, combatir, sancionar y prevenir el lavado de dinero. La primera establece como conductas graves y punibles a las operaciones con recursos de procedencia ilícita, así como su fomento y apoyo. La segunda tiene el objetivo de regular las transacciones en efectivo en operaciones de compra y venta de bienes inmuebles, algunos bienes muebles, vehículos y joyas; así como el establecimiento de mecanismos de intercambio de información para aumentar la eficacia en el combate a este delito (Presidencia de la República, 2010). Lo cual tiene como desventaja que se esté ejerciendo una presión innecesaria en aquellas personas que desean adquirir bienes con medios económicos de procedencia legal.

*Vías de comunicación.*- Se estima que en 2010 la inversión pública y privada en infraestructura carretera sea de más de 70 mil millones de pesos, cifra superior en 32 por ciento, en términos reales, a lo ejercido en 2009. Al mes de junio de 2010, ya se tienen comprometidos más de 38 mil millones de pesos del presupuesto carretero y con ello se impulsará la generación de 280 mil empleos y la construcción y modernización de cerca de 900 kilómetros de carreteras y más de 2 mil kilómetros de caminos rurales.

*Educación.*- De acuerdo con el INEGI (2009) alrededor de 12 208 375 hombres llegan a tener una educación media y media superior, 7 710 893 tiene completa la secundaria y 5 867 588 terminan la primaria; haciendo un total de 35 019 513 personas con algún grado de instrucción. Por su lado, 12 764 667 mujeres han alcanzado la educación media superior y superior, 7 525 892 cuentan con secundaria completa y 6 824 867 concluyeron la primaria.

El programa “Escuelas de tiempo completo” genera importantes beneficios, ya que permite que los niños y jóvenes permanecer más tiempo en un ambiente seguro, representa



un fuerte apoyo para las madres trabajadoras, y mejora el rendimiento académico de los estudiantes al estar rodeados de estímulos y actividades complementarias para el aprendizaje. En la prueba estandarizada de logro educativo Enlace 2009, las escuelas incorporadas al programa registraron una mejora promedio de 43 puntos en Español y 40 puntos en Matemáticas. Al término del ciclo escolar 2009-2010 se tienen acumuladas 2 mil escuelas.

El Gobierno Federal continúa impulsando los programas de becas con el fin de ampliar las oportunidades educativas para favorecer la equidad y premiar la calidad de los alumnos sobresalientes. Durante el ciclo escolar 2009-2010, se entregaron más de 6 millones de apoyos, con lo cual se benefició a uno de cada cuatro estudiantes que integraron la matrícula pública desde primaria hasta posgrado. Para el siguiente ciclo escolar, aumentará el apoyo en más de 1 millón de becas (Presidencia de la República, 2010).

El Anuario Internacional Estadístico (ANUIES, 2006) contabilizó que en ese año 14 857 mil alumnos ingresaron a la primaria, 5 660 mil a secundaria, 359 mil a una carrera técnica y 2 936 mil a bachillerato y 2 239 mil a educación superior. A nivel nacional, el Estado de México cuenta con el mayor número de alumnos inscritos a alguna carrera técnica (7 882), Tamaulipas ocupa la mayor cantidad en Educación Normal (15 821), y el Distrito Federal con 342 337 de alumnos en universidades tecnológicas y 44 140 de posgrado.

Con respecto al área de estudios, a nivel nacional, las carreras relacionadas con las Ingenierías y la Tecnología suman 5 293 personas tituladas, seguido por las Ciencias Sociales y Administrativas con 3 831 titulados y, sucedidas de las Ciencias de la Salud con 627. Sin embargo, las carreras más estudiadas son Derecho (10.9%) y Administración (10.9%).

El INEGI en el 2009 arrojó los siguientes datos en cuanto a las áreas académicas que se estudian a nivel licenciatura, 46.9% para ciencias sociales y administrativas; 33.4% para las ciencias de la salud; 9.5% para las ingenierías y 10.2% las demás áreas.

En 2010, a través del Programa de Infraestructura para la Educación Media Superior, el Gobierno Federal destinó mil 864 millones 900 mil pesos, 101.9 por ciento real mayor a lo destinado en el año previo, con el que se generan 140 nuevos servicios educativos.

Para el ciclo escolar 2009-2010, la cobertura en Educación Superior alcanzó más de 29 por ciento. De 2009 a la fecha, se pusieron en operación 44 nuevas instituciones de Educación Superior, de las cuales 25 son de nueva creación y 19 son extensiones de instituciones ya existentes. Asimismo, el número de Técnicos Superiores Universitarios se incrementó en mil 426 profesionales, con relación a los titulados en el ciclo anterior. Para continuar con el esfuerzo, este año se canalizan a la Educación Superior 2 mil 638 millones 500 mil pesos, 60 millones 700 mil más que en 2009.

El Sistema de Educación Abierta y a Distancia en nivel Medio Superior y Superior sigue creciendo y representa una alternativa educativa viable para las localidades más pequeñas y alejadas. Actualmente se atiende a 80 mil estudiantes de Media Superior en la modalidad a distancia, 5 por ciento más que los registrados en el ciclo 2008-2009. En Educación Superior, en la misma modalidad se atienden 11 mil 702 alumnos.

*Deporte.-* Durante el ciclo escolar 2009–2010, participaron en la Estrategia Nacional de Activación Física Actívate, Vive Mejor, 48 mil escuelas de todo el país con un total de 8 millones 500 mil alumnos y 47 mil 861 promotores.

Para fomentar la práctica regular y sistemática del deporte, se pusieron en operación 3 mil 415 Centros de Deporte Escolar y Municipal, beneficiando a una población de 4 millones 288 mil 829 personas. Para 2010, se aprobó una inversión total de 2 mil 80 millones de pesos para infraestructura deportiva, cifra 10.3 por ciento mayor en términos reales a lo ejercido el año anterior (Presidencia de la República, 2010).

*Pobreza.*- De acuerdo al sexto informe de Gobierno (2006), en el año 2000 se asignaron 61,122.60 millones de pesos para el combate de la pobreza y en 2006 se requirieron 146,376.00 millones para solventar las necesidades más urgentes de los pobres. Cantidad que año con año está en aumento, junto con la cantidad de personas que solicitan ese apoyo para sobrevivir.

El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades otorga becas educativas, apoyos para útiles escolares, suplementos alimenticios para niños y mujeres embarazadas, apoyos monetarios y además realiza acciones de atención a la salud en favor de las familias más pobres del país. En 2010, gracias al presupuesto aprobado por el H. Congreso de la Unión, 600 mil familias más se incorporaron al programa, por lo que Oportunidades ahora apoya a 5 millones 800 mil familias mexicanas.

En los últimos años, la pobreza extrema se ha acentuado en el ámbito urbano, por ello, se ha ampliado el Programa Oportunidades para apoyar también a las familias más desprotegidas que viven en estas áreas. Al día de hoy el programa atiende a 1 millón 300 mil familias que residen en localidades urbanas.

En 2010, a través del Apoyo Alimentario Vivir Mejor, se continuó apoyando a las familias beneficiarias con 120 pesos mensuales adicionales, y se comenzó a otorgar el Apoyo Infantil Vivir Mejor, que entrega 100 pesos por cada niño de cero a nueve años, limitado a tres apoyos infantiles por familia. En 2010, el monto monetario promedio mensual de transferencias que reciben las familias atendidas por el programa asciende a 728.8 pesos (Presidencia de la República, 2010).

A partir del 2010, el Programa de Apoyo Alimentario de Diconsa y el Programa de Apoyo Alimentario en Zonas de Atención Prioritaria se conjuntaron en el nuevo Programa de Apoyo Alimentario, el cual otorga apoyos monetarios a las familias en situación de pobreza y que no reciben apoyos de Oportunidades, para ayudarlas a solventar sus gastos en alimentación. En 2010, el programa incorporó a más de 400 mil nuevas familias para beneficiar a un total de 670 mil.

Actualmente, casi 6 millones 500 mil familias, esto es, alrededor de 34 millones de personas, son apoyadas por los programas de Apoyo Alimentario y Oportunidades (Presidencia de la República, 2010). Estos datos reflejan que buena parte de la población mexicana no cuenta con los recursos básicos suficientes para sobrevivir, por lo que la ayuda que brinda este tipo de programas es la única esperanza para poder subsistir.

Cabe mencionar que el Distrito Federal cuenta con una población que asciende a 8 millones 720 mil 916 habitantes distribuidas en 8 534.62 km, situación que tiene como característica que la concentración poblacional es irregular produciendo sobrepoblación, hacinamiento y desigualdad social en tres delegaciones principalmente: Iztapalapa, Iztacalco, y Gustavo A. Madero (GDF, 2010).

*Vivienda.*- Hasta junio de 2010, la actual administración ha otorgado más de 2 millones 433 mil créditos para adquisición y mejoramiento de vivienda, y más de 2 millones 429 mil subsidios para adquisición, mejoramiento y autoproducción. En total se otorgaron más de 4 millones 862 mil créditos y subsidios con una inversión superior a los 975 mil millones de pesos, más del doble de lo que se logró en el mismo periodo de la administración anterior. Estas medidas han contribuido a que las familias no se vean en la necesidad de cambiar constantemente de lugar de residencia, o bien, invertir cantidades de dinero que a largo plazo resultan en un gasto doloroso para sus miembros, por la privación o limitación de otras necesidades (Presidencia de la República, 2010). Asimismo, la compra de una vivienda se puede complicar con el hecho de que los nuevos fraccionamientos se encuentran fuera del área metropolitana o urbana, dejando como consecuencia que muchas personas tengan que desplazarse largas distancias para poder asistir a sus escuelas o centros de empleo, además de implicar una gran inversión de tiempo, dinero y esfuerzo físico.

De acuerdo con el INEGI (2009) las familias mexicanas tienen un promedio de 3 a 5 ocupantes por vivienda, pudiendo llegar hasta los 9 ocupantes. Esto puede estar provocando problemas de hacinamiento y falta de un espacio personal para cada individuo.

*Salud.*- En el año 2000 la esperanza de vida de la población aumentó de 62 años a 72.2 años, la mortalidad post-natal disminuyó de 79% a 25%; la fecundidad aumentó de 2.8% en 1970 a 6.5%; de los cuales el 86% de los niños, actualmente, nacen con atención médica especializada; entre el 80 y el 94% de la población tiene acceso a los medicamentos esenciales; y se ha aumentado el gasto público en salud, pasando del 1.8% del PIB en 1990 al 2.6% en 1998 (Comunidad Andina 2002). Estos datos nos permiten darnos una idea del aumento en la explosión demográfica, lo cual se relaciona cercanamente con problemas como falta de recursos naturales suficientes, vivienda, educación, salud, empleo, entre muchos otros complejos escenarios, de ahí la importancia intentar pronosticar las posibles complicaciones que trae consigo el aumento en la población nacional y mundial.

La distribución por sexo de la población en el Distrito Federal fue de 47.4% hombres y 52.6% mujeres. El índice de masculinidad (población de hombres dividido entre la población de mujeres) para esta entidad se localizó en la vigésima cuarta posición, con 90 hombres por cada 100 mujeres, por debajo del promedio nacional, estimado en 92.3%.

En la pirámide poblacional del Distrito Federal se identifica mayor concentración en los grupos de adolescentes y jóvenes, y una disminución de la población en los grupos que se encuentran en edades de retiro. Al analizar los porcentajes por edad y sexo se obtiene una población relativamente adulta, más de la mitad (68.8%) de la población estimada tiene más de 20 años. Asimismo 14.6% son niños menores de nueve años (7.2% en el grupo de 0 a 4 años y 7.4% en el grupo de 5 a 9 años); 16.6% son adolescentes entre 10 y 19 años (7.9% en el grupo de 10 a 14 años y 8.7% en el grupo de 15 a 19 años). En cuanto a grupos de edad las personas de 0 a 5 años y 65 años o más, en el DF ocupan las posiciones 32 (con 8.8%) y 1 (con 9.8%) respectivamente. El primer grupo de edad se localizó por abajo y el segundo grupo encima del promedio nacional (11.3 y 6.9%, en cada caso).

En cuanto a la condición de derecho habiente, se encontró que en el Distrito Federal 34.2% de la población es derechohabiente del IMSS, 1.9% cuenta con Seguro Popular y 11.2% es afiliado del ISSSTE. En contraste, 49.3% no cuenta con protección en salud. Al analizar la población que no es derechohabiente en ninguna institución, el Distrito Federal

ocupa el lugar 16 debajo del promedio nacional (51.4%). Además, se destaca que 61.3% de los niños menores de diez años declararon que no tenían seguridad social al momento de la encuesta (GDF, 2010).

La población abierta se compone de 18.2% niños menores de nueve años, 18.5% de adolescentes entre 10 y 19 años y 63.2% de adultos con 20 años o más. Por su parte, la población derechohabiente se integra de 11.2% en el grupo de 0-9 años, 14.8% en el grupo de 10-19 años y 74.0% en el grupo de 20 años o más. Con relación a la composición por sexo, se encontró que 54.4% de la población derechohabiente está compuesta por mujeres, mientras que en la población abierta esta proporción es de 50.9 por ciento. En relación con los ingresos mensuales del hogar se obtuvo que 23.3% de la población derechohabiente y el 26.3% de la población abierta vive en hogares con ingresos mensuales de hasta 2 500 pesos (SSA-DF, 2006).

Dentro del Distrito Federal, la delegación Iztapalapa es la que cuenta con mayor número de habitantes (1 773 343) es la que posee menor cantidad de personas con servicio médico, ya que 909 961 no cuentan con servicio médico, 598 783 cotiza para el IMSS, 206 956 para el ISSSTE y 11 681 acuden a Salubridad y otros centros de salud locales (INEGI, 2000).

Entre la población menor de 10 años encontramos que a 2 252 641 les han aplicado la vacuna antipoliomelítica, 970 655 la antitetánica y 651 897 la triple (difteria, tosferina y tétanos).

En la población general los principales motivos de consulta médica son: enfermedades del sistema circulatorio (20.9%), diabetes mellitus (11.9%) y afecciones originadas en el periodo perinatal (7.9%) (SNS, 2000).

En octubre de 2009 se firmó el Convenio de Portabilidad 32 x 32 del Seguro Popular, con el cual las personas afiliadas pueden recibir servicios de salud fuera de su entidad de residencia. De esta manera se eliminan las barreras geográficas y administrativas que

impedían a los afiliados al Seguro Popular tener acceso al sistema de salud y se cumple un compromiso prioritario de la presente administración.

Entre el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA) se han realizado más acciones de infraestructura hospitalaria que en cualquier otra administración en la historia de México. Hacia junio de 2010, se han construido 769 unidades médicas nuevas, se han ampliado o remodelado 893 más y se han realizado 134 trabajos de sustitución. Así, el total de las acciones de obras concluidas es de mil 796 durante esta administración.

Al mes de julio de 2010, se han afiliado al Seguro Médico para una Nueva Generación más de 3 millones 600 mil niños y sus familias. En este año, se amplió el número de intervenciones adicionales específicas de niños menores de cinco años en un 10 por ciento. Con ello, las nuevas generaciones de mexicanos se encuentran mejor protegidas por el sistema social de salud, lo que les permitirá un desarrollo pleno.

Para proteger la salud de mujeres embarazadas y de recién nacidos, hacia julio de 2010 se han afiliado al Seguro Popular más de 1 millón 200 mil mujeres a través de la Estrategia Embarazo Saludable, esta cifra es seis veces mayor que en 2008, primer año de la estrategia (Presidencia de la República, 2010).

*Salud sexual y reproductiva.*- La maternidad de las mujeres menores de 20 años se mantuvo constante del 2000 al 2008; en el primero de esos años se registraron 445 775 nacimientos en madres menores de 20 años (16% del total de nacimientos en el país). De los nacimientos registrados en 2008 en el grupo de mujeres de 15 a 20 años, en la mayoría de los casos (76.5%) se trataba de su primer hijo; en el 18.5% de los casos era el nacimiento del segundo hijo, y en el 3.5% se trataba del tercer hijo.

El Programa de Acción Específico de Planificación Familiar y Anticoncepción de la SSA distribuyó en 2009, a la población de ambos sexos en edad reproductiva, un total de 2.4 millones de métodos anticonceptivos, y desde 2008 tiene en marcha la Estrategia para el Fortalecimiento de la Anticoncepción Post Evento Obstétrico en hospitales de 26 estados; en 2009 la cobertura fue del 51.5% y en 2010 no hubo una variación (CEDAW, 2010).

*Salud mental.*- Entre 11 y 33% de jóvenes de la región refiere tener algún problema de salud mental. Es difícil establecer comparaciones entre los países ya que las encuestas utilizadas difieren de país a país. Los síntomas depresivos y las conductas suicidas son los más frecuentes. Canadá, Cuba, El Salvador, Trinidad y Tobago, Estados Unidos de América (EUA), Uruguay y Venezuela tienen tasas de suicidio en varones de 15 a 24 años de edad que superan los 10 por 100.000 habitantes. En una encuesta de adolescentes escolarizados de nueve países de El Caribe se evidenció que 12% de los encuestados había intentado suicidarse y que 50% había tenido síntomas de depresión. En casi todos los países, las tasas de suicidio de los varones son el doble que las de las mujeres.

El problema de la violencia se agrava cada vez más en la región. El 29% de las muertes por homicidio fueron en adolescentes de 10 a 19 años de edad. El caso de Colombia es aún más dramático: 15% de las víctimas mortales del total de actos violentos y 20% de los homicidios de toda la región ocurren en este país. En Nicaragua existen alrededor de 156 grupos pandilleros (maras) de los cuales 69% se ubican en la capital. Un alto porcentaje de adolescentes (7% de las mujeres y 20% de los hombres) había portado un arma en la escuela durante los 30 días previos a la encuesta en los países de El Caribe.

En la etapa de la adolescencia pueden presentarse síntomas provocados por la violencia como son: sentimientos de miedo o vergüenza, ansiedad crónica, sentimiento de culpa, desconfianza, baja autoestima, dificultades de relación, miedo, dificultad para autoprotegerse, dificultad para entablar relaciones significativas, pérdida del sentido de autoeficacia, dificultad en la toma de decisiones, desesperación, ira, depresión, problemas para dormir, hipervigilancia, aplanamiento afectivo, somatizaciones, trastornos de



aprendizaje, actos o pensamientos de autodestrucción o autocastigo, dificultades para concentrarse y bajo rendimiento escolar (Rodríguez y Kozolchyk, 2009).

*Prevención social.*- En noviembre de 2009, la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud concluyó los procesos de negociación de precios de medicamentos y obtuvo la suscripción de 17 convenios con los laboratorios participantes, lo que representa a la fecha, un ahorro acumulado que supera los 10 mil millones de pesos.

El Programa 70 y Más otorga apoyos monetarios mensuales de 500 pesos a personas de 70 años y mayores que viven en localidades de hasta 30 mil habitantes.

Además, éstos se complementan con acciones de protección social y de reducción del deterioro de la salud física y mental de los beneficiarios. En el año 2007, cuando el programa inició su operación, contó con un padrón de 1 millón 31 mil beneficiarios. Para 2010 se ha apoyado a más de 2 millones 103 mil beneficiarios, lo que representa una cobertura cercana al 100 por ciento de la población objetivo.

- **PROBLEMAS DEL MICROSISTEMA.**

*Estructura familiar.*- La constitución familiar en 1990 se contabilizó como 74.2% de familias nucleares y 24.5% familias extensas; para el 2000 eran 66.4% de familias nucleares y 21.9% de familias extensas; y en 2008 se calculó que existen 66.1% de familias nucleares y 31.6% de familias extensas. Lo anterior dio como resultado que el número de familias nucleares vayan en descenso y vayan aumentando las parejas que viven con la familia de origen de alguno de los dos.

A nivel nacional, en 2008, se encontró que los Estados en que los hogares son encabezados por mujeres, las familias nucleares más numerosas aparecen en Guanajuato

(55.3%) y Querétaro (54.5%); y las familias extensas son Sinaloa con 36.7% y Nuevo León con 36.1%. Mientras que en cuanto a los hogares nucleares eran dirigidos por un hombre son Aguascalientes con 79% y Querétaro con 78%; y Aguascalientes (16.5) y Colima (17.3) con familias extensa. Esto se traduce a que la participación de la pareja en actividades laborales remuneradas va en aumento debido a los problemas económicos del país.

El número de integrantes por familia en 1950 era de tres; en 1960 era de cinco; en 1970 era de seis, entre 1990 y 2005 era de cuatro integrantes. Este dato puede variar debido a que la tendencia de vivir con la familia extensa está haciendo que el número de los miembros en el hogar sea mayor a la registrada (INEGI, 2008).

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010) estima que en el año 2010 hay 13.8 hombres entre 0 y 14 años, 9.7 entre 15 y 24, 23.5 de 25 a 64 y 2.7 de 65 y más; y 13.2 mujeres de 0 a 14, 9.5 de 15 a 24, 24.3 de 25 a 64 y 3.3 de más de 65. Sin embargo, se espera que para el 2050 sean 8.6 hombres de 0 a 14, 6 de 15 a 24, 24.8 de 25 a 64 y 9.6 mayores de 65; y 8.2 mujeres de 0 a 14, 5.8 de 15 a 24, 25.2 de 25 a 64 y 11.6 de más de 65 años. Esto significa que no va a reducir considerablemente los nacimientos y las personas de edad avanzada superarán la cantidad que existe actualmente.

*Violencia.*- En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2003) encontramos que el grupo de hombres que reciben mayor violencia está entre los 0 y 14 años con 5 797 732 emocional, 4 653 686 económica, 1 568 006 física, y 1 217 505 sexual. Mientras que en las mujeres es de 5 484 880 emocional, 4 217 608 económica, 1 397 255 física, y 1 207 120 sexual.

En cuanto a violencia producida por la pareja encontramos que las mujeres de 30 a 34 tienen un aproximado de 16.3% incidentes de violencia emocional, 15.6% de económica, 18.6% física y 13.9% de violencia sexual. Baja California Norte tiene el 40.1% de

incidentes de violencia emocional; Sonora tiene 31.8% de violencia económica; Michoacán 10.1% de violencia física; e Hidalgo 9.1% de violencia emocional.

De acuerdo con el INEGI (2005), nueve de cada cien mujeres de 15 años o más que conviven con su pareja, son objeto de agresiones físicas por parte de su compañero y, ocho de cada cien padecen violencia de tipo sexual. El 38.4% sobre violencia emocional, el 29.3% recibe violencia económica, 9.3% física y 7.8% sexual. En cuanto a los delitos, las mujeres son más propensas a: delitos sexuales (92.9%) y robo sin violencia (60.4%); y en hombres son lesiones (71.9%) y robo de autopartes (66.8%).

El ENDIREH (2006) menciona que alrededor de 18 340 346 mujeres experimentan al menos un evento de violencia dentro de sus hogares, de los cuales 14 725 708 son de tipo emocional, 10 622 851 económica, 4 706 646 física y 2 824 656 sexual. Mientras que para los hombres se reportó que 18 129 804 ocurren anualmente en sus hogares, de los cuales 14 543 937 son emocionales, 10 431 640 son económicos, 4 695 720 son físicos y 2 868 302 son sexuales, siendo más propensa la población de 0 a 14 años para cualquier tipo de violencia. El mismo reporte informa que la violencia emocional se presenta con mayor frecuencia en entidades como Colima (41.8%) y Jalisco (44.2%), la violencia económica en Jalisco (30.8%) y el Estado de México (30.1%), la violencia física en Colima (12.5%), el Estado de México (12.7%) y Tabasco (14%) y la violencia sexual en Jalisco (7.8%), siendo este el estado con mayores actos de violencia dentro de la familia.

El maltrato emocional está presente en los hogares mexicanos y se manifiesta en: levantar la voz (85.8%), enojarse fuerte (41.1%) e insultar (25.7%). El maltrato físico se presenta en: empujar (45.9%), jalonear (41%) y amenaza verbal (38%).

En el Distrito Federal, las delegaciones en donde se han atendido más casos de violencia son Gustavo A. Madero, con 1,546 (10.9%); seguida de Azcapotzalco con 1,404 (9.9); Coyoacán con 1,270 (9%); e Iztapalapa con 12,62 (10%).

El Gobierno del DF (2009), ha contabilizado que las cinco principales delegaciones en donde se producen violaciones sexuales son: Xochimilco con 16; y Milpa Alta, Magdalena Contreras, Cuajimalpa y Coyoacán con 15 por cada 100 mil habitantes.

*Mortalidad.*- En el caso de la mortalidad, desde 1930 su descenso ha sido continuo, lo que originó incrementos significativos en el nacimiento y en la esperanza de vida. Así, mientras en 1930 los hombres vivían en promedio 35 años y las mujeres 37, en el 2002, la duración media de vida se había más que duplicado al alcanzar valores promedio de 72 y 77 años, respectivamente (Vela, 2004).

De acuerdo con el Censo (INEGI, 2009), entre las causas de mortalidad que se registraron en el último año se encuentran las enfermedades del corazón (92 679), diabetes mellitus (75 637), tumores malignos (67 048), accidentes (38 875) y enfermedades del hígado (31 528). Estas situaciones tienen relación directa con las necesidades de salud pública, las cuales no han sido totalmente cubiertas en el nivel de prevención.

*Homicidio.*- En el territorio mexicano, según la encuesta de ENDIREH 2006, se mencionó que en Guerrero el 42.8% de las defunciones en hombres son provocadas por homicidios y el 4.73% de los homicidios en mujeres tienen lugar en el Estado de México.

Las muertes violentas femeninas son fundamentalmente de mujeres de 15 años y más (80 de cada 100 muertes femeninas por accidentes, homicidios y suicidios están en ese rango de edades y 42 de cada 100 son de mujeres de 15 a 49 años, cabe señalar que una quinta parte de los decesos femeninos por causas violentas son de mujeres menores de 15 años). En cuanto a los homicidios, 44 de cada 100 agresiones son de mujeres de 15 a 34 años de edad. En relación con los suicidios, 50 de cada 100 lesiones autoinflingidas son de mujeres de 15 a 29 años de edad (INEGI, 2003).

Los últimos datos sobre la frecuencia de homicidios a nivel nacional marcan que el 18% se cometen en el Estado de México, el 9% en el Distrito Federal, el 7% en Guerrero, el 6% en Michoacán, Oaxaca y Chihuahua, y el 5% en Jalisco (ICESI, 2008).

En el Distrito Federal, las delegaciones Cuajimalpa y Milpa Alta tienen el 2% de los homicidios registrados, respectivamente (GDF, 2009). Las averiguaciones previas por homicidio se presentan con mayor frecuencia en: Cuauhtémoc (35), Venustiano Carranza (33) y Azcapotzalco (31) por cada 100 mil habitantes.

*Suicidio.*- La OMS (2004; citado en “El Siglo de Durango”, 2004) ha establecido que por cada evento suicida, hoy en día, se impacta psicológicamente a seis o siete personas más y que en un momento dado puede surgir la misma idea en otro miembro.

En México se presentan entre ocho y diez suicidios diarios, siendo la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años. Durante los últimos 30 años, el suicidio se ha triplicado, quedando en 3.4 por ciento por cada 100 habitantes. Las muertes autoprovocadas aumentaron de mil 405 en 1990 a dos mil 736 en 2000, y en 2003 tres mil 327 casos (INEGI, 2003; citado en “La Jornada”, 2005).

La Secretaría de Salud (2007) calculó que en Tabasco se producen alrededor de 17.45% de los suicidios masculinos, el 2.63% del suicidio en mujeres en Yucatán y el Estado con mayor índice de suicidios en ambos sexos es Campeche con el 10.05%.

Las muertes por homicidio y suicidio de mujeres de 15 a 39 años tienen un peso singularmente mayor que el registrado por el total de los decesos por causas violentas femeninas. En el grupo de 20 a 24 años, una quinta parte de las muertes violentas registradas fue por homicidio, y en el de 15 a 19 años, una de cada seis mujeres falleció por suicidio (INEGI, 2005).

En la estadística del INEGI del 2009 se produjeron los siguientes resultados: las causas de muerte más frecuente son disgusto familiar (314 casos), causa amorosa (275 casos) y enfermedad grave e incurable (194 casos); los sitios preferidos fueron la casa habitación (2 780 casos), vía pública (171 casos) y el campo (173 casos); los medios empleados fueron estrangulación (2 593 casos), arma de fuego (497 casos), y envenenamiento (238 casos); y entre los grupos de edad más vulnerables son de 15 a 24 años (948 casos), de 25 a 34 años (860 casos) y de 45 en adelante (834 casos).

*Desempleo.*- Según cifras de la Encuesta Nacional de Empleo (CONAPO), en 2004 la tasa de desempleo abierto en personas de 12 a 24 años de edad alcanzó 5.4 por ciento, más del doble registrada por la población de 12 años y más (2.5%). El mayor porcentaje de desempleo se presenta en mujeres de 12 a 24 años (6.7% y 6.9%). Se estima que entre 2000 y 2015 se integrarán cerca de un millón 500 mil personas cada año.

Los motivos de desempleo en México son: pérdida de trabajo oscilan entre 261 827 en jóvenes de 20 a 29 años; el 249 863 de jóvenes entre 20 a 29 años renunciaron al trabajo; 22 602 de personas de 30 a 39 años cerraron su negocio; y 105 216 de personas de 14 a 19 años no cuentan con experiencia laboral. El INEGI (2009) ha calculado que 933 126 de las personas que viven en el DF han quedado sin empleo.

Como parte de las políticas federales, en 2009 se instrumentaron estrategias para apoyar a personas en situación de desempleo y subempleo, así como a trabajadores en activo. De enero de 2007 al 31 de julio de 2010, se colocaron 2 millones 880 mil 792 personas, 49.6 por ciento más que en el mismo periodo de la administración anterior. Mediante el Portal del Empleo se colocaron 523 mil 688 personas, casi 16 veces la cantidad colocada en igual periodo de la administración anterior (Presidencia de la República, 2010).

*Delincuencia.*- En el DF, las averiguaciones previas por delegación que se inician se deben a delitos como: Miguel Hidalgo, robo (61%); Milpa Alta, lesiones (25%); y en Benito

Juárez, fraude y estafa (7%). Asimismo, las delegaciones en donde se realizan más denuncias son: Cuauhtémoc con 4 279 por cada 100 mil habitantes, Benito Juárez con 3 952 por cada 100 mil habitantes y Miguel Hidalgo con 3 055 por cada 100 mil habitantes (ICESI, 2008).

*Migración.-* En el año 2000, las migraciones en hombres dentro del territorio mexicano se daban hacia el Estado de México (15%), Sinaloa (14.3%) y al DF (9.8%) y en mujeres al Estado de México (16.7%), DF (16.4%) y en Sinaloa (11.9%). Mientras que, de acuerdo con el INEGI, en 2005, los hombres emigraron al Estado de México (13.6%), DF (8.9%) y Sinaloa y Quintana Roo (8.4%) y las Mujeres al Estado de México (16.7%), DF (13.5%) y Nuevo León (7.3%). Esto significa que el cambio de residencia familiar se ha convertido en otro factor de tensión que se suma a la larga lista de factores que afectan a las personas.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) estimó que en el año 2000 cerca de 8.5 millones de mexicanos residían en Estados Unidos, legal e ilegalmente, lo que representó en ese año casi un 8% de la población mexicana y 3% de la población del país receptor (Vela, 2004).

En el año 2005, según el INEGI, la migración de la población del centro del país se ha dirigido principalmente al Estado de México (13.6% son varones y 16.7% son mujeres), probablemente se debe a las facilidades de adquirir una vivienda de interés social en algún municipio de dicha demarcación, como: Tecámac, Chalco e Ixtapaluca.

En el año 2009, de acuerdo con cifras del INEGI (2009), un total de 22 786 643 personas migraron, las principales razones fueron: el turismo (19 180 298), visitantes marítimos (8 656 584), y estudiantes (98 803).

*Depresión.*- Las estadísticas oficiales de SSA (2005; citado en “La Jornada”, 2005) refieren que de 12 a 20 por ciento de la población de 18 a 65 años, más de 10 millones de sujetos, están deprimidos o sufrirán algún episodio de este tipo en algún momento de su vida.

En los servicios médicos públicos como el IMSS, el ISSSTE y Salubridad, la existencia de terapeutas especializados es nula o escasa, por lo que sólo cuentan con el psiquiatra que medica al paciente y, además de, una gran dificultad para que el médico familiar lo canalice al servicio de psiquiatría.

Hornstein (2006: p. 13 y 15; citado por Rodríguez y Kozolchyk, 2009) describe su preocupación al conocer las noticias de la Organización Mundial de la Salud: “Se espera que los trastornos depresivos, en la actualidad responsables de la cuarta causa de muerte y discapacidad a escala mundial, ocupen el segundo lugar, después de las cardiopatías, en el 2020 se estima que 121 millones de personas padecerán depresión” (p. 35).

Los trastornos depresivos, en la cultura mexicana, pueden presentarse en una escala de dos casos de mujeres por dos de hombres, pero se suicidan más los hombres que las mujeres. La cultura de que el hombre no puede ser débil y la confusión de que el varón puede controlar sus emociones callándolas aleja la posibilidad de tratamientos y los acerca al suicidio o las depresiones más severas, que finalmente pueden causar lo mismo (“El Siglo de Durango”, 2004).

*Deserción escolar.*- Teóricamente, tanto la escuela secundaria como la preparatoria son los lugares en donde se capacita a los jóvenes para continuar su trayecto hacia una escolaridad superior, pero en la realidad se puede afirmar que esto no es verdad; actualmente de los 167,668 alumnos que solicitaron su ingreso a licenciaturas en la Universidad Autónoma de México, en el ciclo escolar 2008 – 2009, 152 991 fueron rechazados, mientras que sólo 14 677 (8.7%) fueron aceptados; de estos, sólo 5 873 (9.3%) apenas 30 alumnos lograron obtener más de 110 de los 120 puntos que tenían la prueba. Sólo un estudiante sacó 116 puntos. Realmente podemos afirmar que tanto la secundaria como el bachillerato en



México son el puente que posterga la inserción en el mundo laboral (Rodríguez y Kozolchik, 2009).

*Adicciones y fármacos.*- El Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente”, en su Encuesta Nacional sobre las Adicciones (2008), encontró que el 31.9% de jóvenes de 12 a 17 años han ingerido alcohol y el 73.4% de personas entre 18 y 65 años. En cuanto a la frecuencia de consumo el 36.3% de varones de 30 a 39 años beben frecuentemente, el 29.2% de 18 a 29 años son bebedores moderados, el 17.4% de 40 a 49 años son bebedores ocasionales y el 34.8% de 50 a 65 años son abstemios. En mujeres, el 61.4% de 18 a 29 años, el 59.2% de 30 a 39 años, el 63.5% de 40 a 49 años y el 75.6% de 50 a 65 años son abstemias.

Un fuerte factor de suicidio en hombres es el consumo de alcohol, ya que los hombres ingieren mayor cantidad que las mujeres. El alcohol funciona como una sustancia depresora del sistema nervioso central que cuando sobrepasa cierto límite individual favorece la toma de decisiones irracionales que arriesgan la vida. La ingesta de alcohol, también, influye en la disminución en la función de los neurotransmisores que influyen en el bienestar físico y cerebral de la persona alterando la realidad percibida (“El Siglo de Durango”, 2004).

En cuanto al consumo de tabaco, el 42.4% de 18 a 29 años y el 24.7% de 30 a 39 años son los mayores consumidores de esta sustancia, de los cuales el 64% consume diariamente, el 45.7% de varones y el 56.6% de mujeres, fuman entre 1 y 5 cigarrillos al día.

En relación al consumo de drogas legales o ilegales, el 6.88% de hombres han probado la marihuana y el 1.94 inhalantes, mientras que el 0.7% de mujeres han probado los estimulantes y el 0.59% los tranquilizantes (ENA SSA-INP, 2008).

Las industrias farmacéuticas se han visto beneficiadas con el aumento de personas diagnosticadas con alguna enfermedad física o emocional, provocando que las familias inviertan fuertes cantidades de dinero en medicamentos. Los laboratorios farmacéuticos ha

respondido a la necesidad de la población poniendo en venta antidepresivos de tercera generación a precios que oscilan entre los 600 y los 1000 pesos con 20 o 28 pastillas (Rodríguez y Kozolchyk, 2009, p. 38).

En México, alrededor del 88% de la población recurre a la automedicación, principalmente de antibióticos y antigripales, lo cual representa un grave riesgo para la salud pública (“La Jornada, 2009).

*Trastornos alimenticios.*- Martínez (1995; citado por Rodríguez y Kozolchyk, 2009; p. 43) afirmó que el 70% de las adolescentes están inconformes y enojadas con su propio cuerpo, lo anterior como resultado de los mandatos culturales y las modas actuales que instalan la idea de extrema delgadez en los medios de comunicación y que fueron incluidas desde la infancia con juguetes como la muñeca Barbie, que representa a una jovencita adolescente muy delgada, con cuello de cisne, cadera más estrecha que los hombros, sin glúteos y piernas extremadamente largas y finas.

El Doctor Ramos en el 2006 mencionó que una de las posibles causas que provocan la anorexia es la influencia que ejerce el culto del cuerpo, no sólo en jóvenes, sino también en personas “sanas durante mucho tiempo y con una personalidad definida. También refirió que anteriormente la anorexia era mucho más frecuente que la bulimia, pero actualmente la tendencia se ha invertido.

Arango (2006) afirmó que la edad de comienzo en la anorexia ha disminuido, encontrando sus manifestaciones desde los 8 o 9 años, aumentando también en varones. Hace 15 o 20 años, la mortalidad por anorexia era de entre 10 a 15%, hoy es de 2%, teniendo síntomas físicos más agudos.

Cifras de la fundación Ellen West revelan que una de cada 25 mujeres sufre bulimia y/o anorexia, 30% son universitarias y el resto son adolescentes de 13 a 16 años, las cuales

corren mayor peligro, ya que el 80% se ha sometido a un régimen alimenticio para bajar de peso, por lo menos en un momento durante sus vidas.

*Género y equidad.*- El concepto de género hoy en día es concebido como producto de normas culturales interactuantes en el ámbito de las instituciones económicas, sociales, políticas y religiosas; en sí mismo define diferencias significantes de poder entre los sexos. El poder manejado desde una perspectiva de sometimiento, lleva inevitablemente a la violencia socialmente institucionalizada (ENDIREH, 2006).

El Gobierno Federal del 2007 al 2009 impulsó el Fondo PROEQUIDAD con el cual se pretende apoyar con 10.1 mdp para impulsar las acciones que procuren la equidad como son: asesoría y asistencia jurídica, terapia psicológica, refugios para mujeres y sus hijas e hijos, estrategias de prevención hacia la violencia, difusión de los derechos a la libertad de una vida libre de violencia y acceso a la justicia en materia de violencia familiar (CEDAW, 2010). Entre otras medidas está que los gobiernos federales, locales y municipales han implementado leyes, reglamentos, programas y procedimientos que tienen por objeto lograr una modificación en las construcciones sociales y comunitarias de lo que implica ser mujer u hombre, impactando la forma en que ambos sexos se relacionan.

Por su parte la sociedad civil ha desarrollado organizaciones no gubernamentales, asociaciones civiles y grupos de autoayuda, los cuales ofrecen atención a distintas necesidades e inquietudes como discriminación, educación, talleres, cursos, etc. (CEDAW, 2010).

*Discapacidad.*- Las delegaciones en donde se han ubicado mayor cantidad de personas con necesidades especiales son Iztapalapa con 1 773 343 (18.8%) y Gustavo A. Madero con 1 235 542 (15%), siendo las más frecuentes las motrices con 14 061 y 12 609, las visuales con 6 546 y 4 980, y mental con 5 405 y 4 251, respectivamente (SNS, 2000).

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Discriminación en México (ENADIS, 2010) la mayor causa de discriminación se da por estado socioeconómico, creencias políticas, educación, preferencias sexuales, creencias religiosas o espirituales, enfermedades crónicas y, finalmente, por etnia.

*Aborto.-* A partir del año 2009, cuando fue legalizada la interrupción del embarazo en el Distrito Federal, se han contabilizado 18 122 procesos en el Distrito Federal y 4 414 abortos en el Estado de México; siendo el Centro de Salud “III Beatriz” sede en donde se practican con mayor frecuencia, con 5 574 en un año; las semanas de gestación en donde se llevó a cabo la interrupción del embarazo fue de entre 6 a 8 (6 semanas, el 14.1%; 7 semanas, 17.3%; y 8 semanas, 15.5%); y finalmente, de las mujeres que decidieron abortar voluntariamente el 55.7% son solteras, 25% viven en unión libre y el 16.2% eran casadas en el momento del aborto (SSA-DF, 2010). Esta decisión puede convertirse en un problema, para algunas personas, por el cúmulo de creencias y construcciones que se relacionan con la maternidad. También puede despertar dudas, inquietudes, incertidumbre, culpa, tristeza, ansiedad, depresión, entre otras consecuencias, debido a las voces que puede estar escuchando la mujer o la pareja que toma esta decisión, por ejemplo “eres egoísta”, “eres un o una homicida”, “estás marcada de por vida”, “la hubieras convencido de tenerlo”, “eres una pecadora”, etc. Cabe resaltar, que cuando se presentan estos elementos no sólo influyen en la mujer que decide interrumpir el embarazo, sino también en las personas directa o indirectamente involucradas. Para otras personas, esta decisión, no tiene mayor impacto por lo que pueden continuar su vida sin dificultad alguna.

*Derechos del niño.-* Con motivo del décimo aniversario de la convención de los Derechos del Niño y del Adolescente dio a conocer los 10 principios que protegen a los niños; estos son: 1) derecho a la igualdad, 2) derechos a la protección especial fomentando el adecuado crecimiento físico, mental y social, 3) derecho a tener un nombre propio y una nacionalidad, 4) derecho a la alimentación, vivienda y atención médica, 5) derecho a la educación y atención especial para niños física y mentalmente disminuidos, 6) derecho a la

compresión y el amor por parte de las familias y la sociedad, 7) derecho a la educación gratuita, 8) derecho a la atención y ayuda preferente en caso de peligro, 9) derecho a ser protegido contra el abandono y la explotación, y 10) derecho a recibir una educación que fomente la solidaridad, amistad y justicia en el mundo (UNICEF, 2000).

*Jóvenes en riesgo.*- En el último año se ha dado mayor presupuesto para atender a los jóvenes y sus familias cuando presentan factores de riesgo como son la situación de calle, violencia, adicciones, entre otros problemas específicos. De estos programas se han reportado que 23 516 jóvenes fueron rescatados de la calle, 84 633 se les atendió por posibles riesgos comunitarios, a 1 329 394 formaron parte de la atención de algún programa preventivo, y a 250 923 se les atendió para poder apoyar a los jóvenes que estaban presentando problemas de conducta, comunicación o conductas de riesgo.

*Problemas de disciplina.*- Muchos de los padres que se encuentran preocupados porque sus hijos se están exponiendo a diversos riesgos intentan disminuirlos por medio de acciones que resultan ser violentas. En un estudio de Saucedo, Fernández, Cuevas, Fajardo y Maldonado (2006) sobre las medidas disciplinarias que los padres ejercen en niños de 9 a 14 años se encontró que las consecuencias más frecuentes hacia conductas disruptivas como desobedecer, romper reglas, enuresis, etc., las medidas disciplinarias fueron: regaños (93%), castigos físicos (87%), "cinturonazos" (43%), restricción de dinero (33%), y amenaza de informar a alguien fuera de la casa (33%). Estos autores discutieron, en el mismo estudio, acerca de que las acciones tomadas por los padres muchas veces son pocas o nada efectivas y en otros casos son punitivas y agresivas generando mayor rebeldía en los chicos.

*Madres solteras.*- El gobierno federal y los gobiernos locales se han preocupado por establecer programa que buscan apoyar a las madre solteras como son: aumentar la cantidad de guarderías afiliadas al IMSS (1 577) y al ISSSTE (520) hasta SEDESOL ha

inaugurado 8 853 guarderías para aquellas madres que no tienen apoyo social, con el fin de dar alternativas al problema de ser el único sostén y responsable de la familia (Presidencia de la República).

*Adultos mayores.*- El CEDAW en el 2010 menciona que en cuanto a esta población, el IMSS aperó el Programa de Envejecimiento Activo y el proyecto de Servicio de Teleasistencia y Telealarma, para las personas que viven o permanecen solas la mayor parte del día, mantienen comunicación vía operadora para recordar la toma de medicamentos y otros eventos importantes, así como el enlace inmediato con familiares, vecinos, servicios de urgencia, y seguridad pública (65% son mujeres).

La descripción de los problemas anteriores permite tener una visión del escenario y del contexto en que vivimos actualmente, y que son al menos desde donde las familias van desarrollando diferentes estilos de afrontamiento muchos de los cuales pueden ser efectivos, aunque otros no tanto y los pueden llevar a consulta.

La información que acabo de exponer es importante para que el terapeuta familiar logre identificar el contexto en que se desarrollan los consultantes y sus historias, los factores que pueden estar participando en una problemática específica y para poder crear hipótesis con una visión más amplia.

Un ejemplo de cómo podemos, los terapeuta familiares, aprovechar esta información es que una familia puede verse influida por la globalización, debido a la ideología consumista (resumida en “úselo y tírelo”) que caracteriza a este modelo económico, o bien, por no dominar el idioma inglés, el cual pueda ser requisito para acceder a un trabajo o una fuente de ingresos mayor a la actual limitando a una familia de satisfacer sus necesidades básicas (vestido, alimentación, educación, vivienda, etc.).

Otro ejemplo es cómo una familia puede sobrecargarse de estrés por las deudas y los impuestos pendientes reflejados en problemas de relación o desorganización que puede manifestarse como discusiones, desacuerdos, ansiedad, depresión, entre otras formas.

El tema del campo y el turismo son importantes para ubicar el espacio y las características de la comunidad en donde se encuentre inmersa la familia, dado que no se puede intervenir del mismo modo con una familia que vive en una zona rural, una zona turística, una zona arqueológica o la zona metropolitana, esto nos ayuda a hacer un “traje a la medida del consultante”.

Los Derechos Humanos, la justicia y la seguridad son elementos que nos ayudan a identificar dinámicas de violencia que nos sirvan para saber en qué momento debemos canalizar con un abogado, un trabajador social o cualquier especialista.

El conocer el tema de salud preventiva, sexual, reproductiva, mental y de tratamiento es útil para realizar intervenciones respetuosas hacia las decisiones de la familia y para poder ofrecer alternativas posibles para entender algunas problemáticas, como el caso de una enfermedad crónica o un diagnóstico psiquiátrico y el impacto que puede tener en el sistema.

El conocimiento sobre la estructura familiar y el estado en que se encuentra la violencia, la educación y el empleo en cada región, yo considero que, ayuda al terapeuta familiar a poder identificar e intervenir en aquellas pautas hostiles que puedan estar provocando malestar en los consultantes.

Muchas de las familias son, actualmente, influidas por temas como la migración, la delincuencia, el consumo de sustancias, discapacidades, expectativas de género, conductas de riesgo, entre otras situaciones que se convierten con frecuencia en el motivo que lleva a la familia a buscar atención terapéutica.

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

La terapia familiar sistémica, moderna y postmoderna, nos permite comprender la corresponsabilidad no sólo de los actores de un evento, sino también circunscribe la coparticipación entre distintos contextos y la influencia de sistemas más amplios. Es decir, no sólo permite observar la relación y la comunicación entre las personas, sino que involucra creencias, sentimientos, normas culturales, ideología y elementos aportados de los demás contextos en los que participan esas personas, por ejemplo, el hogar, la escuela, el trabajo, la iglesia, por mencionar algunos. Esto puede ser necesario en la atención de familias, porque una de las demandas son los malos entendidos o problemas en la comunicación entre los miembros. Esta característica de la visión sistémica nos permite tener una comprensión más extensa sobre los fenómenos, nos facilita construir una perspectiva de mayor complejidad y de mayor integración, nos evita elaborar explicaciones simplistas, fragmentarias o lineales (Desatnik, 2009).

Como mencionamos anteriormente, la familia se encuentra expuesta a diferentes situaciones derivadas de los distintos contextos en los que se desarrolla cada uno de los miembros de la familia. De tal suerte que la visión sistémica y postmoderna nos permite hacer un “traje a la medida” de cada consultante de forma individual o grupal.

Tanto la postura moderna como la postura postmoderna, en la terapia familiar, abren posibilidades para realizar un trabajo interdisciplinario y transdisciplinario, ya que al tomar en cuenta las relaciones circularmente y así como la construcción de los significados, se tiene la oportunidad de incluir mayor número de voces y miradas sobre los fenómenos que ocurren. Además, se favorece el cuestionarse constantemente acerca del papel y lugar de los profesionales de la salud.

Ambas posturas, aunadas a la cibernética (de primer orden o segundo orden) favorecen la flexibilidad del terapeuta para que sus intervenciones sean adecuadas respecto a la configuración de la percepción que cada consultante tiene sobre su problema, además de



darle mayor capacidad de movilidad que favorezca la colaboración y coparticipación de cada persona.

El punto de vista sistémico enfatiza el no aislar los elementos necesariamente, sino relacionarlos entre sí, con el fin de comprenderlos en su interacción contextual intrínseca. Además vislumbra a los organismos biológicos no como entes aislados, sino como un todo con niveles de organización consigo mismo y con el mundo que los rodea (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Recordemos que tanto el terapeuta como la familia modifican su comportamiento, relación, comunicación e ideología de forma recíproca, cuando se encuentran trabajando terapéuticamente.

La terapia sistémica propone una forma de trabajo que parte de la interacción de distintos contextos y la influencia de estos en el sistema familiar. Mientras que la visión postmoderna sugiere que a través de la conversación se pueden modificar las realidades experimentadas desde la persona y los distintos escenarios en que participan (Limón 2005). Cualquiera de estas posibilidades puede resultar útil para que las familias logren cambiar desde la percepción del problema al escenario en donde tienen lugar las interacciones.

Este enfoque propone el abordaje de una multiplicidad de factores y se interesa por las relaciones entre factores, trata de entender conexiones entre distintas fuerzas que contribuyen para que una situación se presente. No pretende depositar todas las responsabilidades en un solo miembro, sino que considera fuerzas internas y externas al individuo, del contexto, que generan y mantienen cierta situación, por lo tanto, cuando se logra interpretar de forma distinta aquello que ofrece el contexto, inherentemente el funcionamiento del sistema se transforma.

El objetivo principal que persigue la terapia familiar sistémica es dirigir acciones que promuevan el cambio, entendido como la modificación en las pautas preferidas, transformaciones en el modo en que se comunican las familias y formas alternativas de interpretar la realidad personal, de tal modo que se alejen del problema y del sufrimiento

(Sánchez y Gutiérrez, 2000). Estas acciones repercuten en otras personas y otros contextos, de tal modo que el cambio se amplíe en poco tiempo.

Una de las principales aportaciones que genera el paradigma sistémico es que evita patologizar, trata de desprenderse de una praxis diagnóstica, formulando una forma de trabajo particular, ya que al evitar engancharse a la enfermedad permite la flexibilidad suficiente para que las personas actúen, sientan, piensen y perciban su entorno de manera diferente sobre sí mismos y sobre los demás (Desatnik, 2009).

La visión postmoderna de la terapia familiar habla sobre las construcciones sociales que avalan y sostiene diferentes formas de comportamiento y las relaciones de poder. Asimismo, reflexiona sobre las múltiples voces que se presentan en distintos contextos; estas voces provienen de la cultura, la sociedad, la familia y otros contextos que envían mensajes que pueden colocar al consultante en un dilema que se convierta en problema. La mayoría de los problemas que se presentan en terapia, son reforzados por las construcciones sobre la realidad de otras personas, por ejemplo, la familia extensa, el sistema escolar o normas de la comunidad.

La postura postmoderna se preocupa por la construcción de la identidad, como atributo reconstruible a lo largo de la vida, en función a las experiencias personales, las expectativas y demandas culturales transmitido a partir de múltiples voces (habladas, escritas o no verbales) interactuantes en un diálogo con otro. Al ser el problema una construcción que se agrega a la narración que la persona hace sobre su propia identidad, provocando que el problema forme parte de las particularidades del consultante, se intenta separar a la persona del problema, de tal suerte que la narración sea modificada, ya sea por identificar el problema fuera de la persona, o bien, al cambiar el significado de las construcciones personales (Beltrán, 2005; en Eguiluz, 2005). El primer efecto que aparece es la percepción que tienen los demás sobre el cambio propio, y posteriormente, la elección de construcciones que permitan un recuerdo más útil sobre la historia propia.

Una terapia familiar que toma la postura postmoderna tiende a centrarse en las historias generadas por los clientes. Sin embargo, el grado de directividad del terapeuta varía, ya que va desde la reelaboración o edición de las historias a la facilitación de cambios generados por los clientes (Limón, 2005). Una crítica que puedo hacer hacia lo que dice este autor es que el terapeuta con postura postmoderna renuncia a la directividad permitiendo que los procesos tomen un giro de utilidad para el consultante, dejando de ser “el experto” poseedor de una verdad única de lo que se “debe hacer” para que la terapia tenga “éxito”.

El enfoque postmoderno es adecuado en la terapia familiar cuando permite que: las voces internalizadas sean escuchadas sólo cuando ayudan a fortalecer la agencia personal; rompen verdades absolutas; se escucha la necesidad de acción social; se pueden entender las conductas, interacciones y eventos de manera distinta; la relación terapéutica sea horizontal con los clientes. Estos ejes pueden utilizarse en el abordaje de alguno de los problemas que se mencionaron en el apartado anterior, porque son situaciones que afectan de manera directa o indirecta a las personas y a los sistemas, así que nos ayudan a trabajar de forma paralela (individual y familia) produciendo una reflexión en varios contextos (comunidad, trabajo, escuela, etc.).

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

### **1.4 Descripción de los escenarios.**

- **Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FESI).**

La FES Iztacala está ubicada en Avenida de los Barrios número uno, colonia Los Reyes Iztacala, municipio de Tlalnepantla de Baz, en el Estado de México, código postal 54090.

La FES Iztacala cuenta con su propia clínica de atención terapéutica familiar ubicada la sección norte del campus, en el primer piso del edificio de Endoperiodontología. Esta clínica pertenece a la División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, en específico a la Residencia de Terapia Familiar del programa de Maestría en Psicología.

El trabajo desarrollado se encuentra dirigido, tanto a la comunidad universitaria como a la comunidad externa. Cada sesión tiene un costo de cincuenta pesos, que se deberán pagar antes de ingresar a la sesión. Los residentes en terapia familiar trabajan durante 4 semestres atendiendo los casos que solicitan el servicio.

Los materiales con los que se cuentan en la clínica son: un espejo unidireccional, un reloj, un par de teléfonos intercomunicadores, una televisión, 30 asientos, una computadora, un disco duro, un archivero, hojas de consentimiento informado, un equipo de supervisión y uno o dos supervisores.



**Foto 1.** Edificio de Endoperiodontología



**Foto 2.** Cámara de Gesell de la Clínica de Terapia Familiar de Iztacala



Foto 3. Sala de observación de la clínica



Foto 4. Área de terapia de la clínica de terapia familiar

- **Clínica Familiar “Tlalnepantla” del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).**

La clínica está ubicada en la Calle de Xalpa número 68 de la colonia Valle Ceylán en el Municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México.

La Clínica Familiar Tlalnepantla del ISSSTE posee un convenio con la FES Iztacala, el cual permite que los residentes, de terapia familiar, puedan realizar actividades terapéuticas dirigidas a atender a los derechohabientes y a sus familias. La estancia, en esta sede, en mi caso fue de dos semestres.

Los recursos materiales con que se desarrolla el trabajo son: un cubículo de 14m<sup>2</sup>, una televisión, una cámara de video, un pizarrón blanco, plumones de pizarrón, 15 asientos para los asistentes, el equipo de supervisión y un supervisor.



Foto 5. Fachada de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Tlalnepantla



Foto 6. Espacio de donde se lleva a cabo la intervención con los consultantes

- **Clínica del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco (CCH-A).**

El CCH Azcapotzalco está ubicado en la Avenida Aquiles Serdán número 2060 en la colonia Ex Hacienda el Rosario en la delegación Azcapotzalco, México, Distrito Federal.

El CCH Azcapotzalco tiene entre sus diferentes servicios de atención al alumno y un acuerdo con la FES Iztacala para que los residentes de terapia familiar puedan realizar trabajo comunitario, que consiste en atender terapéuticamente, de manera gratuita, a docentes, personal administrativo, estudiantes y sus familiares.

Este escenario incluye una cámara de Gesell compuesta por: un espejo unidireccional, una televisión, 11 butacas de observación, una cámara de video digital, sillones para el terapeuta y los consultantes, un interfón, un espacio con dos mesas grandes y sillas para la reflexión de los casos.



**Foto 7.** Sala de sesión del CCH Azcapotzalco



**Foto 8.** Sala de observación del CCH Azcapotzalco



**Foto 9.** Reflexión de casos CCH Azcapotzalco

### **1.5 Análisis sistémico de los escenarios.**

- **Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FESI).**

La Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala posee instalaciones adecuadamente condicionada para su adecuado funcionamiento.

La organización de las actividades dentro de la clínica se encuentra coordinadas por la responsable de la Residencia en Terapia Familiar en colaboración con el equipo terapéutico (supervisores y residentes). Entre las actividades que desarrollan los residentes se encuentran: entregar la relación de pacientes atendidos, revisar el adecuado funcionamiento de los aparatos electrónicos, asegurar el buen uso de los materiales con los que se cuenta, participar como equipo de observación (sólo al cursar el primer semestre), y retroalimentar, tanto a supervisores como a compañeros, en aspectos relacionados a la práctica clínica.

A la clínica, antes mencionada, los pacientes acuden por medio de las siguientes vías de canalización:

1. La clínica universitaria de salud integral (CUSI).
2. Escuelas de educación básica, media y media superior aledañas.
3. Los pacientes atendidos exitosamente en el pasado y en el presente.
4. Planta docente y administrativa del campus, así como estudiantes del mismo.
5. Contacto directo, por ejemplo, aquellos que piden informes directamente.
6. Canalización de los mismos estudiantes de la maestría.

Los participantes que se interrelaciona, directa o indirectamente, en la clínica son: El sistema terapéutico (la supervisión, el equipo de supervisión y observación, y la familia consultante); instituciones (Instituto Nacional de Neurología, Instituto Nacional de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, por mencionar algunas); asociaciones de acción social (organizaciones no gubernamentales, asociaciones civiles, comités ciudadanos y redes de apoyo); profesionales de la salud (terapeutas, odontología, enfermería, psiquiatría y tratamientos alternativos); a otras residencias (psico-neurología, adolescencia, medicina conductual, adicciones, infantil, organizacional y ambiental); a

otros profesionales (asesoría legal, intervención médica y centros de información); y los contextos en que se encuentran inmersos los miembros del sistema terapéutico (trabajo, escuelas, hogar, familia extensa, etc.).

Los motivos de consulta con los que se trabajó fueron: violencia intrafamiliar, acoso escolar, desempleo, ideas e intentos suicidas, problemas en la comunicación con los hijos, miedo, divorcio, homosexualidad, sobreinvolucración de la familia extensa, por mencionar sólo algunos.

Los objetivos que cumple esta clínica son: 1) formar a los residentes, 2) permitir el desarrollo de habilidades terapéuticas, 3) propiciar el trabajo clínico, el cual repercute en las horas de práctica supervisada, 4) favorecer las actividades académicas, 5) ofrecer una alternativa económicamente accesible a la comunidad de bajos recursos, 6) realizar tareas de prevención, 7) atender los problemas que enfrenta la comunidad, 8) propiciar el cambio en la familia, y 9) detectar y atender conductas de riesgo.

- **Clínica del Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado “Tlalnepantla” (ISSSTE).**

El ISSSTE facilita sus instalaciones para la incorporación de los residentes en terapia familiar.

En la organización participa, tanto por personal del ISSSTE como los supervisores y alumnos de la FESI. Entre el personal del ISSSTE podemos mencionar al director de la clínica, el área de enseñanza que coordina los procedimientos administrativos y el área de psicología, que lleva registro de los pacientes atendidos, además de asignar los casos que se atenderán durante el semestre. La otra parte, el equipo de supervisión, incluye los supervisores y los terapeutas residentes.



La manera en que los pacientes son canalizados para obtener el servicio, es por:

1. El médico familiar.
2. El médico especialista adscrito a la clínica.
3. El Hospital de Especialidades Médicas de “Tacuba”.
4. Sugerencia directa del personal médico.

Entre los motivos de queja más frecuentes tenemos: miedo en niños, separación y divorcio, depresión, ansiedad, violencia intrafamiliar, anorexia, enuresis, encopresis, problemas en la comunicación, dificultades interaccionales, rigidez de conducta parental, abuso sexual, entre otros.

Los objetivos que se persiguen en este escenario clínico son: 1) formar a los residentes con una visión sistémica en un espacio médico, 2) funcionar como una alternativa ante los efectos que provoca algún diagnóstico, 3) tener contacto con problemáticas más complejas o crónicas. A partir de la descripción que tienen los médicos y las propias familias se establecen estrategias que proporcionen el cambio en la problemática que presentan los consultantes.

- **Clínica del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco (CCH-A).**

El CCH presta sus instalaciones ubicadas en el edificio llamado SILADIN para que se lleven a cabo las sesiones de terapia.

La organización en dicho escenario busca conservar en óptimas condiciones el mobiliario y el equipo de audio y/o video. Se compone de la participación de los encargados del SILADIN y los alumnos de la maestría.

Las personas implicadas en el trabajo que se desarrolla en la clínica del CCH son: las autoridades del plantel y el área de psicopedagogía en colaboración con la responsable de la residencia y el sistema terapéutico.

Las fuentes de referencia que se encargan de enviar pacientes son: los docentes, el área de psicopedagogía, los padres de familia, y los mismos alumnos.

Las problemáticas atendidas, en dicha sede, fueron: adicciones, problemas de relación entre padres e hijos, homosexualidad, bajo rendimiento académico, dificultad para poner límites y consecuencias a los hijos, problema en las relaciones significativas, inseguridad, sexualidad infantil, separación conyugal, duelo, desorganización familiar, violencia, entre otros.

Algunos de los objetivos que cumple este servicio son:

- 1) apoyo estudiantil,
- 2) atención oportuna para alumnos, trabajadores, docentes y sus familias,
- 3) dar un servicio cuya propuesta se adapta a las necesidades de la población y
- 4) comprender el proceso de la adolescencia, así como la evolución familiar, de tal modo que los efectos benefician a los miembros del sistema en diferentes contextos.

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

- **Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FESI).**

El procedimiento de atención en la clínica consta de los siguientes pasos:

1. Los consultantes llenan una papeleta con sus datos generales y el motivo de consulta, ésta la depositan en el buzón que se encuentra junto a la puerta principal de la clínica.
2. La persona responsable de revisar el buzón recolecta los formatos llenos, elabora una base de datos de las personas que solicitaron el servicio y la reparte entre los residentes, para que cada uno tenga los datos de la familia que atenderán en breve.
3. Cada residente realiza una llamada telefónica, con el fin de conocer más detalles sobre la conformación familiar y la problemática, asimismo establece el joining e informa el horario y día en que la sesión tendrá lugar.
4. Se inicia el proceso terapéutico con la presentación del terapeuta y la familia, el terapeuta explica el funcionamiento y características de la clínica y del tipo de trabajo. Se procede a que los todos los asistentes firmen la hoja de consentimiento informado para grabar en audio y/o video las sesiones.
5. Cuando los consultantes experimentan cambios y analizan los objetivos propuestos (aún en la primera sesión) se analiza la continuidad o suspensión del proceso terapéutico.
6. Cada residente entrega un breve reporte sobre las familias que atendió, con el fin de tener mayor control sobre las actividades realizadas.
7. El material clínico se respalda, por familia, en un disco duro y sobres etiquetados. Después se procede a sellar cada sobre, para mantener la confidencialidad de cada familia.

- **Clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado “Tlalnepantla” (ISSSTE).**

El protocolo de atención que se realiza en la clínica Tlalnepantla del ISSSTE incluye los siguientes pasos:

1. El derechohabiente acude con el médico familiar que le corresponde. Durante la consulta se comenta la queja. El médico extiende un pase al servicio de psicología.
2. En el área de psicología se toman los datos del motivo de consulta, ficha de identificación y se elabora un familiograma.
3. Los datos son asignados a los residentes en turno para que éstos se encarguen de entrevistar vía telefónica y dar cita a los consultantes.
4. El proceso terapéutico tiene lugar en el consultorio número 12 de dicha clínica. En un mismo cubículo se colocan frente a frente el consultante y el terapeuta encargado y detrás del paciente se encuentra el equipo de supervisión conformado por 4 a 9 terapeutas en formación y un supervisor.
5. Se continúa el proceso terapéutico hasta que el motivo de consulta se haya resuelto. Una vez que así suceda se prepara el cierre del proceso.
6. Se entrega copia del material clínico que se haya generado durante las sesiones junto con las actas de sesión.

- **Clínica del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco (CCH-A).**

El procedimiento de atención que se sigue en el CCH Azcapotzalco es:

1. Docentes y personal administrativo contactan directamente al área de psicopedagogía para que los canalice a terapia familiar. Los alumnos son identificados, por medio del rendimiento académico general que reflejen en sus materias.
2. El área de psicopedagogía hace llegar los datos a los residentes asignados a dicha sede.
3. Los residentes se encargan de contactar a los pacientes y programar una cita.

4. El proceso terapéutico continúa con sesiones quincenales hasta que el consultante cubre los objetivos que se planteó o hasta que resuelve la situación que lo hizo acudir, una vez alcanzado se acuerda dar por terminado el proceso terapéutico.
5. Al final de cada semestre, los supervisores y los residentes, elaboran un reporte de pacientes atendidos.

En la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria también se imparte la residencia en Terapia Familiar. Sin embargo, en este trabajo, no me detendré en hacer grandes descripciones, puesto que el trabajo aquí reportado tuvo como lugar la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala (FESI).

La figura que se presenta a continuación está relacionado con los contextos en que participa cada miembro o equipo de trabajo (como el ámbito: social, institucional, ideológico, salud, educativo, familiar, laboral, emocional y relacional), los cuales se encuentran en constante retroalimentación bidireccional, de tal modo que esta representación será didácticamente y sólo contendrá las sedes relacionadas con la FES Iztacala:

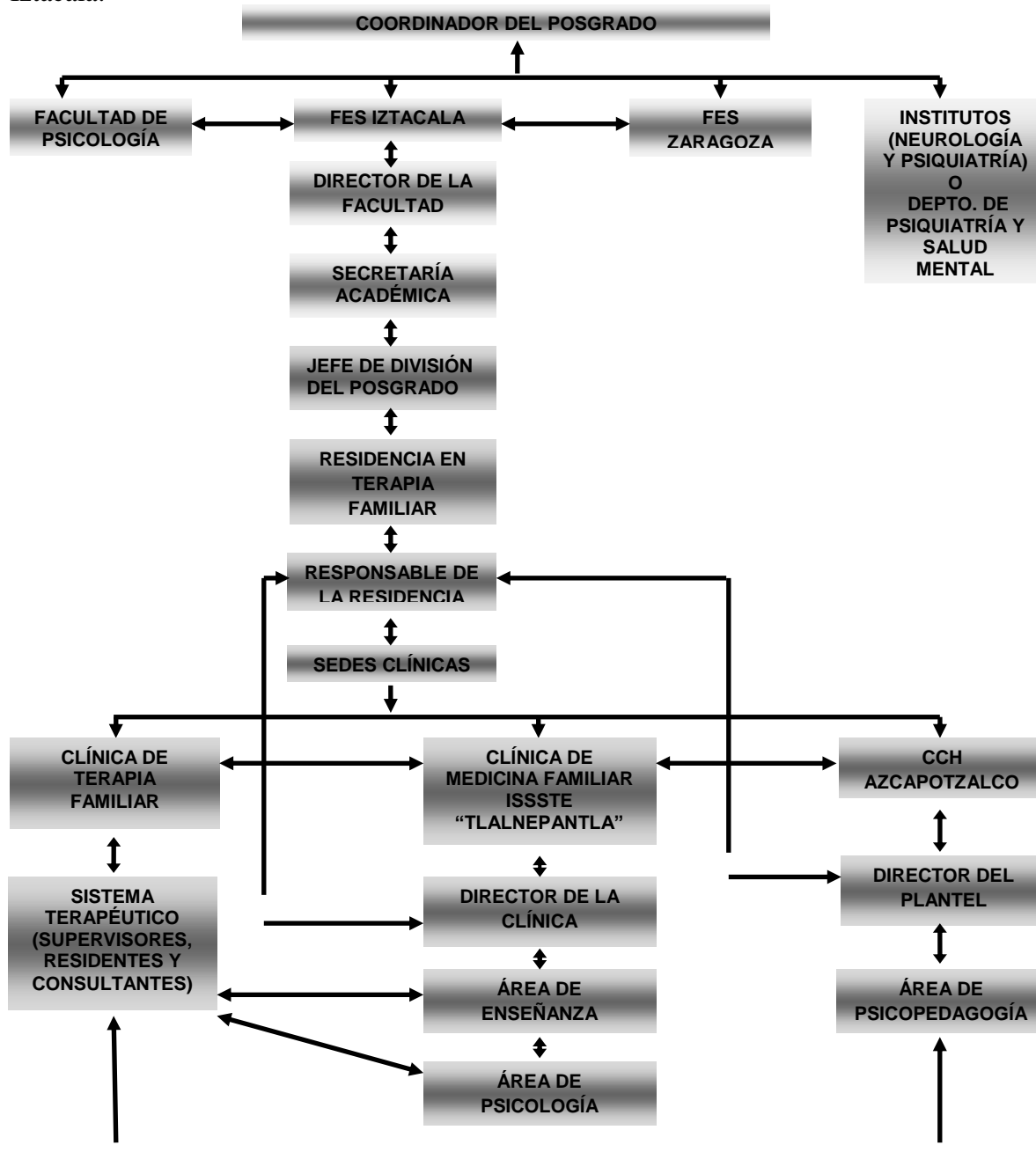


Figura 1. Organigrama de las sedes en donde trabajan los residentes de Terapia Familiar.



# CAPÍTULO 2.

## MARCO TEÓRICO

*Quelquefois que nous cherchons éviter la responsabilité sur notre comportement, nous lui faisons déchargant la responsabilité sur autre personne, organisation ou Institution. Mais cette signifie que nous avons remettu notre pouvoir.*

*M. Scott Peck*

*A veces se trata de evitar la responsabilidad de nuestro comportamiento, nosotros recargamos nuestra responsabilidad sobre otra persona, organización o Institución. Pero esto significa que le damos nuestro poder.*

## II. MARCO TEÓRICO.

Seulement nous existons pour nous,  
Quand nous existons pour les autres.  
**Leon Tolstoi**

*Solamente existimos para nosotros,  
Cuando existimos para los otros.*

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

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

##### 2.1.1 TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS.

###### Introducción.

La propuesta de la Teoría General de los Sistemas se desprende de tres fundamentos: el primero, la teoría de los sistemas fue explicada por distintas ciencias como Física, Química, Biología, Psicología, entre otras; el segundo, el de la tecnología de los sistemas, que propone que los problemas surgen de la interacción entre tecnología y sociedad; y el tercero, la filosofía de los sistemas se dirige a la reorientación del pensamiento y la visión del mundo (Bertalanffy, 1991).

###### Antecedentes.

Köhler (1924; citado por Bertalanffy 1991) trabajó la Teoría General de los Sistemas aplicada a la Física. En una publicación posterior (1927) Köhler planteó que esta teoría podía encaminarse a explicar las propiedades más generales de los sistemas inorgánicos, dejando el bosquejo de lo que serían los sistemas abiertos. Lotka (1925) retomó las ideas de Köhler para proponer que se podían aplicar tanto a la estadística como a la biología de los seres individuales, vistos como un conjunto de células en interacción. Estos trabajos fueron ampliados por Whitehead (1925) con el mecanicismo orgánico y con Cannon (1929) con el concepto de la homeostasis.

La teoría de sistemas permite percibir a los organismos biológicos no como entes aislados, sino como un todo dentro de la intervención sistémica para verlos con niveles de



organización consigo mismos y con el mundo que los rodea a través de estímulos reales (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Mortz Schlick (1940) repensó la teoría de los sistemas agregando que la sociedad trabajaba como un gran sistema, desde una visión neopositivista.

En 1954, en Palo Alto, se desarrolló el “Center for Advanced Study in the Behavioral Sciences”; en éste participaban el biomatemático Anatol Rapoport, el filósofo Richard Gérard y el biólogo Ludwing Von Bertalanffy. Las funciones de este centro fueron: 1) investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos y fomentar provechosas transferencias de conocimientos; 2) estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos; 3) minimizar la repetición de esfuerzo teórico en diferentes campos; y 4) promover la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre especialistas (Bertalanffy, 1991).

### **Exponentes.**

La Teoría General de los Sistemas, desarrollada por Ludwig Von Bertalanffy, es la exploración científica del todo y de sus totalidades, en yuxtaposición al modelo reduccionista y mecanicista, que se consideraba, hasta no hace mucho, como parte de la metafísica (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Bertalanffy (1991) jerarquizó los sistemas existentes de la siguiente forma: estructuras estáticas (átomos, moléculas y cristales), relojería (relojes y modelos de sistema solar), mecanismos de control (termostatos y circuitos reguladores), sistemas abiertos (metabolismo y DNA), organismo vegetaroides (línea germinal y soma), animales (sistema nervioso, aprendizaje y conciencia), hombre (simbolismo, yo, conciencia y lenguaje), sistemas socioculturales (comunidades y cultura), y sistemas simbólicos (lenguaje, lógica, ciencia, arte, moral, etc.).

### **Principales aportaciones.**

La concepción de sistemas parte de los siguientes postulados: “El pensamiento contextual y la organización sistémica circular, esto es, la conducta de un miembro de la familia (sistema) afecta o está relacionada con el número de miembros de la familia” (Bertalanffy, 1991, p. 88).

Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. La totalidad del sistema está interactuando por las cualidades individuales de la suma de elementos y esta organización interactúa, se forma y se rige por la predicción y consistencia de cada uno de éstos; el compartimiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema. La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas. Dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, éstas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente determinados por las generaciones y función. Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales; esto es, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C, D, etc.

Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis. La tendencia central principal de un sistema es mantener el equilibrio, los sistemas y las familias rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción o la entropía, sino que también estos cambios pueden darse por el principio de crecimiento o morfogénesis. La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos. Todos estos cambios realizan una fuerza o inercia de retroalimentación en todos y cada uno de los miembros del sistema familiar; así, la estructura del mundo es cambiante como debería serlo la estructura familiar (Bertalanffy, 1991).

La Teoría General de los Sistemas de Bertalanffy no incluye técnicas particulares. Los conceptos fundamentales que proponen son: adaptabilidad, crecimiento, competencia, totalidad, suma, mecanización, centralización y finalidad.

- Adaptabilidad*: Es la propiedad que tiene un sistema de aprender y modificar un proceso, un estado o una característica de acuerdo a las modificaciones que sufre el contexto. Esto se logra a través de un mecanismo de adaptación que permita responder a los cambios internos y externos a través del tiempo.
- Estructura*: Las interrelaciones más o menos estables entre las partes o componentes de un sistema, que pueden ser verificadas (identificadas) en un momento dado, constituyen la estructura del sistema.
- Circularidad*: Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza retroactivamente la manifestación de A.
- Equifinalidad*: Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales.
- Retroalimentación o Feedback (positivo o negativo)*: La retroalimentación se produce cuando las salidas del sistema o la influencia de las salidas de los sistemas en el contexto, vuelven a ingresar al sistema como recursos o información.
- Permeabilidad*: La permeabilidad de un sistema mide la interacción que este recibe del medio, se dice que a mayor o menor permeabilidad del sistema el mismo será más o menos abierto.
- Entradas*: Las entradas son los ingresos del sistema que pueden ser recursos materiales, recursos humanos o información.
- Integración e independencia*: Se denomina sistema integrado a aquel en el cual su nivel de coherencia interna hace que un cambio producido en cualquiera de sus subsistemas produzca cambios en los demás subsistemas y hasta en el sistema mismo.
- Recursividad*: Proceso que hace referencia a la introducción de los resultados de las operaciones de un sistema en él mismo, es decir, retroalimentación continua.
- Homeostasis*: Proceso de mantenimiento de la organización del sistema a través de feedback negativo que operan ante variaciones de las condiciones del ambiente,

corresponden a las compensaciones internas al sistema que sustituyen, bloquean o complementan estos cambios con el objeto de mantener invariante la estructura sistémica (Bertalanffy, 1991).

- Morfogénesis*: Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante feedback positivo o retroalimentación positiva.
- Morfoestasis*: Son los procesos de intercambio con el ambiente que tienden a preservar o mantener una forma, una organización o un estado dado de un sistema (equilibrio, homeostasis, retroalimentación negativa o feedback negativo).
- Entropía*: El segundo principio de la termodinámica establece el crecimiento de la entropía, es decir, la máxima probabilidad de los sistemas es su progresiva desorganización y caos. Los sistemas cerrados están irremediabilmente condenados a la desorganización.
- Negentropía*: Se refiere a la energía que el sistema importa del ambiente para mantener estables su organización y sobrevivir.

### **Consideraciones.**

La Teoría de los Sistemas es útil cuando asiste una familia a terapia, ya que podemos vislumbrar que las modificaciones que ésta haga en su comportamiento genere una alteración en la conducta del resto del sistema al cual pertenece. Otro punto importante, de la Teoría de Sistemas, es que nos permite reflexionar acerca de la forma en que nos aproximamos al sistema, cómo éste nos recibirá y hasta donde podremos jugar entre el homeostasis - cambio del mismo para cumplir los objetivos terapéuticos.

Finalmente, es relevante el funcionamiento y comportamiento de los sistemas para poder comprender la función que está cumpliendo el síntoma, o bien, identificar el dilema que está llevando a desequilibrar al consultante.

La Teoría General de los Sistemas aporta información sobre el comportamiento y el funcionamiento de los sistemas, información que puede enriquecer al terapeuta familiar para proveer el impacto que puede tener cada intervención en cada miembro del sistema y así entender las inquietudes de los consultantes de una forma integral, como individuos y

como grupo. También nos permite entender el reacomodo que puede tomar la familia a través del proceso terapéutico.

## **2.1.2 TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN.**

### **Introducción.**

El origen del estudio de la comunicación humana surge en campos tales como la ingeniería de comunicaciones, la Cibernética, la Antropología y la Teoría de los Sistemas. El enfoque comunicacional de los fenómenos de la conducta humana se basa en las manifestaciones observables sobre la relación en el sentido amplio y no en su naturaleza. Se fundamenta en la necesidad social de simbolizar toda la experiencia humana, también de conocer la influencia circular que uno tiene consigo mismo y los demás (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006).

La Teoría de la Comunicación logró demostrar que los procesos comunicativos modifican la conducta, a través de un intercambio de información verbal y no verbal. Además, afirmó que en la estructura de los sistemas se encuentran una serie de reglas invisibles, es decir, metacomunicación que alteran la retroalimentación (Bosch, 2006).

### **Antecedentes.**

En 1950 tiene lugar la conferencia de Macy, en donde se propone la introducción de la Cibernética a las ciencias sociales. A partir de este año comienza esta Fundación a obtener recursos para estudiar la comunicación en animales, tema que le interesa para comprender cómo es la comunicación entre humanos, así que Weakland, Haley, Satir, Riskin, Fry y Watzlawick unen esfuerzos para desarrollar esa investigación. Posteriormente se les une Jackson, quien se interesó por la “homeostasis familiar”.

Jackson fundó el MRI en noviembre de 1958. El grupo estaba formado originalmente por Jules Riskin y Virginia Satir. Posteriormente se unieron Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick y Gregory Bateson. Este grupo se interesó por aplicar sus hallazgos, acerca de la comunicación, a la psicoterapia y estudiar a la familia como un sistema

gobernado por un conjunto de reglas, esto da pie para la fundación del Mental Research Institute (MRI).

El modelo de la comunicación humana fue precursor en la Terapia Familiar, durante las décadas de 1950 hasta 1980, los pioneros de este modelo fueron los miembros del estudio del modelo de la comunicación de la esquizofrenia, desarrollada por Don J. Jackson y Jay Haley en el Mental Research Institute (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2006).

### **Exponentes.**

Entre los principales exponentes están: Paul Watzlawick, nacido en Villach, Austria, en 1921. Tras estudiar filosofía y lenguas modernas en la Universidad de Venecia y, posteriormente, hizo prácticas de psicoterapia en el Carl Jung Institute de Zúrich, Suiza. Entre 1957 y 1960 ejerció como docente en la Universidad de San Salvador, antes de integrarse en el Mental Research Institute de Palo Alto, California, donde permaneció hasta el final de su carrera académica, que incluye la docencia en la Universidad de Stanford. Trabajó cerca de Bateson y Don Jackson. Con Jackson y Beavin publicó en 1969 “Human Communication”, en el que se sentaban las bases de su visión sistémica que girará en torno a la comunicación y la percepción de la realidad. Fue doctor ‘honoris causa’ por las Universidades de Lieja, Burdeos y Buenos Aires. Falleció en Palo Alto, California el 31 de marzo de 2007.

Don Jackson, quien trabajó con la comunicación entre las parejas y, posteriormente, creó la publicación Family Process; Jay Haley, se interesó por trabajar los juegos de poder alrededor de la comunicación; y Bateson se encargó de hacer un análisis riguroso para conocer los niveles de la comunicación (significado y significante, tipos lógicos, lineal y metafóricos, y aprendizaje-cognición).

### **Principales aportaciones.**

La Teoría de la Comunicación Humana se fundamenta en cinco axiomas presentes en cualquier tipo de interacción, citados en el libro *Teoría de la Comunicación Humana* de Watzlawick, Beavin y Jackson (2006). Estos se resumen en:

- 1) *“Es imposible no comunicar”* (p. 49), llamamos **mensaje** a cualquier unidad comunicacional básica. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibirán el nombre de **interacción**. No hay nada que sea contrario a la conducta. En otras palabras, no hay no-conducta, es imposible no comportarse. Ahora bien, si se acepta que toda conducta en situación de interacción tiene un valor de mensaje, entonces siempre hay información que se transmite, entre las personas, de forma voluntaria e involuntaria.
  
- 2) *“Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional”* (p. 52), toda interacción implica un compromiso y, por ende, define la relación. Esta es otra manera de decir que una comunicación no solo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone conductas. Estas dos operaciones, según Bateson, se conocen como los aspectos "referenciales" y "conativos", respectivamente, de la comunicación. El aspecto referencial de un mensaje transmite información y, por ende, en la comunicación humana es sinónimo de **contenido** del mensaje. El aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y por ende, en última instancia, la **relación** entre los comunicantes. El aspecto referencial transmite los datos de la comunicación, y el conativo, cómo debe entenderse dicha comunicación.
  
- 3) *“La puntuación en la secuencia de los hechos”* (p. 56), en una secuencia prolongada de intercambio; los organismos participantes puntúan la secuencia de modo que uno de ellos o el otro tiene la iniciativa, predominio, dependencia, etc., es decir, establecen entre ellos patrones de intercambio (acerca de los cuales pueden o no estar de acuerdo) y dichos patrones constituyen en sí reglas de contingencia con respecto al intercambio de refuerzos. La puntuación organiza los hechos de la conducta y, por ende, resulta vital para las interacciones en marcha. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es causa de incontables conflictos.
  
- 4) *“Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente”* (p. 61), en la comunicación humana es posible referirse a los objetos de dos maneras totalmente

distintas. Estos dos tipos de comunicación, uno por semejanza autoexplicativa y el otro, mediante una palabra, son, desde luego equivalentes a los conceptos de las computadoras analógicas y digitales, respectivamente. En la comunicación **analógica** que es virtualmente, todo lo que sea comunicación no verbal, hay algo particularmente "similar a la cosa" en lo que se utiliza para expresarla. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje **digital** cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

- 5) “*La interacción puede ser simétrica (conducta recíproca) o complementaria (diferenciación relacional)*” (68 pp.), Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia. **Relación simétrica:** Cuando los participantes tienden a igualar su conducta recíproca. Esta relación se caracteriza por la igualdad y la diferencia mínima. **Relación complementaria:** La conducta de uno de los participantes complementa a la del otro, constituyendo un tipo distinto de gestalt. Esta relación está basada en un máximo de diferencia. En una relación complementaria hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa la posición superior o primaria, mientras que el otro la posición inferior o secundaria.

La Teoría de la Comunicación Humana, vista desde la mirada de Watzlawick, Beavin y Jackson (2006) en su libro *Teoría de la Comunicación Humana*, contempla que en cada uno de sus axiomas se desprenden situaciones patológicas que pueden convertirse en la queja del consultante, entre estas situaciones tenemos:

- 1) Imposible no comunicar (p. 73).

**Rechazo de la comunicación:** La persona A puede evitar tener un intercambio con la persona B, obstaculizando que el mensaje sea compartido verbalmente, o bien, puede retirarse del escenario.



***Aceptación de la comunicación:*** La persona A entabla con diálogo con la persona B, en éste se intercambia conducta (pensamientos, sentimientos, creencias y acciones) y mensajes verbales, de tal modo que establecen una relación.

***Descalificación de la comunicación:*** Esta se produce cuando alguna de las personas resta valor a lo que le está comunicando la otra, puede ser cambiando el tema, dirigiendo la atención hacia sí misma, incluyendo contradicciones, utilizando oraciones incompletas o generando malentendidos. No es sorprendente que recurra habitualmente a este tipo de comunicación todo aquel que se ve atrapado en una situación en la que se siente obligado a comunicarse, pero al mismo tiempo desea evadir el compromiso inherente a toda comunicación.

***El síntoma como comunicación:*** La comunicación a través del síntoma tiene como función expresar alguna pauta en el sistema que está resultando inadecuado para su óptimo desarrollo.

- 2) La estructura de niveles de la comunicación (contenido y relación) (p. 80).
  - a) Los participantes están en desacuerdo en el nivel del contenido, pero ello no perturba su relación. Acuerdan estar en desacuerdo.
  - b) Los participantes están de acuerdo en el nivel del contenido pero no en el relacional. Esto significa que la estabilidad de la relación se verá amenazada en cuanto deje de existir la necesidad de acuerdo en el nivel contenido.
  - c) Otra posibilidad son las confusiones entre los dos aspectos "contenido y relación". Puede consistir en un intento por resolver un problema relacional en el nivel de contenido (donde no existe) o por el contrario, en una reacción frente a un desacuerdo objetivo con una variación del reproche básico: "si me amaras no me reprocharías":
  - d) Por último, aquellas situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo u otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel de contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital con otra persona. Esto lleva a pautas de comunicación paradójica.

Cuando hay acuerdo en el nivel de contenido pero desacuerdo en el nivel de relación, en el campo metacomunicacional se puede:

**Confirmación.** Validar a la persona y la relación: por ejemplo aceptar la definición que A da de sí mismo. Parecería que completamente aparte del mero intercambio de información el hombre *tiene* que comunicarse con los otros, para compartir su autopercepción y percatación, y la verificación experimental de este supuesto intuitivo se hace cada vez más convincente a partir de las investigaciones de la privación sensorial, que demuestra que el hombre es incapaz de mantener su estabilidad emocional durante periodos prolongados en que solo se comunica consigo mismo. Una sociedad puede considerarse humana en la medida en que sus miembros se confirman entre sí.

**Rechazo:** La segunda repuesta posible de B frente a la definición que A da de sí mismo consiste en rechazarla. Sin embargo, por penoso que resulte, el rechazo supone por lo menos un reconocimiento limitado de lo que rechaza, y por ende, no niega necesariamente la realidad de la imagen que A tiene de sí mismo.

**Desconfirmación:** La tercera posibilidad es quizás, la más importante, tanto desde el punto de vista pragmático como desde el psicopatológico. Se trata del fenómeno de la desconfirmación que, como veremos es muy diferente al rechazo directo que la definición que el otro hace de sí mismo. Mientras que el rechazo equivale al mensaje: "estas equivocado", la desconfirmación afirma de hecho: "Tu no existes". O para expresarlo en términos más rigurosos, si en lógica formal se identificaran la confirmación y el rechazo del self del otro con los conceptos de verdad y falsedad, respectivamente, entonces la desconfirmación correspondería al concepto de indeterminación, que pertenece a un orden lógico distinto.

3) La puntuación de los hechos (p. 93).

**Causa y efecto.-** La puntuación discrepante lleva a visiones distintas de la realidad, incluyendo la naturaleza de la relación y, por ende, a un conflicto interpersonal, interaccional, etc.

**Profecía autocumplidora:** Se trata de una conducta que provoca en los demás la reacción frente a la cual esa conducta sería una reacción apropiada. Lo que se puede

observar en términos pragmáticos, es que, la conducta interpersonal del individuo muestra esa clase de redundancia y que ejerce un efecto complementario sobre los demás, forzándolos a sumir ciertas actitudes específicas. Lo que caracteriza la secuencia y la convierte en un problema de puntuación es que el individuo considera que él solo está reaccionando ante esas actitudes y no que las provoca.

4) Comunicación analógica y digital (p. 97).

El material de los mensajes analógicos es sumamente antitético; se presta a interpretaciones digitales muy distintas y a menudo incompatibles. Así, no solo le resulta difícil al emisor verbalizar sus propias comunicaciones analógicas, sino que, si surge una controversia interpersonal en cuanto al significado de una comunicación analógica particular, es probable que cualquiera de los dos participantes introduzca, en el proceso de traducción al modo digital, la clase de digitalización que concuerde con su imagen de la naturaleza de la relación.

Los errores básicos que se comenten al traducir de un modo de comunicación al otro es el supuesto de que un mensaje es por naturaleza afirmativo o denotativo, tal como lo son los mensajes digitales. Todos los mensajes analógicos invocan significados a nivel relacional, y que, por lo tanto, constituyen propuestas acerca de las reglas futuras de la relación.

El lenguaje digital posee una sintaxis lógica que lo hace particularmente apto para la comunicación en el nivel de contenido. Pero al traducir el material analógico al lenguaje digital, deben introducirse las funciones lógicas de verdad, pues éstas faltan en el modo analógico. Tal ausencia se vuelve notable en el caso particular de la negación, ya que falta el equivalente del "no" digital.

5) Interacción simétrica y complementaria (p. 104).

**Escalada simétrica.** En una relación simétrica existe siempre el peligro de la competencia. En una relación simétrica sana, cada participante puede aceptar la "mismidades" del otro, lo cual lleva al respeto mutuo y a la confianza en este respeto, e implica una confirmación realista y recíproca del self. Cuando una relación simétrica se derrumba, por lo común se observa más bien el rechazo que la desconfirmación del self.

***Complementariedad rígida.***- La patología de las relaciones complementarias equivalen en general a la desconfirmación del self del otro. Por lo tanto, son más importantes desde un punto de vista psicopatológico que las peleas más o menos abiertas de las relaciones simétricas. Este cuadro a menudo cambia dramáticamente cuando se los observa en compañía de su "complemento": entonces se hace evidente la patología de la relación. Los patrones de relación simétrica y complementaria pueden estabilizarse mutuamente, y los pasajes del uno al otro constituyen así importantes mecanismos homeostáticos. Esto posee una consecuencia terapéutica a saber que, al menos en teoría, es posible provocar un cambio terapéutico de manera muy directa introduciendo la simetría en la complementariedad o viceversa durante el tratamiento. El contenido pierde importancia a medida que surgen los patrones comunicacionales. Ninguna aseveración aislada puede ser simétrica, de superioridad complementaria, o de ningún otro tipo. Lo que se necesita para "clasificar" un mensaje dado es, naturalmente, la respuesta del otro participante. Es decir, lo que permite definir las funciones de la comunicación no es algo inherente a ninguna de las aseveraciones como entidades individuales sino a la relación entre dos o más respuestas.

### **Consideraciones.**

Los aspectos a considerar sobre la Teoría de la Comunicación Humana son que como terapeutas trabajamos con el lenguaje, verbal y no verbal, y el impacto que éste tiene sobre la interacción de las personas. Algunas veces podemos olvidar que los axiomas se encuentran presentes en la comunicación y que las alteraciones en las interacciones pueden provocar relaciones patológicas que originen un motivo de consulta. Posiblemente ésta sea una herramienta muy útil para aplicar durante el proceso clínico, así como en la comprensión de los procesos convencionales.

Asimismo, nos ayuda a encontrar estrategias útiles cuando los consultantes llegan implicados en comunicaciones paradójicas que se manifiestan en dobles vínculos y transacciones familiares poco útiles. Recordemos que los problemas dentro del sistema familiar, muchas veces, están asociados a que una de las personas puede encontrarse en un

nivel de comunicación distinto al del otro o a creencias cristalizadas que perturban la comunicación entre los miembros.

La Teoría de la Comunicación Humana puede ser aprovechada por el terapeuta familiar no sólo para verbalizar la información que se transmite entre los miembros de la familia y el terapeuta, sino para evidenciar intenciones, motivaciones y afectos que podrían dejarse de lado. Un terapeuta familiar con cierta experiencia puede transmitir mensajes de forma verbal y no verbal, dependiendo del estilo de la familia, del terapeuta y del contexto mismo. De tal modo que la familia tome la información que le sea más conveniente.

### **2.1.3 CIBERNÉTICA.**

#### **Introducción.**

El acto básico de la epistemología es crear la diferencia entre una pauta y otra; lo importante es que el mundo puede percibirse de diferentes maneras, según las distinciones que uno establezca. Una de las propuestas de la Cibernética es enfocar la organización circular en lugar de una lineal.

La Cibernética proporciona una base epistemológica y un lenguaje apropiado para referirse al cambio personal y social, perteneciente a la ciencia de la pauta y la organización (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

#### **Antecedentes.**

La palabra Cibernética fue utilizada por primera vez en el texto de “estudio de autogobierno” por Platón en las leyes para significar la gestión de las personas. La palabra “cybernetique” también fue utilizado en 1834 por el físico André Marie Ampere (1775-1836) para referirse a las ciencias de gobierno en su sistema de clasificación de los conocimientos humanos (Föerster, 1991). En 1940 el neurofisiólogo Warren Mc Culloch estudió la transmisión de los impulsos en el sistema nervioso central. Posteriormente trabajó con Walter Pitts, con el cual comprobó que el lenguaje utilizado para describir la

interacción entre las neuronas, ampliamente investigado, es el lenguaje de la lógica formal y del álgebra booleana (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Desde 1943 un grupo de científicos encabezados por el matemático Norbert Wiener había reconocido la necesidad de elegir un término para designar un nuevo campo de teorías e investigaciones. En 1947 decidieron adoptar la palabra Cibernética, la cual fue popularizada en su libro “Cybernetics or the study of control and communication in the animal and machine”, y desde entonces el término no ha dejado de mantener un interés creciente. De hecho la Cibernética se desarrolló como ciencia profundamente “trasdisciplinar” que estudia el control y el autocontrol. Norbert Weiner, el padre de la Cibernética, era partidario de aplicar la Cibernética a las ciencias sociales y la sociedad. Weiner se mostró convencido en sus libros “The human use of human begins” y “Cybernetics, or the study of control and communication in the animal and machine” de que el comportamiento humano, de animales y de máquinas puede explicarse mediante los principios de la Cibernética: comunicación, control de la entropía a través del aprendizaje mediante bucles de retroalimentación (Keeney, 2001).

Al mismo tiempo, los cibernéticos estudiaron el sistema nervioso con el fin de entender la cognición humana, llegando a la conclusión de que las observaciones independientes del observador no son físicamente posibles.

La Cibernética de orden O (cero), nace cuando Herón de Alejandría, un ingeniero de la época más brillante de la ciencia de la época Helénica, el año 62 a. de C. fue el primero que inventó un sistema cibernético. Este sistema consistía en un mecanismo de retroalimentación negativa que regulaba el líquido que salía de una jarra al llenar el vaso, y se detenía en un momento previsto anteriormente. El sistema de autorregulación se aplicó ya en ese entonces, pero no hubo desarrollos teóricos o reflexiones a ese respecto (Keeney, 2001).

La Cibernética de primer orden, apareció en la época de Herón, pero pasaron 2000 años antes de teorizarse. En 1932, el biólogo Claude Bernard utiliza el concepto de *medio*

*interno* para hacer referencia al organismo como sistema y plantear que no es posible considerar a una parte del organismo separada de las otras, y que otras son interdependientes en una dinámica no descriptible en términos corrientes. A Walter Cannon se debe el concepto de *homeostasis*. Predecesor directo de Wiener, toma la noción de Claude Bernard del medio interno, y la considera en términos de mecanismos fisiológicos en relación a la constancia del medio. Cannon se interesaba por los mecanismos de regulación y la noción de homeostasis surge en la descripción de una red de interacciones recíprocas en la que los distintos componentes del medio interior están en equilibrio dinámico.

Maruyama (1963; citado por Keeney, 2001) consideró que todo sistema viviente depende, para su supervivencia, de dos procesos, morfoestasis y morfogénesis el primero se refiere al mantenimiento de la constancia de un sistema a través de mecanismos de retroalimentación negativa (el feedback más frecuente que tiende a estabilizar el sistema). El segundo, por el contrario, a la desviación, variabilidad del sistema a través de mecanismos de retroalimentación positiva, en que se amplifican las desviaciones introducidas por toda perturbación externa. Según Maruyama los procesos de desviación y de amplificación se equilibran mutuamente.

A partir de los trabajo del físico Ilya Prigone sobre “el orden a través de la fluctuación” se empieza a considerar que la desviación y los procesos que promueven el desorden y la desorganización no necesariamente son destructivos. Las desviaciones o fluctuaciones, si se mantienen y no son contrarrestadas por mecanismos correctores, producen una bifurcación que genera un salto cualitativo hacia una nueva organización. En esta segunda etapa del desarrollo del pensamiento cibernético la ampliación de la desviación y los mecanismos de retroalimentación positiva, procesos favorecedores del cambio, adquieren un nuevo status, son considerados esenciales para la evolución de los sistemas vivientes.

En 1972, Margaret Mead, presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, dedicó un discurso al tema “Cibernética de la Cibernética”. Fue entonces el profesor von Föerster quien sugirió cambiar ese nombre por el de “Cibernética de segundo orden” o

“Cibernética de los sistemas observantes” diferenciándola de la Cibernética de primer orden definida como la Cibernética de los sistemas observados (Keeney, 2001).

Es importante mencionar que entre la cibernética de primer orden y segundo orden hay diferencias epistemológicas que es imprescindible ir aclarando a lo largo de este reporte. En la cibernética de primer orden hay una excesiva confianza en nuestros sentidos y percepciones, como si fuesen fidedignos de una realidad que esta “afuera”, en donde nuestro rol es “descubrirla” para tener un mejor entendimiento del mundo.

Es cierto que necesitamos de estos consensos en cuanto somos seres sociales, pero creer que lo consensuado es intrínsecamente verdadero es un error muy peligroso. En otras palabras, lo que caracteriza a la cibernética de segundo orden es que se funda en la premisa de que no pueden plantearse observaciones, de un sistema por ejemplo, con independencia de los observadores. Esto no es algo trivial, ya que si lo reflexionamos permite al observador adentrarse en una nueva constelación de posibilidades, donde la experiencia propia y las diversas distinciones o puntuaciones que cada uno hace de su realidad cobran una importancia crucial.

Esta pérdida de la neutralidad del observador, en la cual toda descripción es desde sí mismo, conlleva la aparición de dos conceptos fundamentales, la autorreferencia y la autonomía. Somos un sistema cerrado, por tanto, somos totalmente autorreferentes, lo cual implica que la concepción de un “afuera” no tiene sentido. A esto se le llama cierre organizacional. Para Maturana esta autonomía es la autopoiesis, que es la capacidad que tienen los seres vivos de mantener y desarrollar su propia organización. Entonces, ya no se habla de cambios en la organización, sino en la estructura, la cual puede sufrir perturbaciones, pero manteniendo su organización autónoma o autopoietica intacta (Bertrando y Toffanetti, 2004).

### **Exponentes.**

Von Foerster expuso que la reflexión sobre la Cibernética se desarrolla en tres niveles de complejidad: 1) Cibernética de “0 orden”, es decir, implícito; 2) la Cibernética de



“primer orden”, reflexión sobre los supuestos de Weiner; y 3) una Cibernética de “segundo orden”, reflexión sobre la reflexión Cibernética (Hoffman, 2005).

Margaret Mead y Gregory Bateson se trasladaron a Nueva York, donde formaron a profesionales que adquirirán gran relevancia en años posteriores. Allí conocieron a algunos de los más fecundos pensadores que trabajan en el campo de la psicología y la psiquiatría, entre ellos Kurt Lewin (teoría de los campos psicológicos), Harry Sullivan (integró conceptos sociológicos en sus concepciones clínicas) y Milton Erickson (fundador del modelo de Hipnosis Ericksoniana y terapeuta). Margaret Mead trabajó sobre las diferencias en la conducta sexual en Nueva Guinea. En 1934, entabla contacto con Frank, militante del movimiento por la salud mental. En esta época a Bateson no le interesa lo social, a diferencia de Mead y Frank (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Ross Ashby propuso un modelo en dos niveles para el cambio. Los sistemas vivos no son capaces de variar sus comportamientos en respuesta a variaciones menores en el cambio, sino que a menudo son capaces de cambiar el “medio” para la gama de comportamientos, siempre que el campo presente una perturbación grave. Este tipo de retroalimentación bimodal es útil porque capacita a la entidad u organismo a sobrevivir a las fluctuaciones de un día para otro y los cambios más radicales. Llamó “cambios de primer orden” a las respuestas correctivas a las menores fluctuaciones, y “cambios de segundo orden” a las respuesta ante las diferencias radicales del medio (Hoffman, 2005).

Keeney (2001) cuestionó la forma en que construimos en mundo; Bateson realizó una revolución dentro de la epistemología proponiendo una forma diferente de percibir el mundo en cuanto a que aplicó la cibernética a sistemas sociales incorporándola a las alternativas para explicarse los fenómenos ocurridos dentro del sistema; y Auerswald (1973) aterrizó las propuestas epistemológicas dividiendo a los terapeutas en: epistemología lineal progresiva, epistemología recursiva; y los que se encuentran en la transición entre ambas.

### **Principales aportaciones.**

Se habla de tres divisiones dentro de la Cibernética: la primera etapa de la Cibernética de primer orden, basada en el principio de que el sistema observado se encuentra separado del observador, se enfoca en el modo en que los sistemas mantienen su organización u homeostasis por retroalimentación negativa; la segunda etapa de la Cibernética de primer orden, se basa en la manera en que los sistemas cambian su organización por retroalimentación positiva en los procesos de desviación y ampliación; y la Cibernética de segundo orden, que considera al observador como parte de la realidad observada a través de la autorreflexión, autonomía, recursividad y neutralidad (Keeney, 2001).

De acuerdo con Heylighen (2001) los principios de la Cibernética consisten en:

- Los conceptos relacionales que propone la Teoría General de Sistemas son aplicables para marcar distinciones, captar la variedad del comportamiento, transmitir información y al modelar dinámicas.
- El proceso de relación es siempre circular, se vincula con la aplicación del yo, organización del yo, cierre y ciclos de retroalimentación.
- El fin cibernético se dirige hacia la dirección de la meta, los mecanismos de control, las leyes de variedad, componentes del sistema de control y jerarquía del control.
- La cognición incluye el conocimiento, el modelaje de la relación, la construcción de la construcción de modelos y la epistemología constructivista.

La propuesta que presenta la Cibernética se emplea en el escenario clínico con el fin de determinar la postura del terapeuta frente al sistema observado, se relaciona con diversas técnicas terapéuticas debido a que le sirve al terapeuta para provocar cambios, o bien, para asumir una posición en el sistema y así poder entrar y salir del sistema manteniendo una posición de neutralidad y eficacia (Föerster, 1991).

Los conceptos básicos que plantea la Cibernética aplicada a la terapia sistémica es la siguiente (Heylighen, 2001):

- *Distinción.*- Bateson decía que es la diferencia que hace la diferencia, ningún observador inicia por definir claramente su objeto de estudio, el sistema, hacia el resto del universo.
- *Relación.*- Se obtiene al reflexionar sobre el orden, organización, complejidad, estructura, jerarquía, información y control que se maneja dentro del sistema.
- *Variedad.*- Se refiere al conjunto de todos los valores o propiedades que un sistema particular posee en un momento determinado.
- *Constancia.*- Variedad de estados que el sistema puede presentar es más pequeño que la variedad de estados que puede tomar potencialmente.
- *Entropía.*- Medida probabilística de variedad.
- *Información.*- Shannon pensó que es la capacidad del sistema para transmitir información mediante un canal específico.
- *Control.*- Mantenimiento de la meta para compensar las perturbaciones o cambios.
- *Modelo.*- Representación del proceso en el mundo que pueden ser predichas.
- *Circularidad.*- Se refiere a la repetición en la interacción de las partes de un sistema que actúan como un todo.
- *Estructura.*- Es la totalidad de relaciones que existen dentro de un sistema abierto, la estructura podrá cambiar o permanecer estática.
- *Sistema abierto.*- Capacidad del sistema para intercambiar información con su medio.
- *Sistemas cerrados.*- Imposibilidad de los seres no vivos para intercambiar información con el ambiente.
- *Retroalimentación.*- Recurso propio de los sistemas para vigilar su autorregulación a los estímulos externos que sirven de aprendizaje (Keeney, 2001).

### **Consideraciones.**

La posición desde donde se reflexione como observador sobre la intervención terapéutica se relaciona tanto con la observación, las interacciones, la forma en que se retroalimenta, el modo en que se incluyen y excluyen los elementos externos, de tal modo que oriente la intervención haciéndola adecuada. La Cibernética, actualmente, es una teoría de la cual se desprenden herramientas útiles para: poder identificar el tipo de relación que

se establece hacia y entre los consultantes; entender la recursividad que se presenta en el proceso terapéutico; y ubicar el tipo de epistemología con la que el terapeuta se aproxima al fenómeno con el cual trabajará.

La tarea del terapeuta con visión Cibernética de segundo orden tiene entre sus objetivos: trazar distinciones simultáneas para describir las pautas de interacción, construir contextos para que las historias tengan significado y estructura, llevar a cabo una conversación con el consultante en donde pueda moverse entre distintos niveles, crear el sistema terapéutico y clarificar su propia epistemología.

En resumen, la Cibernética de primer orden o de los sistemas observados, en su primer etapa, está basada en el principio de que el sistema observado está separado del observador, se enfoca al modo en que los sistemas mantienen su organización u homeostasis por retroalimentación negativa o morfostasis; la segunda etapa de la Cibernética de primer orden se interesa por entender la manera en que los sistemas cambian su organización por retroalimentación positiva (morfogénesis) en los procesos de desviación y ampliación; y la Cibernética de segundo orden o de los sistemas observantes considera al observador como parte de la realidad observada a través de la reflexión, autonomía, recursividad y neutralidad (Sánchez y Gutiérrez, 2000). En la terapia familiar, la Cibernética, tiene la ventaja de permitir la capacidad de maniobra del terapeuta, poderse unir y acomodar al sistema familiar, entender e impactar en la organización familiar y reflexionar sobre los fenómenos en los cuales se encuentra inmiscuido.

## **2.1.4 CONSTRUCTIVISMO.**

### **Introducción.**

La riqueza conceptual fundamentada en los avances obtenidos por los estudiosos de la Cibernética de los sistemas observantes entre quienes se pueden mencionar a Keeney, Von Foerster y Morín, así como el interés científico en construir una conexión entre dichas conceptualizaciones y el funcionamiento de diversos grupos humanos, ha permitido construir marcos de referencia, los cuales proveen hoy en día del campo de la psicología,

formas de observación con lógicas que dan paso a la visualización sobre la complejidad del ser humano y sus interacciones (Medina, 2004).

El constructivismo, al menos en la versión piagetiana, es una propuesta epistemológica, elaborada a partir de datos psicológicos y de la reconstrucción de la historia de la ciencia, sin ser una psicología (Ferreiro, 2000). Básicamente puede decirse que el constructivismo es el modelo que mantiene que una persona, tanto en los aspectos cognitivos, sociales y afectivos del comportamiento, no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción de estos dos factores. En consecuencia, según la posición constructivista, el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano, esta construcción se realiza con los esquemas que la persona ya posee (conocimientos previos), o sea con lo que ya construyó en su relación con el medio que lo rodea.

Esta construcción que se realiza todos los días y en casi todos los contextos de la vida, depende sobre todo de dos aspectos: 1.- De la representación inicial que se tiene de la nueva información y, 2.- De la actividad externa o interna que se desarrolla al respecto.

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

Esta evolución teórica en el análisis de la realidad desde una Cibernética de primer orden que considera al observador como independiente de la realidad que observa, hacia la Cibernética de segundo orden, en la cual la observación depende del ojo de quien observa, exigió una reformulación de los procesos en torno al cómo conocemos lo que conocemos, en orden al explicar un sentido de lo humano, en el campo de la teoría sistémica aplicada a la persona (Medina, 2003).

### **Antecedentes.**

El término constructivismo comparte su nombre con el movimiento en las artes plásticas y la arquitectura en la Unión Soviética que tuvo lugar en la década de 1920. Se podría considerar que fue Jean Piaget el que inició esta escuela de pensamiento a partir de su trabajo "la construcción de la realidad en el niño", aunque las raíces de este movimiento pueden rastrearse hasta Platón, pasando por Giambattista Vico y Kant (Von Föerster, 1991).

La orientación fundamental de esta corriente parte de Kant cuando distingue entre el fenómeno y el noúmeno o cosa en sí. Kant (siglo XVIII) afirma que la realidad no se encuentra "fuera" de quien la observa, sino que en cierto modo es "construida" por su aparato cognitivo. Se considera como el "primer" constructivista a Ernst Von Glasersfeld, Giambattista Vico (1668-1744) con su propuesta de "Verum ipsum factum".

Otros precedentes del pensamiento constructivista podrían ser René Descartes (siglo XVII) con su "cogito ergo sum", David Hume (siglo XVIII) y, sobre todo, George Berkeley (siglo XVII), cuyo "esse est percipi" entra de lleno en este contexto (Feixas y Villegas, 2000).

Dentro de esta escuela de pensamiento se desarrollaron dos formas de constructivismo, la radical y la social.

1. **Constructivismo radical.**- Uno de sus principales portavoces en el ámbito alemán fue el científico austríaco Paul Watzlawick con el libro *La realidad inventada* (1981; citado en Pakman, 1997) donde reúne diez ensayos de diferentes autores en torno al llamado pensamiento constructivista. Heinz Von Föerster y Ernst Von Glasersfeld también austríacos que trabajan en Estados Unidos, así como Humberto Maturana y Francisco Varela, quienes son exponentes de esta corriente epistémica.

Para Von Glasersfeld, el término constructivismo radical se refiere a un enfoque no convencional hacia el problema del conocimiento y hacia el hecho de conocer. Éste se inicia en la presunción que el conocimiento, surge a través de la interacción, y que el sujeto

cognoscente no tiene otra alternativa que construir lo que él o ella conoce sobre la base de su propia experiencia. El conocimiento entonces es construido a partir de las experiencias individuales. Todos los tipos de experiencia son esencialmente subjetivos, y aunque se puedan encontrar razones para creer que la experiencia de una persona puede ser similar a la de otra, no existe forma de saber si en realidad es la misma.

Las implicaciones neurofisiológicas de este enunciado fueron posteriormente desarrolladas en 1971 por los biólogos chilenos Maturana y Varela, quienes percibieron el conocimiento como un componente necesario de los procesos de la autopoiesis (capacidad de los sistemas de producirse a sí mismos) que caracterizan a los organismos vivos.

La teoría de Von Glasersfeld se enmarca dentro de una sólida corriente científica que alcanza a Piaget, de quien toma numerosas referencias, así como de autores como Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Ilya Prigogine, Niklas Luhmann, Edgar Morín y Humberto Maturana, entre muchos otros. Se inspira en las propuestas filosóficas del pensador italiano Giambattista Vico (1668-1744) y lo considera un precursor directo del constructivismo radical, ya que este último sostenía que la verdad es la realidad particular de quien la expresa, esto es, una construcción subjetiva ("verum ipsum factum"). Von Glasersfeld mantiene que la realidad ontológica no puede reducirse a una interpretación racional. Por el contrario, la realidad se construye a partir de la experiencia de la propia realidad.

Vinculado a este último punto, Von Glasersfeld postula que los significados, o las relaciones conceptuales, no pueden ser transmitidos de un hablante a otro. Estos bloques derivan únicamente de la experiencia individual y luego se pueden ajustar intersubjetivamente. El ser humano, según esta visión, es el único responsable de sus pensamientos, su conocimiento y sus acciones. Este enfoque, plantea Von Glasersfeld, implica una perspectiva ingenua, donde los sentidos funcionan como una cámara que únicamente proyecta una imagen de cómo el mundo realmente aparece en nuestros cerebros, y utiliza esa imagen como un mapa, codificando la estructura "externa" en un formato diferente. Esta visión entra en conflicto con una serie de problemas conceptuales, por cuanto ignora la infinita complejidad del mundo. Aún más, la observación detallada

demuestra que en la práctica, la cognición no funciona de esa manera. Por el contrario, se demuestra que el sujeto genera, de manera activa, suficientes modelos potenciales y que el rol que juega el entorno es simplemente reducido a reforzar algunos de esos modelos mientras elimina otros (proceso de selección). Mediante este concepto de viabilidad (fit) del conocimiento se indica que este no puede ser interpretado como una representación de la realidad, sino más bien como la llave que abre diversos caminos para el ser humano (Pakman, 1997).

2. **Constructivismo social.**- El constructivismo social está ubicado entre la transmisión de la realidad cognoscible del Constructivismo con el contexto comunitario en que se desenvuelve el sujeto y la construcción de una realidad personal y coherente del Constructivismo Radical. Entre sus representantes estarían Cobb y Vygotsky, quienes abrazan los cuatro principios epistemológicos, que incluyen, además de los tres anteriormente mencionados, el reconocimiento de las interacciones sociales como una fuente de conocimiento. En este sentido se asume que la verdad no será encontrada en una persona individual sino que nace entre las personas que colectivamente buscan la verdad, en el proceso de una interacción dialogada. Dentro de la perspectiva constructivista social la estrategia ideal dentro de un salón de clase se experimentaría socialmente, a través de las interacciones entre el maestro y el estudiante, los grupos de aprendizaje cooperativo y las discusiones en el aula. Como en la perspectiva del constructivismo radical, el estudiante lograría una comprensión personal de los pasos para resolver un problema, sin embargo esta comprensión personal estaría mediada por el entorno social del aula. Además, esta comprensión no se mediría contra el libro de texto o el maestro sino en función de su coherencia personal y social y su habilidad para generar soluciones viables (Pakman, 1997).

### **Exponentes.**

De acuerdo con Carreras (1993) los principales autores de ambas corrientes de pensamiento han sido: para el radical Ernst von Glasersfeld, Gaston Bachelard, Jean Piaget, y Lev Vygotsky y para el social son Francisco Varela, Gregory Bateson, Heinz von Föerster, Humberto Maturana, Niklas Luhmann, y Paul Watzlawick.



Jean Piaget, considerado el autor más representativo de este movimiento, se basa en la creación de los esquemas, su postura ante el constructivismo es escéptica, aun cuando se diga que es un pensador inmerso en esta corriente (Feixas y Villegas, 2000).

Otro campo de acción (educativo), refiriéndose específicamente a la diversidad de fuentes que nutren al constructivismo dentro del marco psicológico, Coll (1989; citado por, Pakman, 1997) plantea que el constructivismo está representado por los siguientes enfoques cognitivos:

- La Teoría Genética de Piaget, tanto en lo relativo a la concepción de los procesos de cambio cognitivo como a las formulaciones estructurales clásicas del desarrollo.
- La Teoría del Origen Socio-Cultural de los procesos psicológicos superiores de Vygotsky que nos plantea la importancia de los procesos de interacción social en la construcción del conocimiento.
- La Teoría del Aprendizaje Verbal Significativo de Ausubel.
- La Teoría de la Asimilación de Mayer, orientada a explicar los procesos de aprendizaje de conocimiento altamente estructurados.
- Las Teorías de los Esquemas de Anderson, Rumelhart y otros, las cuales postulan que el conocimiento previo es un factor decisivo en la realización de nuevos aprendizajes.
- La Teoría de la Elaboración de Merrill y Reigeluth, que de acuerdo a Coll constituye un intento importante por construir una teoría global de la instrucción.

En la siguiente tabla se muestran las propuestas que Bertrando y Toffanetti (2004) hacen para dividir las áreas del constructivismo:

Tipo de constructivismo	Aportaciones
<b>1. Constructivismo radical.</b>	Se fundamenta en la filosofía racionalista. Esta subraya el modo en que la mente individual constituye la denominada realidad. Entre sus exponentes se encuentran Heinz von Föerster y Ernst von Glasersfeld.
<b>2. Constructivismo simple.</b>	Este parte de la idea de que la mente construye la realidad y posteriormente el mundo externo. Entre sus representantes están Jean Piaget y George Kelly.
<b>3. Constructivismo social.</b>	Este sostiene que los procesos mentales se encuentran influenciados por las relaciones sociales. Sus máximos representantes son Lev Vygotsky y Jerome Bruner.

**Tabla 1.** Tipos de perspectivas dentro del construccionismo (Bertrando y Toffanetti, 2004; p. 295).

### **Principales aportaciones.**

La postura constructivista se fundamenta, principalmente, en:

1. El conocimiento no es recibido pasivamente, ya sea a través de los sentidos o por medio de la comunicación, sino construido activamente por un sujeto cognoscente.
2. La función de la cognición es adaptativa y sirve para la organización del mundo experiencial, no para el descubrimiento de la realidad objetiva ontológica.
3. "La cognición sirve a la organización del mundo experiencial del sujeto, no al descubrimiento de una realidad ontológica objetiva".
4. Existe una exigencia de socialización, en los términos de "una construcción conceptual de los otros"; en este sentido, las otras subjetividades se construyen a partir del campo experiencial del individuo (Von Foerster, 1991; p. 48).

Feixas y Villegas (2000) realizaron una división de las ramas del constructivismo de acuerdo a su utilización:

1. **La rama Cibernética.**- En ésta destacan los trabajos pioneros de Wiener, Shannon, McCulloch y Ashby quienes quisieron constituir una epistemología basada en los conceptos cibernéticos de la autorregulación y el equilibrio interno de los organismos. Este hecho, obvio y casi sin importancia en el ámbito de la ingeniería asume una importancia central, cuando intenta aplicarse al campo de la cognición, ya que se entiende que aquello que se llama "conocer" y que permite la autorregulación no puede ser una representación del mundo externo hecha a partir de información aportada por el mundo real sino que debe ser una construcción interna hecha con material interno.
2. **La rama psicológica.**- Aquí deben mencionarse los aportes de Jean Piaget, en especial aquel que hace mención a "La Construcción de la Realidad en el Niño", en el que concibe al intelecto como un instrumento de la función de adaptación del individuo. En este sentido, el conocimiento es una construcción apropiada al ambiente percibido por el organismo y no una representación analógica (copia exacta) del mundo.
3. **La rama operacionalista.**- A partir de los planteamientos hechos por Percy Bridgman sobre las definiciones operacionales se desarrollaron movimientos que criticaban la

epistemología convencional y promovían el análisis semántico del funcionamiento mental. El propósito era conocer cada una de las operaciones específicas con las que cada uno crea el contenido del pensamiento, el significado de las palabras y de cualquier expresión lingüística.

### **Consideraciones.**

La propuesta constructivista nace como una alternativa explicativa acerca de cómo es que los seres humanos construimos nuestra realidad y cómo ésta influye en la ideología, la conducta, la interacción en distintos espacios y la comunicación con los demás. Asimismo, esta epistemología nos permite hacer una traducción e interpretación del mundo basándose en los marcos de referencia internos de cada persona.

La utilización del lenguaje como acción reflexiva y de construcción de realidades éticas y estéticas para la persona en vez de utilizarlo como instrumento que determine, obstaculice y establezca profecías sobre la realidad del profesional. Esta epistemología señala el riesgo de que el psicólogo ignore su capacidad para adoptar una postura juiciosa y responsable en respuesta a un marco de múltiples valores, moralidades, reglas y normas como fuente de confusión (Medina, 2004).

En resumen, el constructivismo se fundamenta en varias teorías como la Teoría del Aprendizaje, la Teoría de los Esquemas, la Teoría del aprendizaje significativo y la Teoría de Piaget comprobando que el conocimiento se produce internamente por ayuda del aparato cognitivo; es visto como un proceso activo, adaptativo, organizacional, selectivo, sensitivo y perceptivo; su ontología propone que es un componente asociado a la constitución del sujeto; y echa mano de procesos como la diferenciación, la discriminación, la comparación, la tipificación y los tipos lógicos para integrar e interpretar el contenido de los estímulos que ingresan al aparato cognitivo (Ferreiro, 2000).

El constructivismo es de utilidad para la terapia familiar como una herramienta que nos ayuda a reflexionar acerca de la interacción y los efectos que ésta tiene entre las personas.

Así como poder aproximarnos al sistema de creencias y a los posibles errores de tipo lógico que se pueden convertir en un motivo de consulta.

## **2.1.5 CONSTRUCCIONISMO SOCIAL.**

### **Introducción.**

Limón (2005) menciona que el Construccinismo Social aparece en la clínica junto con la postura postmoderna, esto no significa que sean sinónimos, sino que ambos enfoques fueron aplicados para dar un giro interpretativo distinto a las áreas humanistas (como arte, arquitectura y psicología).

El Construccinismo Social favorece el tipo de reflexión crítica que podría abrir una vía a nuevas formas de comprensión. Junto con el constructivismo y la fenomenología, el Construccinismo Social constituye un desafío crítico al dualismo sujeto-objeto sobre el que se basa la concepción tradicional de terapeuta-científico. Al igual que los terapeutas familiares y los psicólogos sociales y cibernéticos, el construccinismo se ocupa más de las redes de relación que de los individuos, y cuestiona la posición de superioridad trascendente reclamada por aquellos que actúan según el modelo científico tradicional (Mc Namee y Gergen, 1996).

El Construccinismo Social critica la superación de la visión tradicional de la naturaleza y la función del lenguaje, como agente representacionista, ya que la cosa no se describe por el nombre, en palabras de Bateson, “el nombre no es la cosa nombrada” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2007). Por un lado, el lenguaje es transparente respecto a su contenido y, por otro, que su función básica es la de servir como vehículo de expresión de las personas. En consonancia con ello, se supone que el mundo que nos rodea, e incluso nuestro mundo interior, son anteriores a nuestros discursos sobre él, a la vez que es independiente de nuestras expresiones para nombrarlo (Limón, 2005).

### **Antecedentes.**

Emmanuel Kant fue uno de los pensadores que ha sostenido que la realidad “en sí” no puede ser conocida y que sólo tenemos acceso a la realidad fenoménica, es decir, aquella serie de construcciones elaboradas a partir de lo que podemos percibir, por ejemplo, un árbol o una casa.

Emile Durkheim, en 1898, acuñó el término de “representaciones colectivas” para designar de esta forma de fenómeno social a partir del cual se constituyen las diversas representaciones individuales, que son expresiones particularizadas y adaptadas a las características de cada individuo concreto.

La obra de Berger y Luckmann agrega la corriente del interaccionismo simbólico que se dedica a estudiar los procesos mediante los cuales se negocian las significaciones atribuidas a los fenómenos sociales (Blumer, 1969; citado por Ibáñez, 1994).

El Construccinismo Social llegó a ser prominente en los EE.UU. con el libro de Peter Berger y Thomas Luckmann, la construcción social de la realidad de 1966. Estos autores sostienen que todo el conocimiento, incluyendo el sentido común, se deriva y es mantenido por las interacciones sociales.

En los inicios de la década de los sesentas salía a la luz pública la obra de Serge Moscovici, cuyo título fue “La psychanalyse, son image et son public”. Moscovici pretendía marcar la diferencia entre las representaciones sociales y otras formas del pensamiento social como los mitos, la ideología, la ciencia o simplemente “las visiones del mundo” pese a que las representaciones sociales comparten aspectos comunes con cada una de ellas (Ibáñez, 1994).

### **Exponentes**

Entre los representantes de esta epistemología son: Andersen, Gergen, Mc Namee, Epston, Efran, Luckmann y Moscovici (Ibáñez, 1994).

Según Limón (2005) esta epistemología incluye a los siguientes autores y sus aportaciones:

- Kenneth Gergen, exploración creativa del sistema de significados predominante y la aceptación de los múltiples relatos posibles;
- Jacques Derrida, deslizamiento del sistema de significados y su posible deconstrucción;
- Wittgenstein, posibilidad de trascender las convenciones lingüísticas preestablecidas;
- Michael Foucault, relaciones de poder y la tiranía que ejerce una creencia cultural;
- John Kaye, sensibilización de los pacientes hacia el contenido relacional;
- Jean François Lyotard con sus críticas sobre la metanarrativa como reflejo de modernidad y Paul Feyerabend, “todo vale” y “todo sirve” para iniciar un diálogo transformador y una actitud expectante;
- Hans Georg Gadamer, las historias no contadas y el texto como interpretación;
- Tom Andersen, el equipo de reflexión;
- Harold Goolishian y Harlene Anderson, una postura colaborativa;
- Gianfranco Cecchin, con curiosidad e irreverencia;
- Michael White y David Epston, externalización, medios literarios y deconstrucción;
- Jay Efran, interesado en el lenguaje, su estructura y el cambio;
- Lynn Hoffman, historia, evolución y giro epistémico;
- Karl Tomm, posibilidades heurísticas para el proceso de entrevista;
- William Hudson O’ Hanlon, búsqueda de soluciones y cambio de percepciones; y
- Sheila Mc Namee, intervención social y aplicación del Construccionismo Social a la terapia familiar.

En la tabla siguiente Bertrando y Toffanetti (2004) hacen una división general entre las perspectivas que se han desarrollado dentro del construccionismo.

Tipo de construccionismo	Aportaciones
<b>1. Construccionismo social.</b>	Este parte de la idea de que el discurso ayuda al individuo a articularse con el mundo, operando en las relaciones sociales. Sus exponentes son Kenneth Gergen y John Shoter.
<b>2. Construccionismo sociológico.</b>	Se interesa por la interacción del yo y el mundo para establecer las estructuras sociales entre las personas. Algunos de sus autores son Henri Giroux y Nikolas Rose.

**Tabla 2.** Perspectivas dentro del construccionismo (Bertrando y Toffanetti, 2004; p. 295).

### Principales aportaciones.

El Construccionismo Social ha sido aprehendido de distintas formas, por cada uno de los autores de esta corriente, por ejemplo, para Hoffman (1991; en Mc Namee y Gergen, 1996) la construcción social cree que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje; por otro lado, para Gergen (1985, en Mc Namee y Gergen, 1996) critica que el fin construccionista no es edificar un yo adscrito a una realidad interna irreductible, representada por expresiones como “cognición” o “emociones”; y para Tomm (1987, en Mc Namee y Gergen, 1996) las preguntas por sí mismas son una intervención. Por lo tanto, todos buscan desaparecer la figura del experto.

En el Construccionismo Social no existen técnicas, ni conceptos básicos generales, ya que esto es incongruente con esta postura. Sin embargo, los modelos terapéuticos que se desprenden de esta epistemología poseen lineamientos específicos, los cuales se mencionarán al final de este capítulo.

El Construccionismo Social busca explicar cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven. Para ello, toma en cuenta cuatro hipótesis:

1. Lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, como pensaba el positivismo, sino que está determinado por la cultura, la historia o el contexto social.
2. Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no es dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación.
3. El grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc.).
4. Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales, y al formar así parte de varios modelos sociales sirven para sostener y apoyar ciertos modelos excluyendo otros. Alterar descripciones y explicaciones significa amenazar ciertas acciones e invitar a otras (Pakman, 1997).

El Construccinismo Social, según Limón (2005) ha influido los siguientes rubros del contacto social:

**Lo lingüístico.-** Burr (1995; citado por Limón, 2005) comenta que el Construccinismo Social hará eco de esta asunción y planteará que hablar equivale a construir el mundo. Hacer uso del lenguaje, consecuentemente, podrá considerarse como una forma de acción. Podemos resumir la aportación del giro lingüístico al Construccinismo Social afirmando que tras su desarrollo “decir” y “hacer” constituyen una unidad funcionalmente inseparable, una unidad analíticamente indiscernible.

**El discurso.-** El planteamiento discursivo permite al Construccinismo Social, o a ciertos enfoques de éste analizar los procesos sociales a partir del examen de sus condiciones de posibilidad o de realidad de sus enunciados, que no deben nunca confundirse ni con una estructura atemporal, ni con las condiciones intrínsecas de validez para la formación de frases o proposiciones.



**Lo narrativo.**- Bruner (1990; citado por Limón, 2005) comenta que el punto de partida de tal viraje es la noción de un yo que narra historias en las que ese yo forma parte de la historia, es decir, que es narrador y actor al mismo tiempo. El acto mismo de relatar es considerado como el objeto que hay que describir, jamás tomado como un simple medio transparente de acceso descriptivo inmediato. Las narraciones, según Bruner, presentan una serie de aspectos que permiten diferenciarlas de otras formas discursivas o de organizar la experiencia. Las características de una narración son: secuenciales, el sentido y la referencia no guardan relación directa y transparente, elaboran vínculos entre lo excepcional y lo corriente y tienen carácter dramático.

En el momento en que hablamos de expresiones lingüísticas y actos de habla adquieren dimensión ideológica o histórica, nos encontramos hablando de enunciados, discursos y formaciones discursivas. Este lenguaje contiene las dimensiones culturales, haciendo que las palabras, expresiones lingüísticas y actos de habla se vuelven relatos y narraciones. De tal modo que el marco cultural es lo que aquí tiene relevancia, lo formal, el cómo se narra, el cómo se dice lo que se dice, irrumpirá en escena y se volverá central en el análisis social.

### **Consideraciones.**

Desde hace mucho tiempo, el ser humano, se ha interesado por comprender los procesos que le permiten construir su realidad e interpretarla. Este objeto de estudio influye en el nacimiento del Construccinismo Social, este paradigma se aplica, entre otros escenarios, en el espacio terapéutico porque permite reflexionar, junto con la familia, sobre los efectos de las situaciones conflictivas, nos permite también aproximarnos a las creencias, construcciones, conductas, representaciones, sentimientos y emociones.

El Construccinismo Social está íntimamente relacionado al concepto de representación social y la percepción social de la realidad; la sociología y la psicología propone al Construccinismo Social con el fin de explicar cómo el sujeto se conecta con la realidad; el Construccinismo Social busca integrar al objeto, la imagen, la palabra y aterrizarlo en una forma práctica en la realidad; el Construccinismo Social abre la posibilidad de construir realidades alternativas, porque cada elemento que constituye una historia está propenso a

poseer diferentes direcciones hermenéuticas; y cuando aparece el Construccinismo Social surge una ruptura con el positivismo, ya que éste busca la comprobación de las afirmaciones. Los construccionistas apoyan firmemente la idea de que no hay verdades sociales incontrovertibles, sino sólo relatos acerca del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y contamos a los demás. La mayoría de los terapeutas tiene un relato sobre cómo se desarrollan los problemas y luego se resuelven, superan o disuelven.

La terapia construccionista se convierte en una forma asociativa de entremezclar relatos, imágenes, ideas o sueños, sólo que ahora ha encontrado fundamentación en una de las disciplinas descriptivas. En general, llega a ser una postura crítica que favorece la toma de conciencia en las relaciones de poder que se ocultan dentro de los supuestos de todo discurso social, incluyendo el discurso crítico mismo. Así, no sólo nuestra teoría sino también nuestra práctica debe reflejar una conciencia basada en la deconstrucción de las relaciones ocultas de poder (Hoffman, 1991; en Mc Namee y Gergen, 1996).

Para terminar este apartado deseo mencionar las similitudes y las diferencias que existen entre el constructivismo y el construccionismo (Bertrando y Toffanetti, 2004) empleando una tabla que sintetice las ideas principales de cada enfoque.

ENFOQUES	SIMILITUDES	DIFERENCIAS
Constructivismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El saber es una construcción de la mente.</li> <li>• El conocimiento no es la representación fiel de una realidad independiente de nosotros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mente y la realidad construida residen en el sujeto.</li> <li>• La mente y la realidad están ligadas a una “ontología” lingüística que denomina como entidad.</li> <li>• La mente o el Sistema Nervioso son reales.</li> </ul>
Construccionismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo observado no es una entidad en sí misma y separada de quien observa (dualismo sujeto/objeto).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mente y la realidad construida residen en las relaciones sociales y en la construcción de significado a través del lenguaje.</li> <li>• La mente y la realidad participan en las diferentes formas de relación.</li> <li>• La mente es una construcción.</li> </ul>

**Tabla 3.** Diferencia y similitudes entre el Construccinismo y el Constructivismo (Bertrando y Toffanetti, 2004; p. 295).

Lo importante de conocer las diferencias y las similitudes de ambos enfoques es que el terapeuta familiar puede ubicar una congruencia entre su propia epistemología y su forma de intervenir frente a las ideas, las acciones y los afectos que manifiesten los consultantes.

La posibilidad que se dé el terapeuta familiar para tomar en cuenta este enfoque construccionista lo puede enriquecer para entender y comprender la importancia de las relaciones sociales y la forma en que “el lenguaje construye realidades” (Bateson, 1976; Watzlawick, Weakland y Fisch, 2007). Entonces, también puede contribuir a que las pautas de comunicación, interacción y resolución cambien. Además que el terapeuta puede ayudar a crear nuevos significados para las experiencias pasadas o presentes.

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

El siguiente apartado incluye los diferentes modelos que se revisan en la Residencia de Terapia Familiar y que se usan en la intervención con familias; la exposición de éstos se hizo en tres secciones, considerando el tipo de epistemología que los fundamenta; estos son: el primero, modelos sistémicos (estructural, estratégico, terapia breve enfocado al problema y Milán); el segundo, modelos puente (terapia breve orientado hacia las soluciones y Post-Milán); y el tercero, modelos postmodernos (narrativo, colaborativo y equipo de reflexión).

### **MODELOS SISTÉMICOS**

#### **2.2.1 Modelo Estructural.**

##### **Introducción.**

El modelo estructural pertenece a la terapia con enfoque sistémico, porque se explica a la familia como un sistema abierto en constante movimiento, plantea conceptos como: subsistemas, límites, jerarquías, geografía, alianzas, coaliciones y territorio para darle un reacomodo a la familia desapareciendo el síntoma.

El Modelo Estructural se ocupa por saber acerca del funcionamiento familiar, el ciclo vital (individual y familiar), las características propias de cada sistema, el diagnóstico sistémico y las interacciones entre sus miembros.

El Modelo Estructural posee tres ejes principales que divide sus técnicas. La primera, es el *re-encuadre* que busca cuestionar el síntoma; la segunda, es la *re-estructuración* que intenta cuestionar la estructura familiar; y la tercera, es la *consolidación* o cuestionamiento de la realidad.

##### **Antecedentes.**

El momento histórico presente durante el nacimiento del Modelo Estructural se vio influenciado por los siguientes eventos:

A nivel mundial acababa de terminar la Segunda Guerra Mundial, la ciencia transitaba por diversos cuestionamientos, así como la aparición de nuevos paradigmas y teorías que pretendían dar cuenta de los fenómenos identificados hasta ese momento.

En Estados Unidos predominaba la psicología con orientación conductual, la cual se basaba en la experimentación de laboratorio para poder darle validez a sus hallazgos. Al mismo tiempo, en Europa predominaba el punto de vista psicoanalítico con Freud y sus seguidores quienes pretendían explicar las conductas y sus modificaciones a partir de conceptualizaciones tales como el inconsciente, el consciente y el preconscious, el yo, el ello y el superyó, la represión, los mecanismos de defensa, la pulsión, etc.

En la década de los 60's, Salvador Minuchin trabajaba como psiquiatra en la correccional para niños de Wiltwyck, Philadelphia Child Guidance Clinic, Nueva York. Pertenecía a un grupo de terapeutas dedicados a la investigación, que pretendían hacer cambios a las técnicas ya existentes en esa institución. En este grupo se encontraba Braulio Montalvo y juntos elaboraron esta aproximación terapéutica que surgió debido a que los jóvenes atendidos en esta institución, una vez rehabilitados y dados de alta, reincidían, debido a los problemas familiares. Ellos procedían de las minorías urbanas, experimentaban pobreza, discriminación, miedos, persecución y marginación. Por tal motivo las intervenciones debían ser concretas y con acciones orientadas, en lugar de abstractas o verbales.

Minuchin (1974; Desatnik, 2005) junto con sus colaboradores, Jay Haley y Braulio Montalvo, desarrollaron una nueva modalidad pedagógica al crear la "Supervisión en vivo" para formar terapeutas familiares y personal capacitado para atender familias sin que estos necesariamente fueran parte del personal de salud.

### **Exponentes.**

El creador de este modelo, Salvador Minuchin, nació en Argentina en 1921, como parte de una familia judía. Minuchin fue médico psiquiatra y emigró a Estados Unidos en la década de los sesenta del mismo siglo. A partir de la práctica clínica y de su contacto con

las propuestas teóricas de la terapia sistémica, comenzó a plantear formas novedosas de abordar problemas de salud mental (Desatnik, 2005).

Salvador Minuchin se interesó en el estudio de la estructura familiar y la definió como “una serie invisible de demandas funcionales que se organizan en la manera en que sus miembros interactúan” (Minuchin, 2001; p. 64). La estructura denota la configuración de la familia, ésta se produce cuando los miembros de la familia adoptan una cierta aproximación o distancia entre unos y otros. Respecto a las actividades de la familia, su estructura cambia de acuerdo con su evolución, viendo que la patología no estaba en el paciente identificado sino en la estructura familiar. Las familias disfuncionales pueden ser más rígidas en el rango de su estructura, en comparación con las familias funcionales.

Otro autor que aportó elementos para el Modelo Estructural fue Nathan Ackerman porque con sus intervenciones psicoanalíticas le permitieron hacer un análisis de las transacciones de los miembros que asistían a sesión, ya que esta acción permitía vincular los síntomas con estructuras familiares disfuncionales (Hoffman, 2005). A partir de esta idea fue que Minuchin lo retoma como fundamento de su propuesta de intervención.

### **Principios básicos.**

Entre los fundamentos que sustentan este modelo de intervención tenemos que:

- ❖ Al modificar la estructura familiar se transforman las relaciones, la posición de los miembros de la familia y desaparece el síntoma.
- ❖ El ser humano no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales.
- ❖ La experiencia del ser humano es determinada por su interacción con el medio.
- ❖ La información, actitudes y formas de percibir son asimiladas y almacenadas, y se convierten así en una parte de la forma de acercamiento de la persona al contexto habitual donde interactúa.
- ❖ La familia se convierte en la principal fuente de salud o enfermedad mental al ser el principal soporte de la experiencia interior del sujeto a lo largo de la vida.

## Técnicas.

En la siguiente tabla se presenta del lado izquierdo el nombre de las técnicas que se desprenden del reencuadre, la reestructuración y la consolidación, que son las intervenciones principales del Modelo Estructural; mientras que en el lado derecho se resumen las acciones concretas que se pueden realizar para aplicar cada técnica.

<b>1. Re-encuadre: Cuestionamiento del síntoma.</b>	
<p>➤ <b>Escenificación.- Es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Observar la espontaneidad de los miembros.</li> <li>▪ Interacciones espontaneas.</li> <li>▪ Indicar.- Provocar situaciones concretas.</li> <li>▪ Provocar interacciones.</li> <li>▪ Interacciones alternativas.</li> <li>▪ Iluminar.</li> </ul>
<p>➤ <b>Enfoque.- La realidad familiar se puede asemejar a una fotografía, ya que el cambio de perspectiva cambia todo el escenario de la foto.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selección del enfoque.</li> <li>▪ Elaborar un tema sobre él.</li> </ul>
<p>➤ <b>Intensidad.- El terapeuta necesita hacer que la familia “oiga”, y esto exige que su mensaje supere el umbral de sordera de la familia.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Repetición del mensaje.</li> <li>▪ Repetición de la interacción (isomórfica).</li> <li>▪ Modificación del tiempo (ampliar o disminuir la interacción).</li> <li>▪ Cambio de distancia (física o emocional).</li> <li>▪ Resistencia a la presión de la familia.</li> </ul>
<b>2. Reestructuración: Cuestionamiento de la estructura.</b>	
<p>➤ <b>Frontera.- Las técnicas de fijación de fronteras pueden apuntar a la distancia psicológica entre los miembros de la familia y a la duración de la interacción dentro de un holón significativo.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Distancia psicológica</li> <li>▪ Duración de la interacción</li> </ul>
<p>➤ <b>Desequilibrio (cambiar el vínculo).- Su meta se dirige a modificar el vínculo jerárquico de los miembros de un subsistema. Estos cambios pueden llegar a engendrar realidades nuevas para los miembros de la familia.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alianza.</li> <li>▪ Alianza alternativa.</li> <li>▪ Ignorar.</li> <li>▪ Coalición.</li> </ul>
<p>➤ <b>Complementariedad (perspectiva unilateral vs. totalidad).- Una de las metas es modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia, con la diferencia de que esta vez se cuestiona la idea íntegra de jerarquía.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuestionar al otro.</li> <li>▪ Cuestionar el problema.</li> <li>▪ Cuestionar la idea lineal.</li> <li>▪ Cuestionar la puntuación de los hechos.</li> </ul>

<b>3. Consolidación: Cuestionamiento de la realidad.</b>	
➤ <b>Realidades.- Concepción del mundo de la familia que tiene que ver con dinámicas disfuncionales.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Validación de una concepción del mundo.</li> <li>▪ Cuestionamiento de la concepción del mundo.</li> </ul>
➤ <b>Constructos cognitivos.- Creencias que conforman la realidad familiar.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paradojas.</li> <li>▪ Intervenciones directas, basadas en la aceptación.</li> <li>▪ Intervenciones paradójicas basadas en el desafío.</li> <li>▪ Inversiones basadas en la aceptación y el desafío.</li> <li>▪ El grupo de consulta como coro griego.</li> <li>▪ Fidelidad a la paradoja sistémica.</li> </ul>
➤ <b>Lados fuertes.- Identificar las capacidades, habilidades y creencias que pueden fortalecer el cambio.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Defectos de la familia.</li> <li>▪ Los aportes de la familia.</li> <li>▪ Respuestas del paciente individualizado.</li> <li>▪ Alternativas de interacción.</li> <li>▪ Símbolos universales.</li> <li>▪ Verdades familiares.</li> <li>▪ Consejo profesional.</li> </ul>

**Tabla 4.** Resumen de técnicas del Modelo Estructural de Minuchin.

Los parámetros diagnósticos y características de la estructura son:

- Jerarquías.- Manera en que se encuentra distribuido el poder dentro de la familia.
- Límites.- Permite a cada miembro y a la familia entera delimitar sus funciones y responsabilidades. Tipos de límite:

Límites claros    -----

Fusión -----

Límites difusos    .....

Conflicto -----/ /-----

Límites rígidos    \_\_\_\_\_

Coalición    {

Asociación    =====

Rodeo    ⇒

- Aglutinamiento.- Los límites están muy cercanos, se exalta el sentido de pertenencia hacia el grupo y se abandona la autonomía.
- Desligamiento.- Límites inadecuadamente rígidos, existe demasiada independencia y poca lealtad.

-----/-----/ .....

Desligada (rígidos)    Claros (normal)    Aglutinada (difuso)



- Alianzas.- Unión entre dos o más miembros de la familia. Éstas pueden ser transitorias, flexibles patológicas, rígidas o permanentes. Las alianzas permanentes se pueden transformar en coaliciones.
- Coaliciones.- Unión entre dos o más miembros de la familia en contra de un tercero; generalmente la coalición es oculta e involucra a personas de distintas generaciones.
- Triángulos.- Es la interacción que se da entre tres personas, una de las cuales no pertenece al subsistema. Por ejemplo, un hijo que interviene en la relación entre sus padres, también llamado “hijo parental”.
- Territorio.- Espacio emocional que ocupa cada miembro de la familia, en tiempo y lugar.
- Geografía.- Ubicación de la familia en el hogar.

Las áreas de evaluación que se consideran para el diagnóstico familiar incluyen:

- a. *Estructura, pautas y alternativas.*- Se toma en cuenta desde la conformación de la familia, lenguaje verbal y no verbal que den pistas acerca de las interacciones, y los roles que cada miembro juega.
- b. *Flexibilidad, capacidad de elaboración y reestructuración.*- Se explora la cristalización de las formas relacionales, lo ligada o desligada que se encuentra la familia y se pueden comenzar a emplear técnicas de reestructuración (antes mencionadas).
- c. *Resonancia y sensibilidad ante acciones.*- Se reconoce el impacto que tiene la conducta de uno en el resto de los miembros, cómo es que se equilibra el sistema y cuáles son las más adecuadas.
- d. *Contexto, fuente de apoyo y ecología.*- Se reconocen las características socioeconómicas en que se desarrolla la familia, se pregunta acerca de las redes de apoyo con las que se cuenta, se evalúa también el contacto de otros sistemas.
- e. *Desarrollo y rendimiento.*- Se toman en consideración desde los factores estresantes, el ciclo de vida por el que transitan en forma individual y como familia, se identifica las áreas en que se han visto afectados.
- f. *Síntomas.*- Se exploran las características del síntoma, su función, sus ganancias y las conductas que lo mantienen (Minuchin y Fishman, 2008).

## **Consideraciones.**

De acuerdo con Minuchin (2001) los supuestos que respaldan esta propuesta son: Al modificar la estructura familiar, se transforman las relaciones, la posición de los miembros de la familia y desaparece el síntoma; el ser humano no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales; la experiencia del ser humano es determinada por su interacción con el medio; la información, actitudes y formas de percibir son asimiladas y almacenadas, y se convierten así en una parte de la forma de acercamiento de la persona al contexto habitual donde interactúa; y la familia se convierte en la principal fuente de salud o enfermedad mental al ser el principal soporte de la experiencia interior del sujeto a lo largo de la vida.

Las pautas de intervención del modelo estructural son: modificar la estructura familiar, se interesa en el presente (sin embargo, actualmente se interesa por conocer la historia de la familia) y no en lo que pudo haber provocado el desequilibrio, pretende aplicar intervenciones en el presente que impacten el futuro, y propone alternativas de interacción, vinculación y relación para que los miembros se equilibren de forma diferente.

El terapeuta estructural deberá poseer: sensibilidad hacia la situación familiar; conexión interpersonal con la familia a tratar; capacidad de liderazgo; alcanzar la individuación en la propia vida; adaptación flexible a situaciones o personas; habilidad para seducir, orientar, apoyar, dirigir, sugerir o conducir a la familia de tal modo que sea escuchado; conocimiento teórico y clínico – práctico; y capacidad para escuchar e integrar contenidos con un pensamiento circular.

La ubicación de un individuo o una familia dentro del proceso del ciclo vital, ya sea individual, familiar o grupal nos ayuda a conocer cuáles son las fuentes de estrés ante las cuales se encuentran expuestos, así como los retos y avatares que se pueden convertir en un síntoma.

## **2.2.2 Modelo Estratégico.**

### **Introducción.**

El modelo estratégico se deriva de las propuestas de Milton Erickson. Su objetivo principal es elaborar una estrategia que facilite alcanzar los objetivos y metas que persiga la familia, es decir, se determina un plan específico que resuelva de forma clara una situación concreta. Si una táctica o estrategia no funciona, se debe cambiar de plan de acción.

Según Erickson, existen seis formas de conceptualizar los problemas en la terapia estratégica. Milton Erickson se basaba en que las relaciones humanas no son blanco o negro, ya que en donde hay amor, hay odio; y el poder es asociado a la dependencia; el comportamiento es totalmente voluntario o involuntario; tan pronto como una persona ha definido una situación y la comprende sin ambigüedad, los opuestos se nos presentan en la mente y parecen igualmente concebibles. Las formas de conceptualizar los problemas son: a) comportamiento voluntario / comportamiento no voluntario; b) poder / debilidad; c) metáfora / secuencia literal; d) jerarquía / igualdad; e) hostilidad / amor; y f) intereses personales / altruismo (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

### **Antecedentes.**

Entre los exponentes de la perspectiva estratégica están personalidades como Cloe Madanés, de Washington D.C. y algunos miembros del MRI, como Jay Haley, Don D. Jackson, John Weakland, Richard Fisch y Paul Watzlawick (2007).

El modelo estratégico se elabora a partir de tres pilares teóricos, estos son: el modelo estructural de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo; la hipnosis propuesta de Milton Erickson; y la Teoría de la comunicación humana planteada por Gregory Bateson y Weakland.

Haley trabaja con el modelo estratégico, con los exponentes del MRI, así como con el modelo de Salvador Minuchin. Cuando se asoció con este último, incorporó el modelo de terapia estructural y utilizó las técnicas de paradoja. En este momento, los objetivos de Haley eran estructurales, con énfasis en la jerarquía dentro de la familia. Haley fue el

primero en acuñar el término “estratégico” para describir cualquier terapia en que el clínico activamente diseña las intervenciones para cada problema. El término ha llegado a ser identificado con la labor de Weakland, Watzlawick y Fisch (2007), como quedó representado en el artículo “Terapia Breve: Enfoque en la Solución de Problemas” (Hoffman, 2005).

Lynn Hoffman también trabajó con este modelo y colaboró con Haley en 1969, uniéndose posteriormente al grupo del Instituto Ackerman de Nueva York, donde aplicaron este modelo, en la época de los setentas, Peggy Papp, Joel Bergman y Peggy Penn.

### **Exponentes.**

**Jay Douglas Haley.**- Nació el 19 de julio de 1923 en Wyoming, E.U. Estudió artes teatrales y bibliotecología en la UCLA y más tarde una maestría en Comunicación. De 1952 a 1962 colaboró en el proyecto de investigación de Gregory Bateson, junto con Don Jackson, Jonh Weakland y Bill Fry. De 1955 a 1975 realizó viajes semanales, junto con J. Weakland, a Phoenix, Arizona, para conocer el trabajo de Milton H. Erickson en terapia breve. De 1962 a 1965 trabajó con el equipo de Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto California. En 1962 junto con Don Jackson y Nathan Ackerman fundó la revista Family Therapy. Se casó en 1976 con Cloe Madanés, con quien fundó el Family Therapy Institute en Washington, D.C. En 1992 se casó con Madeleine Richeport-Haley. En 1995 se retiró de la práctica clínica. Murió el 13 de febrero de 2007.

**Cloe Madanés.**- es una de las promotoras del enfoque estratégico en terapia familiar. Licenciada en Psicología por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, fue, entre los años 1974 y 1980, profesora auxiliar clínica del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Howard, en Washington, y del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Baltimore en Maryland, para pasar, ya en 1980 y hasta 1984, a ser profesora adjunta del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Maryland. Desde 1974 a 2001, ha sido la Directora del Centro de Terapia Familiar de Rockville, Maryland y del Instituto de Terapia Familiar de Washington D.C. Ha sido reconocida como Doctor Honoris Causa en Letras Humanas por la Universidad de San

Francisco, California en 2001, así como también con la Mención Especial de la Fundación Egner de la Universidad de Zúrich, Suiza, por su contribución distinguida en los campos de la psicología, la antropología y la filosofía en 1996. Finalmente, en 2008, fue reconocida como Terapeuta Principal por parte de la Asociación Americana de Psicoterapia. Madanés fue pionera en la aplicación de la terapia familiar estratégica en el abordaje de los casos de violencia familiar. En este momento, Cloe Madanés es Miembro Supervisor y Acompañante Clínico de la Asociación Americana del Matrimonio y de la Terapia Familiar. También es Presidente del Instituto Robbins-Madanés para la intervención estratégica de La Jolla, California, y el Instituto Madanés de Terapia Familiar, también en La Jolla, California (Galicía, 2005). Actualmente, escribe columnas y artículos de manera regular en Newsweek, Vogue Magazine, The Washington Post, The Boston Globe y The Washington Jewish Weekly, y sus libros han sido traducidos a más de 10 idiomas.

### **Principios básicos.**

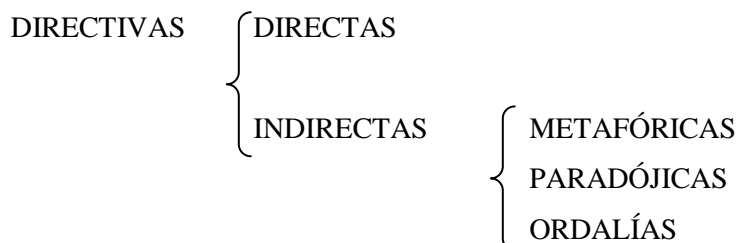
- La unidad terapéutica.- Ubicarse en las situaciones sociales, para modificar pautas familiares rígidas.
- La organización y la jerarquía.- La familia es una organización con reglas, poder y estatus, esto es diferente en cada sujeto.

### **Técnicas.**

La intervención estratégica implica la realización de los siguientes puntos:

1. Formulación del problema.
2. Etapas de la primera entrevista: Etapa social; planteamiento del problema; etapa de interacción; y fijación de metas.

Las técnicas se dividen en directivas directas y directivas indirectas (metáforas, paradojas y ordalías):



**Directivas directas.-** Se le dice a la persona que haga algo con el propósito de que lo cumpla. El terapeuta trata de modificar el comportamiento de una persona o familia diciéndole a uno o varios de sus integrantes que dejen de hacer lo que están haciendo, hagan más de lo mismo o que hagan algo diferente. Suele ayudar que el terapeuta cuente con una reputación de experto.

**Directivas indirectas.-** Se le dice a la persona lo que debe hacer con el propósito de que NO lo cumpla, es decir, se espera que cambie por medio de la rebelión. Existen tres variantes de las intervenciones indirectas: metafóricas, paradójicas y ordalías.

**Directivas metafóricas.-** Se trata de la aplicación de una expresión sobre un concepto o un objeto, al cual no denota en forma literal, con la intención de sugerir una comparación con otro concepto u objeto y facilitar así su comprensión.

**Directivas paradójicas.-** Consisten en dar dos mensajes transmitidos a niveles diferentes: *cambien* y, dentro del mismo mensaje, *no cambien*.

**Ordalías.-** Deben provocar una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Debe ser algo que la persona pueda ejecutar y a lo que no pueda oponer objeciones válidas. No debe causar daño al sujeto ni a ninguna otra persona. Conviene que beneficie a la persona (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

*Etapas de la ordalía:* 1) Definir claramente el problema, 2) La persona debe comprometerse a superar su problema, 3) Seleccionar la ordalía, 4) La directiva se imparte acompañada de una explicación lógica, 5) La ordalía continúa hasta que se resuelve el problema, y 6) La ordalía está inserta en un contexto social (Haley, 1987).

### **Consideraciones.**

El terapeuta puede obtener resultados durante la primera entrevista, siempre y cuando sepa sostener su liderazgo frente a la familia, pueda dar apoyo y consejo, manipule el medio que sostiene la pauta rígida de interacción y establezca objetivos claros y concretos. El terapeuta estratégico debe poseer: orden, calma, claridad en las tareas y roles, manejo adecuado de límites, manejo de las jerarquías, habilidad para modificar la estructura familiar, y para definir funciones de los miembros dentro de la familia.

El objetivo del modelo estratégico formula una nueva realidad para la familia, redefine los problemas, modifica la secuencia que mantiene el problema, y se enfoca a la solución ingeniosa, más que al problema. La postura estratégica es una de las que comparte fundamentos con la terapia breve enfocada en el problema y con la terapia breve con enfoque hacia las soluciones, ya que las tres parten del modelo de terapia breve.

El modelo estratégico es de utilidad cuando el terapeuta considera, tras la valoración clínica, que ser el líder de la familia puede promover cambios que modifiquen las pautas de comportamiento. También, el terapeuta puede aprovechar esta postura con familias que tengan habilidad para enfrentar retos impuestos, que los invite a mover su posición, haciendo más desgastante el “hacer más de lo mismo” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2007). Por lo tanto, la aportación principal del modelo estratégico es desgastar el síntoma hasta hacerlo desaparecer.

### **2.2.3 Modelo de Terapia Breve enfocado a Problemas.**

#### **Introducción.**

El modelo de Terapia Breve enfocado a Problemas parte del pensamiento de Gregory Bateson y Milton Erickson. Este modelo asume la idea de que no hay realidades únicas. La propuesta de éste modelo es conocer los pormenores de cada problema con el fin de crear nuevas formas de solución que favorezcan en cambio.

Bateson estableció que existe una relación recursiva entre el significado y la acción; así un cambio de visión respecto al problema puede conducir a un cambio en la conducta del sistema.

#### **Antecedentes.**

La terapia breve enfocada al problema se trata en esencia de un modelo no patológico que se describe con más detalle en *Cambio: formación y solución de los problemas humanos* y *La táctica del cambio*. Ambos libros constituyen el resultado de más de quince años de investigación clínica en el Centro de Terapia Breve del Instituto de Investigación

Mental de Palo Alto (California, EE.UU.). Esta investigación, a su vez, surgió de una previa labor sobre terapia familiar interactiva en el dicho instituto y del notable estímulo suministrado por el contacto con la obra innovadora de Milton Erickson.

El proyecto “Terapia Breve” comenzó como una investigación sobre tratamientos que empleaban técnicas innovadoras para el cambio, y que se centraban en la enfermedad principal del paciente. En el marco de los inicios de la terapia breve, podemos identificar dos enfoques principales: el encausado a problemas y el orientado a soluciones. Ambos enfoques tienen sus antecedentes en el pensamiento constructivista, el trabajo de Milton H. Erickson y los análisis de Gregory Bateson.

El modelo de terapia breve asume la idea de que no hay una realidad única, por tanto el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal a sus clientes. Su función es preocuparse por solucionar las quejas que presenten y no deberá creer que exista una sola forma correcta y válida de vivir la vida (O’ Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

### **Exponentes.**

El modelo de terapia breve centrado en el problema fue elaborado por John Weakland, Donald Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch en el Mental Research Institute de Palo Alto, California.

El MRI parte del proyecto de investigación que se realizó en familias que tenían un paciente con esquizofrenia, éste dio pie para la creación de la teoría del doble vínculo, en ella encontraron: pautas contradictorias de comunicación, contexto y pautas que agudizaban la situación del paciente, atrapamiento y angustia dentro del sistema y relaciones paradójicas (Espinosa, 2005).

### **Principios básicos.**

La terapia breve enfocada al problema propone que los pacientes son capaces de definir su problema. Cuando éste se determina de manera muy vaga, confusa, o con causa



presumible, la meta del terapeuta será ayudar a la familia a definirlo y a establecer objetivos claros para solucionarlos (Fallon, 1988; citado en Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El supuesto principal de esta postura, es que para que una dificultad se convierta en problema, tiene que cumplir dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada; o 2) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma “solución”. Entonces queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso (Maruyama, 1963; citado en Fisch, Weakland y Segal, 2003), convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original.

Otra posibilidad, se refiere a un error de tipo lógico, que puede construir problemas. No se trata de que las personas sean ilógicas, sino de que siguen lógicamente sendas que proceden de premisas incorrectas o inaplicables, aunque estas premisas no funcionen en la práctica. Se ajusta con mucho cuidado a mapas deficientes, cosa bastante explicable en individuos que se hallan comprensiblemente ansiosos en medio de sus dificultades.

### **Técnicas.**

Existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas. La primera comprende las intervenciones principales, que se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. La segunda incluye las intervenciones generales, las cuales se aplican durante todo el proceso terapéutico.

Las intervenciones que se proponen en el libro “La táctica del cambio” de Fisch, Weakland y Segal (2003) pueden ser tanto intervenciones como condiciones que favorecen la aparición de uno o más problemas. Sin embargo, estos autores están de acuerdo con que son más útiles como técnicas propias de este modelo de intervención. Las dividen en dos grupos: las intervenciones principales y las intervenciones generales. A continuación las mencionaré:

### **A. Las intervenciones principales.**

Las intervenciones principales se utilizan tras haber recogido los datos suficientes sobre la situación concreta, son 5 tipos de intervenciones.

1. *El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.*
2. *El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.*
3. *El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.*
4. *El intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.*
5. *Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.*

### **B. Las intervenciones generales.**

Se pueden utilizar en casi cualquier momento del tratamiento, y son lo bastante amplias como para usarse en una amplia gama de problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente.

1. *No apresurarse.*
2. *Los peligros de una mejoría.*
3. *Un cambio de dirección.*
4. *Cómo empeorar el problema (Fisch, Weakland y Segal; 2003).*

### **Consideraciones.**

La Terapia Breve enfocada al Problema es uno de los modelos que parten de la terapia breve, por tal motivo intenta acortar el tiempo de intervención, busca tareas que rompan la rigidez del sistema e incorpora intervenciones directivas que confrontan creencias con el fin de cambiar la percepción de los clientes.

El MRI propone motivar al cliente para que colabore con las tareas que se plantean, recopilar la información necesaria para ampliar la movilidad del terapeuta, desmenuzar el problema en todas sus aristas para realizar acciones innovadoras, valorar la eficacia de los esfuerzos y valorar una posible alta terapéutica. Sin embargo, a veces esto no es fácil, dado que la familia lucha por mantener la dinámica conocida, por ello es necesario que el terapeuta sepa cómo exponer las tareas y recomendaciones para que éstas se cumplan.

La terapia familiar se beneficia de este modelo, terapia breve orientado al problema, en tanto que da recomendaciones que se pueden emplear en cualquier momento del proceso terapéutico sin importar el tipo de motivo de consulta.

## **2.2.4 Modelo de Milán.**

### **Introducción.**

El modelo de Milán se caracteriza por estar interesado por las transacciones familiares presentes en generaciones anteriores a los consultantes. Como veremos a continuación es un modelo altamente crítico porque confía en la retroalimentación obtenida por medio de los consultantes, el equipo terapéutico y el mismo terapeuta.

Este es uno de los modelos en donde más claramente se expone la necesidad por ser minucioso en la observación de los detalles, ya que cualquier cosa que suceda puede ser utilizada para la comprensión de la percepción individual y grupal de cada situación problemática.

Tres aportaciones importantes propias del enfoque son: el contexto, el tiempo y el juego familiar. Este modelo se interesa por conocer el contexto en que se presenta el síntoma, con el fin de conocer la función del síntoma dentro del sistema y conocer el juego familiar. El tiempo, se utiliza para ver en qué generación se encuentra la familia con este juego doble vincular. Y el entendimiento de juego familiar, permite emplear las técnicas de connotación positiva para definir las relaciones.

Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata opinaron en un principio que las familias para ser tratadas bajo este modelo debían poseer una serie de características como son: mensajes doble vinculares, constantes desconfirmaciones y descalificaciones, rigidez en las pautas, indefinición en las relaciones entre los miembros, simetría oculta, un miembro que se sacrifica actuando un síntoma para proteger al sistema y situaciones paradójicas que atrapan a todos. Sin embargo, ahora se sabe que se puede emplear en cualquier tipo de familia y cualquier motivo de consulta.

### **Antecedentes.**

En 1967, Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia en Milán invitó a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Guiliana Prata; fueron fuertemente influidos por Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson. En 1972 iniciaron una investigación con familias en las que algunos de sus miembros mostraban conductas psicóticas y otros contaban con un diagnóstico de esquizofrenia (Rodríguez, 2005).

Dos periodos en la formación del equipo fueron de 1967 a 1975, en el cual se intervenía conductualmente para mantener la homeostasis del sistema, y el otro, de 1975 a 1979 que buscaba introducir ideas en el sistema familiar, a través de la hipotetización, neutralidad y circularidad.

Sus primeros trabajos fueron publicados en inglés, *The Treatment of Children Through Brief Therapy of Their Parents*, ahí aportaron los principales lineamientos del modelo, como son: la importancia de lo que refiere el paciente, el uso del equipo terapéutico durante la terapia, la connotación positiva y los rituales, temas que fueron desarrollados en publicaciones posteriores. Sólo cuatro años después apareció su libro clave *Paradoja y Contraparadoja* (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991), publicado en inglés, ahí exponían sus trabajos completos con pacientes y familias con problemas de anorexia y psicosis. En la misma obra, el grupo de Milán, describe sus intervenciones en varias familias, encontrando que el síntoma se puede presentar acompañado de patrones de interacción repetidos por generaciones, ellos parten del supuesto de que se requiere al menos tres generaciones para que se elabore el síntoma familiar.

En 1978, Boscolo y Cecchin iniciaron su retirada del equipo. Esta separación se dio primero en tiempos de trabajo, y después de divisiones de espacios dentro del mismo centro hasta que fue anunciada la escisión en septiembre de 1982. En esta fecha, Mara y Guiliana se trasladaron a la sede de Vialle Vittorio Veneto, en donde se asociaron con nuevos colaboradores y fundaron el nuevo centro de investigación llamado Nuevo Centro para el Estudio de la Familia. Ahí se conformaron dos equipos, el primero con Selvini Palazzoli y

Prata, y el segundo con Steffano Cirillo, Ana María Sorrento y Mateo Selvini (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991).

### **Exponentes.**

Los pioneros del modelo fueron Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Guiliana Prata. Todos ellos desarrollaron el trabajo con pacientes que vivían con anorexia y sus familiares (Rodríguez, 2005). Este grupo se planteó como objetivo principal investigar las raíces relacionales de los trastornos mentales, incluida la esquizofrenia.

Según Bertrando y Toffanetti (2004), la mayor aportación del grupo de Milán fue que se desplazó su óptica desde los síntomas hacia los patrones de comportamiento, las premisas epistemológicas y los sistemas de significado, desde el tiempo presente a un marco temporal que comprende pasado, presente y futuro. De tal modo que los problemas familiares son la inevitable consecuencia de convicciones familiares (premisas).

### **Principios básicos.**

El grupo de Milán consideró que:

- 1) La familia es un sistema que se gobierna a sí mismo y se autocorrigue a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando qué es permitido o no en la familia y en la relación de cada uno de sus miembros con los demás.
- 2) Toda conducta verbal o no verbal es una comunicación que afecta a otros y provoca en ellos una respuesta que a su vez es una conducta de comunicación.
- 3) Las familias que manifiestan conductas que tradicionalmente se diagnosticaban como patológicas en uno o más de sus miembros, se rigen por normas peculiares en las que las conductas, la comunicación y la respuesta mantienen estas reglas (Rodríguez, 2005).

### **Técnicas.**

Las técnicas del modelo de Milán fueron mantenidas por el equipo de terapeutas Post-Milán, las cuales mencionaré posteriormente, con una serie de variantes que parten de una epistemología distinta. Las principales son:

**Interrogatorio circular.-** Es el método con el cual a partir de distintas preguntas se descubren las reglas, por lo que describe en qué consiste la estrategia del juego familiar. Este interrogatorio se guía por tres ejes principales, éstos son:

- **Hipótesis.-** Es una suposición que sirve para explicar los hechos y se conforma a partir de la observación de la comunicación verbal y no verbal. Su función es conectar las conductas de la familia con los significados que cada miembro de la familia le atribuye. Se escriben de modo afirmativo, no necesariamente son verdaderas, ya que pueden ir modificándose a lo largo del tratamiento. Debe incluir a todos los miembros del sistema.

Los propósitos de la hipótesis son:

- a) Relacionar el comportamiento familiar con el problema y su interacción,
- b) Ordenar el planteamiento de preguntas sistémicas y circulares, y
- c) Introducir a la familia en el encuadre sistémico de la terapia.

La hipótesis puede ser formulada:

- a) Basándose a la información acerca de la familia, quién al refiere, la entrevista telefónica y las entrevistas con las familias.
- b) Basado en experiencias psicológicas del terapeuta con familias y problemas similares, tomando en cuenta la cultura, la religión, la posición sociocultural y los patrones repetitivos.
- c) Aplicando los conocimientos sistémicos del terapeuta.

Para que sirva como guía de la sesión terapéutica, la hipótesis deberá:

- a) Relacionarse o enfocarse a la preocupación o al problema central de la familia.
- b) Ser útil; sin perder de vista que lo importante es no mantener la hipótesis sino encontrar la verdad que la mantiene.
- c) Configurar, analizar y confirmar la hipótesis de la familia y del terapeuta sobre la verdad problema.

- d) Plantear nuevas hipótesis de acuerdo con los planteamientos y la evolución de la interacción terapéutica.
  - e) No se deberá indicar a la familia la hipótesis del terapeuta (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- **Neutralidad.**- Anteriormente, en el grupo de Milán, se manejaba que el terapeuta se debía mantener con todos a la vez, sin juzgar ni criticar. El equipo se encargaba de neutralizar los intentos de cualquier miembro de la familia por aliarse con el terapeuta.
  - **Circularidad.**- Es la capacidad del terapeuta para la búsqueda de información acerca de las relaciones, las diferencias y el cambio (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1991). La ventaja del interrogatorio circular es que permite conocer sobre el pasado, presente y futuro con el objetivo de detectar las diferencias de la familia antes y durante el problema.

Algunas recomendaciones para llevar a cabo la entrevista circular son:

- ❖ El terapeuta ha de pensar sólo sobre las relaciones.
- ❖ Al hacer preguntas no debe pasar más tiempo con un miembro que con el resto.
- ❖ Hacer preguntas relevantes que solamente aludan al problema.
- ❖ Detectar y anotar palabras claves relacionadas con los temas importantes.
- ❖ Si hay un tema que la familia dude responder, preguntar lo opuesto.
- ❖ Preguntas lineales sobre sentimiento o conductas también dan indicios que ayudan a formular preguntas relacionales.
- ❖ Indagar las consecuencias del cambio en cada miembro de la familia.
- ❖ Observar las reacciones de la familia sobre prescripciones, tareas, rituales, etc., porque también son fuente de información (Rodríguez, 2005).
- ❖ Introducir a cada miembro de la familia, a una visión sistémica, dándoles nueva información y retroalimentación acerca de sus preocupaciones, creencias, comportamientos, posiciones, relaciones y pertenencias.

- ❖ Elaborar planteamientos en la estructura sistémica de la familia en relación temporal del problema.
- ❖ Ubicar la posición estereotipada de cada miembro de la familia y determinar cuándo y por qué se dio.
- ❖ Observar los límites muy rígidos que dificulten la interacción.
- ❖ Realizar la misma pregunta a cada integrante de la familia o los que se considere necesario para que se dé el planteamiento sistémico (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Las preguntas más importantes de ambas propuestas (Milán y Post-Milán) son:

1. **Preguntas de interacción.**- Se formulan con el verbo “actuar”, se usan cuando la familia usa adjetivos calificativos para explicar una conducta, sirven para detectar coaliciones y normas que forman el juego.
2. **Preguntas en el presente.**- Sirven para ubicar los patrones conductuales y relacionales, quienes son los involucrados en el síntoma y situaciones que se desarrollan de forma paralela.
3. **Preguntas en el pasado.**- Se exploran eventos, sentimientos o interacciones pasadas, para ubicar el origen del juego familiar.
4. **Preguntas a futuro o de hipotetización.**- Se expone un contexto referencial en donde el futuro se observa prometedor, se pueden explorar posibles reacciones ante los diferentes desenlaces de la situación problemática y ayuda a conocer las posibles consecuencias del cambio.
5. **De diferenciación.**- Se puede explorar qué pasa, qué piensa, qué siente y qué hace cada miembro cuando se presenta el problema; qué ha cambiado a lo largo del tiempo; o qué diferentes formas de reaccionar tiene cada uno.
6. **Explicativas.**- Se utilizan para conocer las opiniones, significado u origen de las creencias sobre por qué está presente la situación (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El modelo de Milán ha propuesto formas de intervención que dependen de la resistencia que la familia tenga hacia el cambio; estas propuestas son:



- 1º) **Connotación positiva.**- Se trata de ofrecer una interpretación más útil a la familia, en fines de abrir la puerta al cambio y a la paradoja, ayuda a definir la relación como complementaria entre la familia y el terapeuta, sin el peligro de la descalificación. Es importante enmarcar las conductas sintomáticas como sacrificios no solicitados por nadie para evitar la culpa.
- 2º) **Contraparadoja.**- Se coloca a la familia en una situación en donde hagan lo que hagan estarán bien. Se utiliza cuando el terapeuta está convencido del no cambio, es decir, de que la familia tiende a un esfuerzo homeostático donde no va a cambiar, ya que de lo contrario el terapeuta corre el riesgo de parecer artificial al dar el mensaje.

Se ubica la conducta de la familia en un reto que consiste en una división de opiniones entre el cambio y el no cambio. Si la familia cambia, se reconoce el error que cometió el equipo al elegir el no cambio, y si no hay cambio significa que el equipo tuvo razón, situación que intensifica el reto para que se produzca el cambio.
- 3º) **Rituales familiares.**- Es una acción o serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, en las que tienen que participar todos los miembros de la familia. Para desarrollarlo es importante saber la historia familiar y la evolución del mito a través de las generaciones. Se utilizan para desarticular los mitos familiares. Un tipo común de ritual es pedir explícitamente que un día sí y otro día no se realice cierta actividad, de manera alternada, a esto se le llama tarea de día par y tarea de días impares.
- 4º) **De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo.**- Esta estrategia equilibra al subsistema fraterno, porque cambian su percepción de los hechos a una visión más compasiva, situándose por arriba del miembro sintomático. Con este movimiento se pretende mostrar que los hermanos se encuentran en peores condiciones que él y necesitan su ayuda, por lo tanto, él ha decidido regalarles el reconocimiento de sus padres y la libertad de acción que han tenido gracias a que ha acaparado toda la atención. Esto refleja que el costo que paga el enfermo es el “no crecimiento”.
- 5º) **Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos.**- Cuando no hay hermanos se intenta desplazar el enojo entre padres e hijo al equipo terapéutico. Esto evita generar sentimientos negativos o sensación de ser criticados. El mensaje que se les transmite es: “No es tarea de los hijos mejorar la relación entre los

padres o reemplazarlos en sus funciones, así se le invita a crecer”, pese a que la relación entre los padres se quiera mantener, siempre y cuando estén convencidos de que éste es un asunto que no les compete.

- 6º) **Los terapeutas aceptan sin objeción una mejoría sospechosa.**- Generalmente cuando el cambio se presenta abruptamente sin la modificación en el nivel relacional, si se sospechara o descalificara del cambio se correría el riesgo de descalificar, cayendo en el juego familiar. En estos casos se puede recordar a las familias el número de sesiones acordadas para dejar la puerta abierta a una nueva sesión de seguimiento, en alguna posible recaída.
- 7º) **Cómo recuperar a los ausentes.**- Se aplica en miembros de la familia que han decidido no seguir acudiendo, o en aquellos cuyas resistencias son tan intensas que nunca han asistido. Antes de utilizarla es preciso ubicar qué movimientos se han hecho en la familia. Esta maniobra se realiza de dos formas: la primera, se prescriben tareas que involucren al miembro ausente; y la segunda, se envía una carta cuya consigna sea leerla en presencia de toda la familia.
- 8º) **Cómo eludir la desconfirmación.**- La realiza el terapeuta con el objetivo de desmontar el juego familiar, el clínico aprovecha las paradojas terapéuticas (paradojas en donde se haga lo que se haga está bien), o prescripciones que evidencien el juego relacional.
- 9º) **El problema de las coaliciones negadas.**- Alianza entre madre e hijo o padre e hija para agredir a un tercero, para acabar con ellas se connotan positivamente las intenciones de demostrar honestidad y afecto, esto se debe expresar por medio de la paradoja.
- 10º) **Los terapeutas declaran la propia impotencia sin reprochárselo a nadie.**- Cuando las familias se muestran inmóviles ante el cambio, los terapeutas pueden entrar en una escalada simétrica que puede fortalecer sus resistencias. Así que la técnica es dejar de insistir cambiando su posición relacional del terapeuta, se pueden decir cosas como “nos encontramos esta vez confusos e incapaces de tener una idea clara y de prestar ayuda, y la discusión del equipo no ha hecho más que evidenciar la confusión”.
- 11º) **Los terapeutas se prescriben la paradoja extrema.**- El equipo de Milán diseñó dos contraparadojas. La primera es aislar ese pedido de todas las maniobras

comunicacionales, dándole una connotación de justo y legítimo. La segunda es una prescripción que concierne sólo al equipo terapéutico acerca de acceder a esa petición.

12º) **Los terapeutas abandonan la función paterna, prescribiéndola paradójicamente a los miembros de la última generación.**- La secuencia de eventos continúan la siguiente serie de pasos: 1) Ingreso de los terapeutas al sistema; 2) Intento de los padres de lograr la coalición con algún terapeuta; 3) Rechazo de la maniobra declarando que el líder bueno y generoso es lo sintomático; 4) Los padres son cada vez más parentificados y los padres hablan menos de familias extensas; 5) El sintomático pasa de ser progenitor a ser hijo, se abandona el síntoma; 6) Los padres reintentan la coalición con terapeutas y esperan juicio de ellos; 7) Los terapeutas se niegan a hacer declaración alguna y aceptan el papel de progenitores; 8) El sintomático abandona los síntomas en todos los espacios de interacción; 9) Puede ser que un hermano asuma el síntoma; 10) Connotación positiva en cuanto a impedir que se termine la terapia; 11) Hijos libres de síntomas y padres renuentes al fin de la terapia; y 12) Abandono de los terapeutas del papel de progenitor y prescripción paradójica a los hijos (Rodríguez, 2005).

### **Consideraciones.**

En este modelo el elemento tiempo funciona como indicador entre la presencia del síntoma y la desaparición del mismo. Además de las intervenciones propias del modelo, el terapeuta tiene la posibilidad de aumentar las opciones para disipar un síntoma manejando el uso del tiempo en el lenguaje, en las actividades metafóricas y las prescripciones.

El terapeuta debe ser lo suficientemente flexible para detectar si es o no es el momento de cambio, de otro modo, puede tratar de presionar u observar situaciones para las cuales no están interesados. Cabe señalar que no todo síntoma se debe a una transacción doble vincular, por lo cual hay que identificar qué modelo puede resultar más adecuado en cada caso. Además de que el equipo terapéutico funciona como un ojo externo que regala al terapeuta una visión más amplia sobre lo que está ocurriendo en la sesión, además de ser una herramienta poderosa para el terapeuta.

La hipótesis es susceptible de cambiar conforme se van obteniendo logros o se aumenta la cantidad de información. La capacidad para mantener la neutralidad del terapeuta puede incrementarse con ayuda del equipo terapéutico, porque evita que el terapeuta sea seducido y atrapado por la dinámica familiar. El interrogatorio circular es la intervención más efectiva porque permite: mostrar caminos alternativos o pautas alternas; desenmascarar y disolver coaliciones ocultas; encontrar eventos relacionados entre sí, susceptibles a cambiar; detectar relaciones o transacciones esquizofrénicas; conocer las explicaciones y motivaciones familiares que sostienen el problema; y usar aspectos condicionantes de los cuales se pueden querer escapar.

El modelo Milán aporta a la terapia familiar, no sólo una forma de dividir las sesiones o el trabajo con las paradojas, sino también una forma de interrogar, las posibles hipótesis generadas a partir de lo que se oye, las cuales pueden cambiar continuamente, la neutralidad para que el terapeuta no juzgue o critique a los consultantes, y la circularidad que permite involucrar a más personajes en un momento determinado.

## **MODELOS PUENTE**

### **2.2.5 Modelo de Terapia Breve enfocado a las Soluciones.**

#### **Introducción.**

El Modelo de Terapia Breve centrada en las Soluciones es un modelo terapéutico que presenta la ventaja de que se pueden observar cambios en la dinámica, interacción, estructura, comunicación, sentimiento, emociones, pensamiento y conducta del sistema familiar desde la primera sesión a partir de ubicar los recursos personales y familiares de las personas. En este modelo no es importante que los clientes profundicen demasiado sobre lo que están haciendo, sino que actúen y/o modifiquen su percepción sobre las situaciones que les provocan algún tipo de malestar o queja.

Dentro de la Terapia breve basada en Soluciones se considera que la realidad se construye de forma particular en cada grupo familiar y que el terapeuta no debe contradecirla ni imponer la suya, sino promover la modificación perceptiva de la misma. El terapeuta de soluciones asume un interés genuino por conocer las excepciones del problema, es copartícipe del cambio, más no responsable del mismo, el cliente es quien ejecuta un papel protagónico en la resolución de sus problemas. Este modelo aprovecha que la mayoría de familias son sensibles al cambio o poseen mayor motivación para alcanzar sus objetivos.

### **Antecedentes.**

Los trabajos de Milton Erickson fueron fundamentales para establecer los modelos teóricos de diferentes enfoques terapéuticos, como son: el modelo estratégico, la terapia breve enfocada al problema y el modelo enfocado a las soluciones. Erickson consideraba que los pacientes tienen en su propia estructura psíquica y social la capacidad de solución; por tanto, el terapeuta deberá utilizar como objetivo terapéutico los recursos y soluciones de sus pacientes.

Este enfoque sigue también las líneas de pensamiento de la Terapia Breve y aparece como un modelo diferente en la década de los 80's en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee, Wisconsin, EUA. El grupo estaba encabezado por de Shazer y entre sus colaboradores más destacados se encuentran: Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berg. Se incorporan un poco después: Wally Gingerich, Jonh Walter y Michele Weiner-Davis (O' Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

### **Exponentes.**

Este movimiento continuó en el Instituto de Terapia Breve de Milwaukee. El grupo inicial de fundadores incluía a Steve de Shazer, quien había trabajado anteriormente en el MRI y dedicaba todo su tiempo a la investigación y a la teoría, así como a Insoo Berg, quien enfatizó sus esfuerzos en preparar terapeutas. Michele Weiner-Davis miembro del Instituto de Milwaukee, se separó posteriormente para fundar su propia Institución en Woodstock, Nueva York, también enfocado a terapia breve. Todos los resultados

anteriormente mencionados se difundieron en EUA, a través de conferencias. Por su parte, William Hudson O' Hanlon, quien radica en Omaha, Nebraska, nunca se asoció al centro de Milwaukee, pero fue preparado por Milton Erickson (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Se distinguen dos autores, principalmente: Steve de Shazer y William O' Hanlon, con métodos particulares que comparten el interés por explorar y descartar las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones.

Bill O' Hanlon y Michele Weiner-Davis (1989) postulan que durante la terapia se deben co-crear problemas resolubles. Esto supone introducir en el proceso terapéutico el principio de incertidumbre en la definición del problema, para lo cual se apoyan en el uso de preguntas que generen información acerca de lados fuertes, las capacidades y los recursos. Se resalta también el lenguaje (como una conversación para el cambio), ya que ofrece la posibilidad de modificar y/o consolidar ciertos puntos de vista acerca de la realidad, aunque también se puede usar como un instrumento para cuestionar certezas inútiles, utilizando las presuposiciones para introducir en la sesión de terapia ideas o expectativas de cambio. Esto se puede lograr utilizando sus propias palabras o frases favoritas, o a través de metáforas.

Este modelo es útil para personas que busquen obtener resultados profundos en corto tiempo, para clientes interesados en poner en juego sus habilidades, fortalezas y recursos y para clientes que han probado otro tipo de intervenciones sin resultados tangibles.

La siguiente tabla muestra los conceptos de los cuales echó mano la Terapia Breve centrada en Soluciones (O' Hanlon y Weiner-Davis, 1989):

<b>AUTOR</b>	<b>CONCEPTO TEÓRICO</b>
<b>Virginia Satir</b>	Alternativas normalizantes
<b>Iván Nagy</b>	Connotación Positiva
<b>Milton Erickson</b>	No existe la patología Aprovechamiento de los mecanismos mentales Enfoque de la utilización Ajuste al cliente

**Tabla 5.** Conceptos con los que se conformó el Modelo de Terapia Breve enfocado a las Soluciones.

### **Principios básicos.**

Dos conceptos que justifican esta teoría son: El primero se basa en la teoría constructivista y en la expectativa de la nueva realidad de cada grupo familiar, ya que la familia influirá en lo que se obtendrá con la cooperación simultánea, tanto de la familia como del terapeuta. El segundo se basa en el postulado de que sólo se necesita un pequeño cambio, el cual funciona como detonador o avalancha para provocar cambios mayores (O' Hanlon y Weiner-Davis, 1989). La terapia enfocada a soluciones toma del constructivismo la idea de que no hay una realidad única, por tanto el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal para sus clientes.

Esta postura se desarrolló a partir de la terapia estratégica y la terapia breve. En el modelo enfocado a soluciones, el terapeuta plantea que la misma familia debe resolver el problema específico que trae a terapia, utilizando sus propios recursos en la misma forma que resolviera problemas anteriores. El terapeuta no ejerce coerción alguna en la familia, su objetivo es trabajar conjuntamente con ésta en una solución específica.

Las premisas de las cuales parte el modelo de terapia breve enfocada a las soluciones son: la resistencia no es un concepto útil, porque la gente está interesada en cambiar; no es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo, por ello no se realizan entrevistas largas o tan precisas sobre el cómo, dónde, cuándo, con qué frecuencia, de qué modo, con quiénes, etc., a menos que sea imprescindible; los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para resolver sus quejas o para cambiar; la cooperación es inevitable: cualquier cosa que el cliente traiga a la terapia se puede utilizar como elemento de cooperación; el cambio es constante e inevitable, porque todo cambio llegará de manera inevitable como una excepción; sólo se necesita un pequeño cambio, por la interconexión entre los miembros del sistema; los pacientes fijan los objetivos de su tratamiento, así como las señales que tendrán que ver para saber que las cosas han cambiado; no se considera que el paciente tenga una "postura", a diferencia de la terapia breve enfocada a los problemas; el cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos, esto incrementa que los clientes tengan una visión productiva y optimista de su situación; se intenta que la duración de la intervención no rebase las 10 sesiones; la realidad es definida por el observador, y el

terapeuta participa en la construcción del sistema terapéutico; existen muchas maneras de puntuar una situación, pero ninguna es más “correcta” que otra, no hay una explicación última de la realidad (O’ Hanlon y Weiner-Davis, 1989); el cambio se producirá a través de pequeñas modificaciones, en la conducta rígida de los pacientes, rompiendo los círculos viciosos; el terapeuta busca capacidades y no limitaciones de sus pacientes; cuando el paciente da el primer paso o un pequeño cambio positivo, se sentirá más seguro y optimista para seguir a cambios posteriores; los cambios impactan la percepción, emoción, ideología, cognición y conducta del cliente; la terapia orientada a las soluciones toma también una fuerte posición contra la idea de que la gente es ambivalente con sus problemas; ellos asumen que el cliente quiere cambiar; el cambio siempre se extiende a otras atmósferas de la vida del cliente; y las pautas son susceptibles de cambiar (Espinosa, 2005).

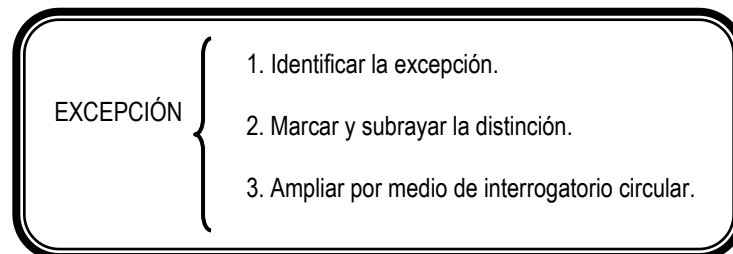
## Técnicas.

### A. Primera sesión.

**Unión.-** Se realiza una serie de preguntas o comentarios que hagan sentir más cómodo al cliente, además de que permite el inicio de la relación terapéutica y la posibilidad de intervenir.

**Breve descripción del problema.-** Se expone el motivo de consulta. La información se extrae por medio de preguntas concretas y precisas, o bien, por excepciones.

**Buscar la excepción del problema.-** Son preguntas que ubican los momentos en que no aparece la queja, detectan la polarización de los clientes y promueven que el cliente perciba que ha comenzado a resolver sus dificultades (O’ Hanlon y Weiner-Davis, 1989).



**B. Preguntas presuposicionales.-** Son aquellas preguntas “diseñadas” para funcionar como intervenciones, sirven para intentar influir sobre las percepciones dirigiéndola hacia las soluciones.



- 1.- ¿Qué es diferente en las ocasiones en que... (se llevan bien, la cama está seca, etc.) ?  
¿Cuándo es menos grave, frecuente, o intenso?
- 2.- ¿Cómo conseguiste que sucediera?
- 3.- ¿De qué manera el que... (ocurre la excepción) hace que las cosas vayan de otra manera?
- 4.- ¿Quién más se percató que... ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, que hizo o dijo?
- 5.- ¿Cómo conseguiste que dejara de... ¿Cómo conseguiste que terminara la pelea?
- 6.- ¿Qué haces para divertirte? ¿Cuáles son tus aficiones, pasatiempos o intereses?
- 7.- ¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? (en caso afirmativo), ¿Cómo la resolviste? y ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso volviera suceder?

### C. Sesiones siguientes.

**Normalizar.-** Enmarcar la situación como un momento de dificultad que tiene toda la familia.

**Despatologizar.-** Remarcar situaciones sacándolas de un referente patológico o sintomático.

**Elogiar.-** Son comentarios que pueden hacerse en cualquier momento de la sesión. Su importancia radica en que: proporciona retroalimentación positiva, da información sobre las cosas que no hay que hacer para sostener el problema, incluye reestructuración o connotaciones positivas y hace evidentes las intenciones y motivaciones positivas.

**Pausa.-** Funge como marcador del contexto, permite la aparición de la expectativa del cliente, y permite subrayar algunos comentarios o cambios.

**Revisión de tareas.-** Da pie para conocer la evolución de la solución, ayuda a estimar qué tan cerca se está de los objetivos iniciales y abre el contexto para continuar la intervención.

**D. Preguntas de avance rápido.-** Son preguntas que aluden a un futuro sin problemas, se emplean cuando se dificulta encontrar excepciones.

**Pregunta del milagro.-** Son una serie de preguntas que se proponen a imaginar un futuro libre del problema.

**Preguntar sobre el problema.-** En algunas ocasiones, cuando no se detectan excepciones, se pueden hacer preguntas más precisas sobre el problema, o bien, se puede recurrir a estrategias de la terapia breve orientada a los problemas para desatorar la solución intentada que fue ineficaz.

**E. Intervención sobre el patrón de la queja.-** Consiste en modificar cuándo, cuántas veces, en dónde, con quién, etc., se sostiene una queja.

**Queja.-** Es aquello que los terapeutas llaman síntoma, sin embargo se evita este término con el fin de evitar etiquetar o patologizar.

**F. Intervención sobre el patrón del contexto.-** El terapeuta trata de romper las pautas ambientales rígidas.

- ❖ El terapeuta debe pedir descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla habitualmente.
- ❖ El terapeuta evita elaborar hipótesis causales o explicativas.
- ❖ La exploración incluye aspectos como: quién está presente, cuándo se da la queja y lo que otros (no implicados directamente) dicen o hacen respecto a la queja.

**G. Ampliar y mantener el cambio.-** Se trata de explorar quiénes más se han dado cuenta del cambio y cómo éste se va a mantener a lo largo del tiempo.

### **Consideraciones.**

El modelo de terapia breve orientado a las soluciones (MTBS) se considera uno de los puentes de transición entre la visión sistémica y la postmoderna, ya que intenta devolverle a la persona el control sobre su vida y bienestar, siendo protagonista del cambio. El MTBS facilita la modificación de las percepciones y el aprovechamiento de recursos por medio de intervenciones rápidas y puntuales. El MTBS busca impactar de manera profunda y duración en la cognición, ideología, conducta y afecto de los consultantes.

El pasado no juega un papel importante en la intervención, ya que no es posible cambiarlo, en lo que hay que centrarse es en el futuro. El problema o queja se entiende como una situación difícil de resolver inmediatamente por la tendencia del cliente para ejecutar soluciones ineficaces y por el uso de pautas rígidas.

El terapeuta no debe desconfiar ni cuestionar el cambio obtenido, en cambio debe indagar sobre cómo se produjo. Sin importar lo complicado de la situación, siempre hay excepciones o fluctuaciones en la intensidad de toda queja.

El modelo de terapia breve orientado a las soluciones ofrece a la terapia familiar la visualización de los recursos individuales, familiares, comunitarios y sociales del consultante, incluye una serie de preguntas que permiten ver un futuro esperanzador y se caracteriza por un lenguaje tentativo que invita a mirar distintas posibilidades para solucionar o prevenir situaciones que pudieran interpretarse como problemas.

## **2.2.6 Post-Milán**

### **Introducción.**

En el año de 1980, el grupo de Milán estaba dividido. Los motivos son varios: algunos prácticos, relativos a la decisión, por parte de Boscolo y Cecchin, de comenzar con la formación en terapia familiar; otros más bien de carácter teórico. Puesto que el grupo de Mara Palazzoli estaba interesado en el sistema observado, es decir, lo que el terapeuta y el equipo eran capaces de escuchar, retomar e introducir al sistema; mientras que, el equipo de Boscolo y Cecchin se centraba en el sistema observante, o sea, el papel que el mismo terapeuta estaba jugando en el sistema y cómo éste se reconstruía a partir del trabajo con los consultantes. Boscolo y Cecchin estaban interesados en reflexionar acerca de lo que ocurre en un determinado terapeuta con un proceso específico, para este objetivo está el equipo (para dar retroalimentación que le ayude en el proceso de análisis (Bertrando y Toffanetti, 2004).

### **Antecedentes.**

Como ya se dijo, la división en dos equipos favoreció que cada uno se enfocara a diferentes objetivos: El primero, dedicado a la investigación Selvini Palazzoli trabajaba con la prescripción invariable, en búsqueda de alejar a los hijos del deseo de hacerse cargo de la relación de los padres. Su mayor aportación fue describir el proceso psicótico de la familia. El segundo, Boscolo y Cecchin que se dedicaron a la formación de terapeutas, la preparación de talleres y cursos a lo largo del mundo (Selvini, 1990).

En 1977 Boscolo y Cecchin comenzaron a impartir su curso de tres años de formación en terapia familiar. Cuando el grupo se dividió siguió impartiendo el programa en el centro que rebautizaron como “Centro Milanese di Terapia della Famiglia. Al mismo tiempo trabajan con el grupo de Helm Stierlin en Heidelberg, con la Charles Burns Clinic de Birmingham, con el Ackerman Institute de Nueva York y con la Universidad de Calgary en Canadá.

El modo de trabajo que establecieron Boscolo y Cecchin en la formación de terapeutas era que las preguntas del equipo tenían que ser dirigidas a la participación del terapeuta, sobre qué está haciendo, sobre el cómo y el por qué de cada una de sus intervenciones, con el fin de acceder a diferentes niveles de observación.

Para Boscolo y Cecchin y para sus terapeutas en formación, la figura del terapeuta asume de esta forma una posición principal para favorecer el encuentro teórico con las nuevas perspectivas cibernéticas. En 1983 Karl Tomm organiza en Calgary la conferencia “philosophers meet clinicians”, con la participación de Maturana, Von Föerster, Boscolo y Cecchin, además de Vernon Cronen y Barnett Pearce. La cibernética de segundo orden y el constructivismo se convierten en un punto de referencia teórico para Boscolo y Cecchin.

Tanto Boscolo como Cecchin dejan de pensar que el síntoma es un fenómeno invariable dado por las características familiares, sino que es una situación influida por las particularidades de cada contexto, persona, familia, terapeuta, entre muchas otras variables; con esto se abre una visión de complejidad (Bertrando y Toffanetti, 2004). De esta forma,

la terapia se convierte en una creación común, entre terapeuta y clientes, de “historias” alternativas y atribuciones de nuevos significados a la realidad compartida. Sin embargo, esto no significa que no existan pautas que guíen al terapeuta sobre las hipótesis posibles: ahora lo que se considera ya no son los patrones de interacción observables, sino las premisas epistemológicas, los significados, los sistemas emotivos y las historias de los clientes. Sobre todo, el punto central del interés terapéutico son las premisas de los miembros del sistema (incluyendo a los terapeutas).

### **Exponentes.**

Sus principales representantes son Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin. Luigi Boscolo desarrolla un gran interés por el tema del tiempo. Las oscilaciones de los sistemas en el tiempo y del mismo sistema terapéutico se convierten en un buen punto de observación. El terapeuta mantiene la conexión con los consultantes y la observación sobre sí mismo. Cecchin, por su parte, se dedica a reelaborar la idea de la neutralidad, a partir de la cual desarrolla la de curiosidad. Poco después, Cecchin enfoca su propuesta sobre la curiosidad en su libro *irreverencia* (Bertrando y Toffanetti, 2004).

### **Principios básicos.**

Boscolo y Cecchin continúan, como en el equipo original, empleando la sesión estructurada de cinco partes, las hipótesis y preguntas circulares. Pero la necesidad de la intervención final es cuestionada, desde el momento en que la entrevista sistémica es considerada suficiente para modificar el sistema de convicciones de la familia. Las mismas preguntas circulares cambian, coherentemente con la epistemología. Adquieren importancia en tanto que solicitan opiniones a los consultantes sobre la situación. El principio de neutralidad cambia por la curiosidad. Esta reformulación es una experiencia liberadora para los terapeutas constructivistas, es un modo de mantenerse siempre abierto a la novedad, sin dejarse seducir por “la verdad” (Bertrando y Toffanetti, 2004).

### **Técnicas.**

**Curiosidad.-** Actualmente, el grupo Post-Milán, utiliza la curiosidad como una herramienta que permite flexibilidad, mejor escucha y un diálogo que beneficie a los consultantes, este

elemento fue propuesto por Cecchin. Esto se refiere a que el terapeuta no puede hacer afirmaciones antes de entender lo que le pasa al consultante, entonces pregunta de manera natural aquellos contenidos poco claros o incongruentes que retoma del discurso del otro (Boscolo y Bertrando, 2008).

**Mitos familiares.-** Son convicciones que el grupo comparte; éstos dictan el tipo de relaciones, vínculos y lealtades que establecen los miembros de la familia entre sí, así como los atributos y los papeles de cada uno de ellos. Los mitos explican las conductas aunque no muestran sus motivos; toman más fuerza conforme se mantienen intergeneracionalmente (Botella y Vilaregut, 2000).

**Preguntas interventivas.-** Karl Tomm, en sus últimos artículos, propuso cuatro tipos de preguntas que sirven como intervención por sí misma, estas son: lineales, circulares, estratégicas y reflexivas, para profundizar un poco más agregaré la siguiente tabla:

TEMAS	LINEAL	CIRCULAR	ESTRATÉGICA	REFLEXIVA
<b>¿Para qué se hacen?</b>	Para orientar a quien las formula	Para ampliar la información y para conocer las relaciones que se presentan	Para orientar o guiar la acción o respuesta de la persona a la que se le formulan	Para colocar al otro como observador de sí mismo, en una perspectiva hacia el futuro
<b>Características</b>	Son preguntas cerradas. Fomentan el pensamiento lineal (causa – efecto). Generalmente se utilizan al inicio de la entrevista, buscan conocer los puntos de vista y la situación del consultante. Son preguntas que explican	Se pregunta por las relaciones, hechos, personas, tiempos, lugares. Invitan a las personas a hacer conexiones relacionales y realizar una mirada más amplia de la situación. Son preguntas para averiguar efectos o diferencias en los comportamientos.	Es la pregunta que lleva implícita la respuesta. Se pregunta con la intención clara de orientar la respuesta necesaria, buscando que sea la misma persona la que encuentra el sabio que todos llevamos dentro. Es el consejo comuflajeado como pregunta.	Se pregunta de manera hipotética, con el fin de verse en perspectiva y propiciar cambios de actitud estimulando a la persona para mirarse a sí misma, revisarse, mover creencias, posturas, prejuicios, traer el pasado o ver

	o definen el problema			lo que sigue, otras formas, replantear las cosas, o desculpabilizar.
<b>Postura del entrevistador</b>	Investigador o detective que busca la causa del problema.	Explorador	Maestro o juez	Guía
<b>Efecto general</b>	Tiende a transmitir una actitud objetiva y puntual	Tiende a aclarar o precisar situaciones	Tiende a sacudir, retar o confrontar a las personas	Intenta cambiar la visión del consultante a una más esperanzadora.
<b>Riesgos de la pregunta</b>	Agotar la información	Quedarse en el hecho y los detalles	Pueden llevar a romper la relación con el terapeuta o vivirse como violencia	Generar incertidumbre o confusión si no se da una orientación
<b>Ejemplos</b>	¿Cuándo pasó?, ¿Quiénes estaban?, etc.	¿Qué le causa el problema, lo que le pasó o la situación económica?, ¿qué dicen sus hijos de todo esto?, etc.	¿No cree que lo que hizo fue defenderse?, ¿Por qué no le dice lo que piensa?, etc.	¿Han vivido experiencias positivas?, ¿Qué estaría dispuest@ a cambiar?

Tabla 6. Resumen de las preguntas interventivas de Karl Tomm (Martínez y Figueroa, 2009).

**Irreverencia.-** La irreverencia así como nos la plantea Cecchin, Lane y Ray (2002), en el libro del mismo nombre, consiste en una serie de lineamientos que debe tener presente el terapeuta. En palabras de estos autores “la clave de la irreverencia es que el terapeuta tenga el valor de reconocer el origen de su frustración y se decida a reconsiderar su propia teoría en vez de protegerla (y protegerse a sí mismo)” (p. 39), puesto que la posición postmoderna consiste en ser capaz de emplear un prejuicio que sea útil, descartar lo que no lo son y de formar híbridos articulando los demás, haciendo de los “puntos ciegos” una herramienta que le permita ocupar un lugar frente a la familia consultante.

## **Consideraciones.**

El movimiento de Post-Milán surge a partir de la ruptura del grupo de Milán, la separación en dos equipos favoreció que una de las partes se dedicara a la investigación en torno a las familias, mientras que el segundo por se interesó por la formación del terapeuta.

Los principales representantes de esta visión son Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin. Sin embargo, esta forma de intervención retomó muchos otros puntos de vista y propuestas como Peggy Papp con la técnica del coro griego (el equipo terapeuta se divide para enviar dos mensajes contrarios a los consultantes, una parte estará convencida de que se logrará el cambio, mientras que la otra se mostrará más pesimista); Peggy Penn con las múltiples narrativas; Evan Imber-Black con los secretos familiares; o Lynn Hoffman con la historia de la terapia familiar, todas desarrolladas en el Instituto Ackerman y el modelo de Milán.

Los principios y las técnicas que ofrece esta forma de trabajo clínico, lo hace alejarse de la visión sistémica que se tenía anteriormente. Por ello es uno de las propuestas que dan el salto epistémico hacia lo postmoderno.

Las principales aportaciones del movimiento Post-Milán hacia la terapia familiar son técnicas creadas en el Instituto Ackerman como el coro griego propuesto por Peggy Papp; los mitos y los secretos familiares trabajados por Evan Imber-Black y Peggy Penn; las preguntas de intervención de Karl Tomm; la curiosidad e irreverencia de Cecchin; entre otras muchas ideas que se siguen trabajando actualmente.



## **MODELOS POSTMODERNOS**

### **2.2.7 Terapia Narrativa**

#### **Introducción.**

La propuesta narrativa se interesa básicamente por conocer, explorar y modificar las historias que traen los consultantes. La narrativa es la conexión, enlace, asociación, discurso y reflexión de las historias sobre sí mismo, el otro y nosotros. En la narrativa, el terapeuta descubre a la familia que se encuentra oculta en la historia, validando e interconectando las historias (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Además de acompañarlos en el proceso de resignificación de sus experiencias.

Cabe señalar que existen dos formas de trabajo: la primera, de Sluzki (1992; citado en Limón, 2005), se centra en cambiar la estructura de las historias dominantes independientemente del contenido; y la segunda, de White y Epston (1990), se enfoca en los modos en que las historias de los consultantes son constreñidas por narrativas culturales y sociales dominantes originando situaciones de atrapamiento.

#### **Antecedentes.**

A finales de la década de 1970, White, se interesó por los trabajos de Gregory Bateson relacionados con la exploración de las implicaciones de las interpretaciones en el trabajo con familias. White, terapeuta familiar que vivió en Adelaide, Australia, presentó sus trabajos sobre la percepción que las personas tienen sobre lo que es un problema. Estos trabajos se inspiraron en la filosofía de Foucault y el Construccionismo Social. White diseñó un modelo para ayudar a las personas a librarse de la opresión de sus problemas; para esto, las personas debían verse a sí mismas y a los problemas como entidades separadas. En consecuencia, en el significado de la historia que los individuos tienen de sí mismos, su forma de ver el mundo y el lenguaje para construir esas historias.

En la década de 1980, Epston se une a White para realizar un trabajo conjunto sobre la manera en que la familia puede hacer frente a los problemas. A este autor debemos algunas de las sugerencias de intervención como el uso de las cartas, empleo de historias y

preguntas. Ambos autores estuvieron trabajando de manera conjunta hasta la muerte de White.

### **Exponentes.**

Los representantes de la corriente narrativa son Michel White, terapeuta familiar que residió en Adelaide, Australia, y David Epston, de Auckland, Nueva Zelanda. La aportación de White, básicamente, es la utilización del lenguaje y los significados para modificarlos, mientras que Epston desarrolló intervenciones sobre los documentos terapéuticos y las historias que promueven realidades alternativas.

De acuerdo con White y Epston (1993), los síntomas estarían vinculados a ciertas narraciones evocadas del discurso social del poder y desaparecerían en el trabajo de externalización, cuyo lugar fuera ocupado por nuevas narraciones, construidas por los mismos consultantes, no relacionadas con el problema.

### **Principios básicos.**

La terapia narrativa posee una serie de pautas generales, como:

1. Privilegiar las historias de los consultantes.
2. Fomentar la percepción del mundo cambiante, mediante la dimensión temporal.
3. Jugar con los tiempos verbales para generar múltiples perspectivas.
4. Fomentar la polisemia.
5. Invitar al consultante a una postura reflexiva.
6. Promover el sentido de “autocrear” y “reautocrear” las historias del autor.
7. Desarrollar el conocimiento de que las historias establecen “fuerzas” para el autor (White y Epston, 1993).

Esta propuesta se basa en que:

- El consultante es experto en su vida.
- El terapeuta asume una postura política.
- Ambos se reencuentran consigo mismos, como efecto del proceso.
- No hay realidades ni verdades únicas.

- El lenguaje construye o modifica realidades.

Cabe señalar que con “postura política del terapeuta” me estoy refiriendo a la existencia de congruencia entre el actuar, el pensar, los prejuicios y la manera de intervenir desde una lógica postmoderna, permitiéndose construir la terapia junto con el paciente desde una relación de horizontalidad.

### **Técnicas.**

Para el trabajo terapéutico pueden utilizarse algunos de las siguientes propuestas:

- *Conocer las historias dominantes.* Historias cristalizadas o incuestionables que las personas se cuentan sobre sí mismas y los demás, las cuales provienen del medio sociocultural.
- *Co-construir las historias alternativas.-* Acto conversacional en donde se co-construyen historias.
- *Exteriorización del problema.-* Separación entre el problema y la persona, el problema puede ser desplazado a un título u objeto, jamás a otra persona. Se compone de describir, escribir o dibujar el problema; bautizar el problema; agregarle un artículo al nombre del problema; convertir el adjetivo y el verbo a sustantivo; e imaginar el problema como un personaje.
- *Co-construcción.-* Elaboración de algo a través de la mirada del otro. Confección entre dos o más personas de historias alternativas que modifican lo que uno mismo se plantea como realidad.
- *Deconstrucción.-* Establecimiento de un contexto terapéutico que produce cambios en la autonarración.
- *Acontecimientos extraordinarios.-* Son aquellos eventos en los que la persona pudo ganarle al problema, similares a las “excepciones del problema”.
- *Documentos terapéuticos.-* Son aquellos escritos que nos permiten dar cuenta de alguna promesa, compromiso, cambio o entidad exteriorizada. Algunos ejemplos son las cartas, diplomas, certificados, reconocimientos, entre muchos otros. Un ejemplo son las cartas:

- *Cartas.*- Son misivas que se pueden dirigir al problema, la relación, la persona o a sí mismo. Se dividen en: invitación, redundantes, predicción, referencia, ocasiones especiales, breves, narrativas, entre otras (White y Epston, 1993).
- *Testigos externos.*- Espectadores que aportan material verbal o no verbal sobre las cualidades y compromisos que se deben mantener en el futuro.
- *Ceremonias de definición.*- Son rituales que sirven para definir la identidad, los acompañantes pueden ser: otros terapeutas, miembros de la familia, amigos, representantes de la comunidad o personas en situaciones parecidas.
- *Tiempo.*- Ubicación temporal entre el evento, el problema y la percepción de la persona.
- *Prácticas de remembranza.*- Son aquellas acciones o preguntas que nos permiten revisar, cuestionar y modificar las membresías que integran nuestra vida. Permiten redescubrir y ampliar conocimientos, habilidades y valores que han sido desarrollados dentro de una red de relaciones. Contribuyen a una sensación de ser reconocido y apreciado dentro de las maneras preferidas de vivir de la persona.
- *Club de vida.*- Son preguntas orientadas a ayudar al consultante a recuperar en el presente a aquellas personas significativas que le den la fuerza para enfrentar sus inquietudes y/o preocupaciones (Boscolo y Bertrando, 2008).

Las preguntas que se emplean para el trabajo narrativo, se dividen en:

- *Preguntas de eventos extraordinarios.*- Son aquellas preguntas que ponen atención a las contradicciones; éstas sirven para ampliar las conversaciones y orientarlas a co-construir las historias alternativas.
- *Preguntas directas de influencia relativa.*- Son aquellas que exploran los efectos que el problema ha tenido sobre la persona y los demás.
- *Preguntas indirectas de influencia relativa.*- Ayudan a conocer acerca de la influencia que la persona ha tenido sobre el problema.
- *Preguntas explicativas directas.*- Tratan de aclarar los elementos involucrados en el problema.
- *Preguntas explicativas indirectas.*- Intentan dar cuenta sobre los elementos que influyen de forma indirecta para que se produzca una situación.

- *Preguntas de re-descripción directas.*- Por medio de la conversación se realizan preguntas muy minuciosas sobre la situación problemática.
- *Preguntas de re-descripción indirectas.*- Son preguntas que buscan explorar los pequeños detalles ligados a un evento, de tal modo que surjan las historias alternativas.
- *Preguntas de posibilidades únicas directas.*- Son preguntas que se enfocan a las excepciones de una situación.
- *Preguntas de posibilidades únicas indirectas.*- Se exploran las conductas inusuales de los demás ante un evento concreto.
- *Preguntas sobre logros aislados.*- Son intervenciones, en forma de pregunta, que subrayan las rupturas en la pauta rígida que produce un problema.

A partir de este tipo de preguntas se busca impactar la agencia personal, el panorama de acción y el panorama de conciencia.

- *Agencia personal.*- Proceso de empoderamiento o fortaleza ante el problema, la persona se convence de tener las herramientas para enfrentar el problema.
- *Panorama de acción.*- Se interesan por la experiencia de eventos, secuencia, tiempo y trama de la historia durante el tiempo.
- *Panorama de conciencia e identidad.*- Consideran los deseos, preferencias, valores, cualidades, intenciones, propósitos y creencias que fortalecen el yo como agencia personal.

### **Consideraciones.**

La terapia narrativa es una propuesta que se ubica dentro de la corriente posmoderna. Esta posición se relaciona con el eje diacrónico y sincrónico de cada situación específica. El modelo narrativo transita por los niveles cognitivos, ideológico y afectivo. Esta postura incluye la postura política que toma el terapeuta a cargo.

Las ventajas de este modelo son: las metáforas utilizadas son dinámicas y susceptibles a cambiar en el tiempo, genera espacios en donde el consultante pueda intervenir en contra del problema, atribuye a la persona el control sobre su vida, no le interesa que los hechos

sean forzosamente comprobables, se descartan conflictos improductivos o poco útiles, facilita el camino hacia la cooperación, muestra que las personas tienen influencias sobre el problema y presenta alternativas esperanzadoras.

La terapia narrativa enriquece a la terapia familiar en la medida en que nos permite ofrecer distintos significados a las experiencias del consultante, para que sea él quien elija la más conveniente para su situación; relativiza la verdad abriendo caminos para el cambio; no impone ningún elemento favoreciendo que el consultante tome “las riendas de su vida”; y la postura del terapeuta se modifica estableciendo una relación horizontal con el consultante.

## **2.2.8 Terapia Colaborativa**

### **Introducción.**

El proceso colaborativo inicia cuando, con su participación, el terapeuta: escucha, testifica, confirma y apoya los dilemas de los pacientes, entendiendo sus intenciones, descripciones, descontentos, sentimientos y emociones hacia otras personas presentes o ausentes.

La multiplicidad de narrativas se convierte en una herramienta con innumerables perspectivas de trabajo y posibilidades de cambio; dichas narrativas actúan como un elemento formativo en la conversación sostenida entre el yo y las narraciones, voces anteriores, nuevas voces, voces diferentes para cada contexto (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Mc Namee y Gergen (1996) sugieren que en el trabajo terapéutico aparecen una multiplicidad de voces que permiten orientar la conversación hacia otros tipos de conversaciones, es decir, es una actividad terapéutica que atiende a las relaciones que los individuos tienen consigo mismo y con los otros, como una red de intersubjetividades.

### **Antecedentes.**

Anderson señala que su trabajo como terapeuta familiar comenzó a raíz de su contacto con Harry Goolishian y la terapia de impacto múltiple (TIM) en 1970. La terapia de impacto múltiple fue creada en 1950 por Goolishian y sus colegas como una forma de terapia breve centrada en la familia con hijos adolescentes. La terapia fue realizada por un equipo multidisciplinario que trabajaba intensamente con una familia. El objetivo consistía en ayudar a las familias a crear un proceso de autorehabilitación que les permitiera enfrentar las crisis de su miembro adolescente en el menor tiempo posible.

Harry Goolishian fue fundador de la terapia de impacto del grupo de Galveston, Texas, entre las décadas de 1950 y 1960. Este modelo consistía en largas sesiones (8 horas por día) con las familias para evitar gastos de traslado, ya que estaba alejados sus domicilios. Estas familias eran atendidas por grupos multidisciplinarios (Anderson, 2001).

Anderson y Goolishian, en 1977, establecieron la fundación del Galveston Family Institute, en colaboración con Paul Dell y George Pulliam. En el instituto se trabajó con terapia y entrenamiento de la terapia de impacto múltiple. Posteriormente, se retomó al MRI en cuanto a aprender el lenguaje del consultante, las teorías de los sistemas cibernéticos como metáforas de la problemática familiar, las teorías socioconstruccionistas y las ideas de Bateson sobre el contexto relacional y comunicativo para dar sentido a las palabras y las acciones.

Posteriormente, ambos autores bautizaron al modelo como enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración (Beltrán, 2005). Hasta que finalmente fue conocido como “terapia colaborativa”, por la cooperación horizontal entre consultante y terapeuta.

### **Exponentes.**

Las ideas de Goolishian surgieron de la lingüística, de personalidades como Ferdinand de Saussure, de la crítica literaria de Michel Foucault, de Ilya Prigogine y Humberto Maturana. A finales de la década de 1980, encauzó sus objetivos terapéuticos al estudio de

la hermenéutica y el constructivismo. Esto lo llevó a postular que el contexto no está definido por la familia, sino por el problema en sí. Para él, el proceso terapéutico es “un sistema generador de significados donde el terapeuta es un co-creador y facilitador (Goolishian, 1992; citado por Anderson, 2001).

Goolishian se interesó en averiguar cómo el proceso lingüístico en la creación de los significados; él vio la terapia como la posibilidad para crear nuevas historias; en donde el terapeuta propicia el espacio para que esto ocurra. Mientras que Harlene Anderson, colaboradora de Goolishian, desarrolló los conceptos “definición” u “organización del problema” y “disolución del problema”, afirmando que el problema no es una entidad por sí misma, sino una realidad que se deconstruye a partir del lenguaje.

Anderson (2001) continuó su obra; recientemente su trabajo ha incluido algunas modificaciones y expone que su propuesta, a la que ubica dentro de las tendencias narrativas posmodernas, es más una filosofía de la terapia que una escuela de terapia, y llama a esta filosofía enfoque colaborativo. Actualmente, Anderson se ha interesado por formar grupos colaborativos orientados hacia la educación.

La terapia colaborativa puede ser una filosofía, una forma de intervenir o una propuesta, pero jamás un modelo porque carece de causalidades y de técnicas; por lo tanto es una postura.

### **Principios básicos.**

Las premisas que comprende este enfoque son (Beltrán, 2005):

- Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
- Una mente individual es un compuesto social y por lo tanto relacional.
- La realidad y el sentido que nos atribuimos a nosotros o a otros, a otras situaciones o acontecimientos de la vida están interconectados a las conversaciones y acciones de los otros.
- El conocimiento es relacional.



## **Postura.**

El modelo colaborativo no posee técnicas, ya que esto sería un retorno epistemológico hacia la modernidad. Sin embargo, existen lineamientos generales para el desarrollo de la conversación colaborativa, que son:

- *Colaborativo*: Ayuda recíproca entre el terapeuta y los consultantes, el terapeuta toma un papel activo para reducir los efectos negativos de la jerarquía.
- *No conocer*: El terapeuta se abstiene de interpretar, planear o incluir su conocimiento previo durante la conversación (Anderson y Goolishian, 1998; citado por Limón, 2005).
- *Curiosidad*: El terapeuta debe preguntar por diversos elementos de conversación que no le queden claros o que le parezcan interesantes hasta que entienda lo que ocurre.
- *Espacio para el cambio*: Introducir nuevas posibilidades a través de la conversación. Los terapeutas evitan formular preguntas cerradas que finalicen el intercambio de significados.
- *Novedad*: Se logra hablando de lo familiar en un modo no familiar.
- *Conversaciones internas*: Se hacen públicas aquellas aportaciones provenientes de confusiones, elementos de otros interiorizadas por el consultantes o por el terapeuta (como son personas significativas, teorías o papeles en diferentes momentos de la vida) y otros contextos.

## **Consideraciones.**

El producto de las conversaciones se dirige, en la mayor parte de los casos (aunque no necesariamente), a comprender cuál es el dilema que oprime al consultante. El papel del terapeuta es invitar a que surjan las narraciones no contadas, para que éstas se conviertan en el cambio hecho a la medida de las necesidades del consultante.

La fusión de voces durante el proceso del texto participante, es llevada por los consultantes del contexto terapéutico a sus relaciones interpersonales y a la autorreflexión de su vida personal, evocando un nuevo conocimiento, la cual se logra con el uso del significado múltiple (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Las características de la entrevista colaborativa son: la utilización de las mismas palabras del consultante, continuar la línea de conversación que marca el consultante, traer a escena metafóricamente a las personas significativas involucradas en la narración, explorar intentos de solución o situaciones parecidas solucionadas exitosamente, señalar la relevancia del contexto, enfocar la posibilidad de agregar nuevos significados, resaltar la postura ética centrada en el proceso y ampliar temas mostrando los posibles riesgos. Esto enriquece a la terapia familiar en tanto que permite abrir puntos de vista distintos y da lugar a nuevas voces que sean de utilidad para mejorar la vida del consultante.

### **2.2.9 Equipo de Reflexión**

#### **Introducción.**

El equipo de reflexión, más que un modelo se trata de una forma de trabajo en la cual se hacen públicas las discusiones, dudas u observaciones que tiene el equipo sobre la familia. Se trata de un intercambio entre profesionales sobre lo que vieron, escucharon o les llamó la atención sobre lo que se dijo durante la sesión.

Esta propuesta resulta muy útil en cualquier momento del proceso y en cualquier modelo con el que se haya elegido guiar la terapia. Ha resultado tan eficaz que se han elaborado formas alternativas de equipo de reflexión, cada una con diferentes intenciones.

#### **Antecedentes.**

A comienzos de 1970 Andersen comenzó a estudiar y a aplicar los procedimientos de diversos terapeutas familiares y de escuelas sistémica. Entre estos resaltan Minuchin, Haley, Watzlawick, Ackerman y el grupo de Milán. En esta misma década asumió el cargo de profesor de psiquiatría social, participó en el programa educacional “Terapia familiar de orientación sistémica”, organizado por la Asociación Psiquiátrica de Noruega, ahí conoció a Lynn Hoffman, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Phillipa Seligman y Brian Cade (Beltrán, 2005).

En el Hospital Mental de Trompsø Andersen y sus colegas buscaron trabajar de forma parecida al grupo de Milán, pero, de manera fortuita, en marzo de 1985 tuvieron un incidente con un caso que permitió el nacimiento del equipo de reflexión (Limón, 2005)<sup>2</sup>.

En 1987, Andersen publicó su artículo “El equipo reflexivo: diálogo en metadiálogo en el trabajo clínico”; con esto puso en contacto al mundo de la terapia de familia con una concepción distinta sobre el equipo terapéutico, sus funciones y su participación. En 1988, Andersen asistió a una conferencia de Goolishian, de la cual obtuvo una idea más clara del habla como construcción del ser, y las ideas construccionistas de Shotter y de Gergen; esto le permitió modificar sus ideas hacia argumentos basados en una comprensión relacional del significado (Beltrán, 2005).

### **Exponentes.**

Tom Andersen realizó estudios como médico clínico en el sur de Noruega. Este autor señala que decidió estudiar psiquiatría porque su trabajo como médico lo hizo plantearse diversos cuestionamientos sobre el efecto social de la enfermedad y el sufrimiento humano (Beltrán, 2005).

Andersen indica que en la percepción de los problemas hay tres tipos de diferencias: primera, la diferencia es tan pequeña que no se percibe; segunda, es tan grande que no es perceptible y; tercera, es una percepción tan significativa que puede causar desorganización en el sistema (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

### **Principios básicos.**

- *Reflexión.*- Se refiere tanto a la descripción de un proceso como a una postura terapéutica que consiste en analizar la conversación abiertamente frente a los consultantes (Andersen, 1991; citado por Limón, 2005)<sup>1</sup>. También resaltó el compartir los diálogos y monólogos internos con el paciente de tal forma que se posibilite la crítica y la retroalimentación (Andersen, 1994).

- *Tentatividad*.- El equipo ofrece una serie de ideas utilizando un lenguaje que refleje alternativas y parcialidades, de tal modo que los consultantes elijan en qué momentos les es útil esa información.
- *Postura “ambos...y”*.- El terapeuta promueve la aparición de realidades múltiples construidas socialmente, por medio del entendimiento de la posición de cada asistente o consultante, sin decir cuál es mejor.

Para Andersen (1994) los conceptos básicos de la terapia de reflexión son: la idea acerca de la percepción alrededor de algo; la concepción más amplia y firme que involucra el concepto temporal, espacial y las descripciones de cantidad o calidad; el reconocimiento de la subjetividad del consultante; la explicación que amplía y conforma la percepción; el significado de la parte evolutiva que involucra en la persona o personas por el problema; y la reflexión del acto o tema a tratar.

### **Postura.**

No tiene técnicas específicas, ya que esto sería en contra de la postura posmoderna. Sin embargo, presenta una metodología para llevar a cabo el trabajo terapéutico. La secuencia de trabajo es la siguiente:

1. Pre-sesión: Se reúne el equipo para discutir algunas situaciones presentes en la queja de los consultantes, o bien, para conocer algunos datos obtenidos antes de la entrevista personal.
2. Sesión: El equipo se mantiene atento mientras la familia y el terapeuta principal conversan del otro lado del espejo.
3. Inter-sesión: Se interrumpe la entrevista para cambiar lugares con el equipo, o sea, el terapeuta y la familia consultante se pasan detrás del espejo mientras el equipo queda frente al espejo conversando entre sí.
4. Cierre de sesión: El terapeuta y los consultantes vuelven a cambiar lugares, con el fin de que el terapeuta le pregunte a la familia sobre los comentarios que les hayan parecido relevantes o útiles para continuar el cambio de sentido que le dan a las situaciones que los llevaron a sesión (Andersen, 1994).

5. Post-sesión: Se discute entre el terapeuta y el equipo las ideas principales que surgieron a partir de lo acontecido en la sesión. Además se señalan los posibles riesgos que se haya presentado en el discurso del consultante.

A pesar de que el equipo de reflexión no tiene técnicas, como los modelos antes mencionados, sí cuenta con lineamientos generales para la intervención como son:

- ✓ Habla un miembro del equipo a la vez, de forma clara conectando sus comentarios a puntos específicos de la sesión. Por ejemplo, “cuando la señora dijo que se quiere divorciar a mí se me vino a la mente...”
- ✓ No se puede juzgar ni criticar, los comentarios deben ser imparciales.
- ✓ No se realizan comentarios que tengan como objetivo convencer al consultante de alguna idea en particular.
- ✓ No se debe inventar ni exagerar los hechos pensando que puede ser de utilidad en el proceso.
- ✓ Se debe hablar a partir de uno mismo (¿cómo se vio, cómo se experimentó o cómo se escucharon las cosas?). Por ejemplo, “cuando alcancé a escuchar que su esposo le ayuda con sus hijos, lo que yo sentí fue...”
- ✓ Se pueden ofrecer imágenes para que los consultantes lo interpreten como quieran o como les sea más útil. Por ejemplo, “al ver y escuchar a la chica tuve la experiencia de estar en un bosque muy verde, con muchos árboles, escuchando los sonidos de la naturaleza”.
- ✓ Es recomendable no voltear a ver en dirección hacia los consultantes mientras se realiza algún comentario, es mejor si se mira a los miembros del equipo para evitar que se sientan presionados o aleccionados.
- ✓ Se trata de establecer una conversación en donde cada miembro del equipo hable sobre los puntos de la sesión que le parecieron relevantes.

### **Consideraciones.**

Es muy importante que durante la sesión los profesionales más expertos no tomen la posición de expertos, ya que esto inhibe a los terapeutas menos experimentados y al proceso de la terapia. De acuerdo con la Cibernética de segundo orden, es necesario evitar

la veracidad de la situación “enfermo-sano”; tampoco se deberá hacer reflexionar “a” la familia, sino reflexionar “con” ella. El equipo reflexivo puede tener tantas variantes como intenciones se tengan para promover el cambio o fomentar la conversación.

Uno de los intereses de Andersen fue recuperar la experiencia de los consultantes y hacerlos coinvestigadores de los procesos de terapia en que participaron, así como invitar al terapeuta a cuestionar junto con el equipo su participación en el proceso mismo.

El equipo de reflexión aporta a la terapia familiar ideas importantes como: las distintas miradas sobre lo que pasa en consulta, los lineamientos necesarios para hacer una terapia libre de juicios y la posibilidad de que el consultante sea quien elija las voces que le parezcan más útiles.



# CAPÍTULO 3.

## DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

*La devoir du homme est très simple.  
Il ne peut pas permettre que son existence  
se convertit à un accident casual.*  
Nietzsche

*La tarea del hombre es muy simple,  
no debe permitir que su existencia  
se convierta en un accidente casual.*

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

La vie n' est plus qui une séquence des ports  
Qui été unis formés un tout.

**Robin S. Shama**

*La vida no es más que una secuencia de puertas  
Que forman un todo.*

#### 3.1 HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS.

En este apartado se enunciarán los casos atendidos durante la residencia, ya sea como observadora, como terapeuta principal o como parte del equipo de supervisión.

A continuación se enlistan en una tabla los casos en los que participé como parte del equipo de observación en la atención clínica dentro de la residencia en Terapia Familiar:

FAM	P.I.	MODELO	C. V. (*)	NO. FAM.	NO. SESIONES	ESTADO (**)	SEDE	MOTIVO DE CONSULTA	PERIODO
1	Ana	Milán	2 y 3	28	6	1	CCH-A	Relaciones violentas en la familia	2009-1
2	Marco	Milán	3	8	2	4	CCH-A	Síntomas depresivos	2009-1
3	Nayeli	Milán	2, 3 y 7	7	5	1	CCH-A	Síntomas depresivos	2009-1
4	Guadalupe	Estratégico	3 y 7	4	5	1	CCH-A	Ruptura parental	2009-1
5	Zenyace	Estructural	3	4	2	4	CCH-A	Dificultad para tomar decisiones	2009-1
6	Lucía	Estructural	3	4	1	4	CCH-A	Peleas entre madre e hija	2009-1
7	Santa	Problemas	4	4	1	4	ISSSTE	Síntomas depresivos	2009-1
8	Enriqueta	Soluciones	3 y 4	5	5	1	ISSSTE	Síntomas depresivos	2009-1
9	Marcela	Problemas	4	4	6	1	ISSSTE	Ataques de angustia	2009-1
10	Luciana	Narrativa	2 y 5	8	2	5	ISSSTE	Violencia intrafamiliar	2009-1
11	Araceli	Narrativa	2 y 3	5	6	1	ISSSTE	Ansiedad y miedo	2009-1
12	Ángela	Narrativa	3 y 5	4	7	1	ISSSTE	Culpa por divorcio	2009-1
13	Elena	Soluciones	4	4	5	1	ISSSTE	Alopecia	2009-1
14	Gisela	Problemas	2	4	6	1	ISSSTE	Problemas de pareja	2009-1
15	Rosa	Narrativa e Hipnosis Ericksoniana	5	10	6	1	ISSSTE	Posible psicosis	2009-1
16	Alma	Soluciones	4	4	5	1	ISSSTE	Dificultad para manejar emociones	2009-1
17	Rosana	Narrativa	2	4	7	1	ISSSTE	Problemas con la familia y baja autoestima	2009-1
18	Andrés	Estructural	2	4	4	1	ISSSTE	Establecimiento de reglas	2009-1

(\*) **Etapa del ciclo vital (CV):** 1) Pareja en formación; 2) Familia con hijos pequeños; 3) Familia con hijos adolescentes; 4) Familia con hijos adultos sin hijos; 5) Familia de tres generaciones; 6) Nido vacío; y 7) Familia reestructurada.

(\*\*) **Estado:** 1) Alta terapéutica; 2) Alta voluntaria; 3) En proceso; 4) Baja por inasistencia; 5) Baja voluntaria; y 6) Canalización.

**Tabla 7.** Familias atendidas donde participé como parte del equipo de observación.



La tabla siguiente muestra los casos en donde participé como parte del equipo terapéutico a lo largo de la residencia.

FAM	P.I.	MODELO	C. V. (*)	NO. FAM.	NO. SESIONES	ESTADO (**)	SEDE	MOTIVO DE CONSULTA	PERIODO
19	Karla	Estructural	2	4	10	1	FESI	Establecimiento de reglas	2009-2
20	Rosario	Soluciones	2	8	1	4	FESI	Depresión postparto	2009-2
21	Vicente	Soluciones	4 y 5	4	2	2	FESI	Síntomas de depresión	2009-2
22	Anayanci	Estructural	2 y 3	4	8	1	FESI	Establecimiento de reglas	2009-2
23	Cristian	Soluciones	2	4	3	4	FESI	TDAH y problemas de conducta	2009-2
24	Adrián	Soluciones	2 y 5	4	2	5	FESI	Separación con la pareja	2009-2
25	Leticia	Estructural	3	4	3	4	FESI	Problemas de relación con su madre	2009-2
26	Socorro	Soluciones	4 y 5	8	3	1	FESI	Falta de apoyo familiar	2009-2
27	Alejandra	Soluciones	4 y 5	5	8	1	FESI	Problemas de pareja	2009-2
28	Alexis	Estructural	3	5	1	4	FESI	Problemas escolares	2009-2
29	Adrián	Soluciones	2 y 7	2	3	6	FESI	Abandono de la pareja	2009-2
30	Raquel	Estructural	2	3	1	6	FESI	Dislexia	2009-2
31	Eduardo	Soluciones	3	4	1	4	FESI	Adicciones	2009-2
32	Abisay	Soluciones	3, 4 y 7	2	6	2	FESI	Adicciones y conductas antisociales	2009-2
33	Minerva	Soluciones	3	3	1	4	FESI	Alcoholismo	2009-2
34	Alinda	Soluciones	2	3	2	6	FESI	Efectos de la parálisis cerebral de su hijo	2009-2
35	Carmen	Soluciones	4	3	1	4	FESI	Síntomas de depresión	2009-2
36	Minerva	Problemas	2 y 3	6	1	4	FESI	Alcoholismo	2009-2
37	Carolina	Soluciones	1 y 2	3	2	4	FESI	Violencia bidireccional de pareja	2010-1
38	Catherine	Estructural	2 y 5	5	7	1	FESI	Problemas de relación madre e hijas	2010-1
39	Edwin	Estructural	2 y 5	8	2	2	FESI	Acoso escolar	2010-1
40	Taire	Soluciones	5 y 7	2	2	5	FESI	Dificultad para manejar sus emociones	2010-1
41	Claudia	Milán	3	4	5	1	FESI	Violencia en la pareja	2010-1
42	Álvaro	Soluciones	3	3	1	2	ISSSTE	Ansiedad y depresión	2010-1

(\*) **Etapa del ciclo vital (CV):** 1) Pareja en formación; 2) Familia con hijos pequeños; 3) Familia con hijos adolescentes; 4) Familia con hijos adultos sin hijos; 5) Familia de tres generaciones; 6) Nido vacío; y 7) Familia reestructurada.

(\*\*) **Estado:** 1) Alta terapéutica; 2) Alta voluntaria; 3) En proceso; 4) Baja por inasistencia; 5) Baja voluntaria; y 6) Canalización.

**Tabla 8.** Familias atendidas donde participé como parte del equipo terapéutico.

FAM	P.I.	MODELO	C. V. (*)	NO. FAM.	NO. SESIONES	ESTADO (**)	SEDE	MOTIVO DE CONSULTA	PERIODO
43	Georgina	Milán y Soluciones	6	2	5	6	ISSSTE	Violencia bidireccional en la pareja	2010-1
44	Guillermina	Soluciones	4 y 5	4	4	1	ISSSTE	Problemas de relación con su madre	2010-1
45	Guadalupe	Soluciones	3	4	1	4	ISSSTE	Síntomas de depresión	2010-1
46	Stephani	Narrativa	2 y 3	6	3	1	ISSSTE	Miedo a las arañas	2010-1
47	Roxana	Narrativa	2 y 4	5	7	1	ISSSTE	Pseudo-enuresis y pseudo-encopresis	2010-1
48	Lorena	Milán	4	3	7	3	ISSSTE	Violencia bidireccional con la ex-pareja	2010-1
49	Michelle	Milán	3 y 4	4	5	3	ISSSTE	Anorexia	2010-1
50	Edith	Equipo de reflexión	2	3	8	1	CCH-A	Establecimiento de reglas y sexualidad infantil	2010-2
51	Abril y Zully	Estructural	2 y 3	5	1	4	CCH-A	Problemas de conducta	2010-2
52	Andrés	Soluciones	2, 3 y 7	7	8	2	CCH-A	Adicciones	2010-2
53	Itzel	Equipo de reflexión	3 y 6	3	7	1	CCH-A	Problemas de relación entre madre e hija	2010-2
54	Yannick	Soluciones	2	3	6	1	FESI	Problemas de pareja y miedo en el hijo	2010-2
55	Esther	Soluciones	6	2	4	2	FESI	Violencia bilateral en la pareja	2010-2
56	Radamés	Soluciones	3	3	2	4	FESI	Separación de la pareja	2010-2
57	Jesús	Soluciones	2, 3 y 5	5	3	3	FESI	Homosexualidad y promiscuidad	2010-2
58	Martha	Equipo de reflexión	3 y 4	12	3	1	FESI	Desempleo y depresión	2010-2

(\*) **Etapa del ciclo vital (CV):** 1) Pareja en formación; 2) Familia con hijos pequeños; 3) Familia con hijos adolescentes; 4) Familia con hijos adultos sin hijos; 5) Familia de tres generaciones; 6) Nido vacío; y 7) Familia reestructurada.

(\*\*) **Estado:** 1) Alta terapéutica; 2) Alta voluntaria; 3) En proceso; 4) Baja por inasistencia; 5) Baja voluntaria; y 6) Canalización.

**Tabla 9.** Familias atendidas donde participé como parte del equipo terapéutico (continuación).

La siguiente tabla muestra los casos que atendí como terapeuta principal:

FAM	P.I.	MODELO	C. V. (*)	NO. FAM.	NO. SESIONES	ESTADO (**)	SEDE	MOTIVO DE CONSULTA	PERIODO
59	Criselda	Atención a la violencia con perspectiva de género	2 y 3	5	2	5	FESI	Violencia intrafamiliar	2009-2
60	Jessica	Estructural	1, 3 y 6	4	4	1	FESI	Mala relación padre e hija	2009-2
61	Denise	Soluciones	3 y 6	7	1	4	FESI	Adicción	2009-2
62	Leyta	Estructural	2 y 7	4	4	2	FESI	Problemas de pareja y establecimiento de reglas hacia el hijo	2009-2
63	Estela	Soluciones	2	4	7	1	FESI	Problemas de pareja	2010-1
64	Isabel	Narrativa	2, 3 y 6	4	3	1	ISSSTE	Miedo a la lluvia	2010-1
65	Enrique	Problemas	4	4	2	4	ISSSTE	Migraña y ansiedad	2010-1
66	Suzel	Soluciones	4	2	3	2	CCH-A	Miedo y síntomas de depresión	2010-2
67	Delia	Equipo de reflexión	3, 4, 6 y 7	5	14	1	CCH-A	Modificar su autopercepción y mejorar la relación con su hijo	2010-2
68	Alejandro	Estructural	2 y 3	5	6	2	CCH-A	Problemas de conducta	2010-2
69	Yosemite	Problemas	3	4	3	2	CCH-A	Tentativa suicida	2010-2

(\*) **Etapa del ciclo vital (CV):** 1) Pareja en formación; 2) Familia con hijos pequeños; 3) Familia con hijos adolescentes; 4) Familia con hijos adultos sin hijos; 5) Familia de tres generaciones; 6) Nido vacío; y 7) Familia reestructurada.

(\*\*) **Estado:** 1) Alta terapéutica; 2) Alta voluntaria; 3) En proceso; 4) Baja por inasistencia; 5) Baja voluntaria; y 6) Canalización.

**Tabla 10.** Familias que atendí como terapeuta principal.

La presente tabla muestra los casos que atendí como coterapeuta:

FAM	P.I.	MODELO	C. V. (*)	NO. FAM.	NO. SESIONES	ESTADO (**)	SEDE	MOTIVO DE CONSULTA	PERIODO
70	Georgina y Heriberto	Soluciones y Milán	6 y 7	2	5	6	ISSSTE	Violencia mutua en la pareja	2010-1
71	Michelle	Milán	3 y 4	4	5	3	ISSSTE	Anorexia	2010-1
72	Lorena	Equipo de reflexión	4	3	3	1	FESI	Violencia mutua con la ex-pareja	2010-1
73	Jesús	Equipo de reflexión	3, 4, 6 y 7	4	5	1	CCH-S	Problemas de relación con la tía y su madre	2010-2

(\*) **Etapa del ciclo vital (CV):** 1) Pareja en formación; 2) Familia con hijos pequeños; 3) Familia con hijos adolescentes; 4) Familia con hijos adultos sin hijos; 5) Familia de tres generaciones; 6) Nido vacío; y 7) Familia reestructurada.

(\*\*) **Estado:** 1) Alta terapéutica; 2) Alta voluntaria; 3) En proceso; 4) Baja por inasistencia; 5) Baja voluntaria; y 6) Canalización.

**Tabla 11.** Familias que atendí en coterapia.

### 3.1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia que atendí como terapeuta con base en el formato de registro.

#### FAMILIA 1. CRUZ ALTAMIRANO

#### ENTREVISTA TELEFÓNICA

**Fecha.** 14 de septiembre del 2009.

**Sede clínica.** Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla (ISSSTE).

**Nombre de la supervisora.** Mtra. Susana Carmen González Montoya.

**Terapeuta principal.** Christian Sandoval Espinoza.

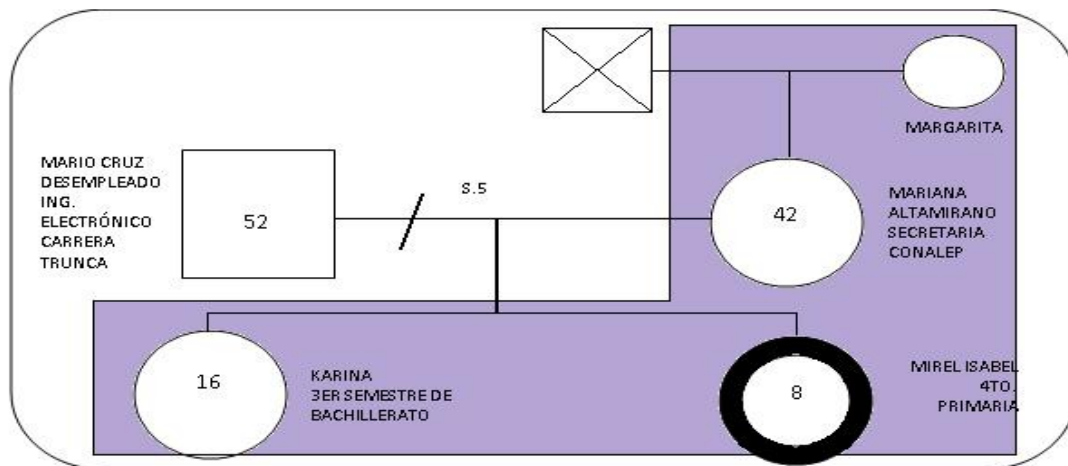
**Equipo de supervisión.** Selene Domínguez Boer, Juan Manuel Montiel Génova y Ana Verónica Monroy Sosa.

**Persona que responde a la llamada.** Mariana.

**Miembros que integran la familia.** Mariana, Karina e Isabel Mirel.

**Motivo de consulta.** Mirel tiene miedo a la lluvia y angustia por posibles catástrofes.

#### Familiograma.



**Figura 2.** Familiograma de los Cruz Altamirano.

**Fuente de referencia.** El médico familiar de la clínica del ISSSTE Tlalnepantla.

**Antecedentes del motivo de consulta.** La entrevista fue muy breve debido a que se contactó a Mariana en su trabajo. Mariana mencionó que su hija Isabel ha presentado miedo y angustia posterior a la separación de sus padres. Mario se fue de la casa hace 5 años por las discusiones que habían en la pareja. Mariana menciona que Mario perdió todo contacto con ella y sus hijas desde la separación, de tal modo

que no le apoya de ninguna forma con relación al cuidado, manutención u orientación de las hijas de ambos. En la casa viven actualmente Mariana, su madre y sus dos hijas.

**Modelo.** Terapia Narrativa y Modelo de Terapia Breve orientado a las soluciones.

**Objetivos.**

- ❖ Establecer rapport.
- ❖ Explorar la dinámica familiar.
- ❖ Conocer la percepción que cada uno tiene de la queja.
- ❖ Explorar las circunstancias del miedo y angustia de Isabel.
- ❖ Identificar los recursos de la familia.
- ❖ Elaborar una actividad metafórica que diluya la queja.

**SESIÓN 1**

**Fecha.** 17 de septiembre del 2009.

**Resumen de la sesión.** Al preguntar acerca del problema Mariana refiere que su hija Isabel tiene miedo a la lluvia, porque piensa que se puede ahogar. Cuando llueve se sienta en el sillón y permanece ahí hasta que pasa. Isabel tiene miedo a todos los animales. Karina, su hermana, piensa que van a sesión porque han bajado de calificaciones y por la relación de todas con su papá (Mario).

Karina refiere que su vida en casa es tranquila, le ayuda a su mamá a tender las camas mientras ella lava la ropa, le hace compañía a su abuela y a su hermana. Este último mes ha puesto más empeño en subir sus calificaciones. En relación a Isabel, ella ya no le pone atención cuando tiene esos miedos, porque considera que se debe a que su abuelita ve las noticias, se pone nerviosa e Isabel reacciona ante eso.

La terapeuta devuelve una visión sistémica del motivo de consulta explicando que su abuelita se preocupa al ver las noticias, Isabel reacciona con temor hacia lo que comenta su abuelita, al verla nerviosa su mamá (Mariana) se enoja y Karina al ver el ambiente tenso se aleja o muestra desinterés.

Isabel menciona que por la diferencia de edad de todas se pelean mucho, porque la creencia de cada una es distinta. Cuando ella se asusta su abuela dice “¡ay no seas payasa!”, su mamá dice “no te va a pasar nada” y Karina dice “ya cálmate”. Se le felicita por ser tan perceptiva o sensible hacia lo que pasa en casa. Isabel dice que los comentarios de su familia no le sirven para superar sus miedos. Se promovieron interacciones que consistieron en que Isabel le dijera a su mamá cómo quiere que la ayuden.

Mariana describe a Isabel como una niña inteligente y que analiza las cosas. Se ilumina que esto está relacionado con su sensibilidad. Al preguntarle Isabel a quién se parece, Mariana responde que a su papá, por su carácter. Isabel se describe como parecida a su papá en lo enojona y a su mamá en la inteligencia. Acerca Karina, Isabel dice que “es igualita a mi mamá”, le gusta salir, van de compras juntas. La terapeuta ilumina que posiblemente la diferencia en las percepciones entre ellas obstaculiza la expresión y comunicación entre ellas.

Mariana comenta que tienen 5 años viviendo con su mamá, que la relación entre ambas es muy conflictiva porque dice que ella es una grosera y que solapa que sus hijas (Isabel y Karina) también lo sean. Ella les pide que sean tolerantes con su abuela, porque “es más fácil que uno cambie que ella”. La terapeuta complementa diciendo “entonces, si cambian las tres, va a cambiar todo”.

Se exploró la relación entre hermanas, Isabel menciona que a veces le pide cosas a Karina y ella se las niega o le contesta enojada. Por su parte, Karina se queja de que le gusta tener todo en orden y cuando Isabel toma las cosas no las deja en su lugar. Mariana cree que Karina es extremadamente ordenada y algunas veces exagera. La terapeuta agrega que Isabel al parecerse a su papá es más creyente de un mundo diferente del que ellas por ser más racionales, organizadas y responsables pueden ver.

Mariana dice que Karina “es una niña con quejas de aprendizaje porque reprobó tres materias. Le dio una nueva oportunidad para que suba las calificaciones, sino la sacaré de estudiar. La terapeuta rescata el pequeño cambio que representa que Karina esté poniendo interés y empeño para subir sus calificaciones.

La terapeuta exploró en qué otras cosas se logran poner de acuerdo, se resume en que todas creen que la abuela es una persona difícil de tratar por su edad. Al explorar la organización familiar, se encuentra que no tienen actividades establecidas, porque la mamá espera que sean espontáneas para no caer en la monotonía.

Se aplicó una pregunta de escala para calificar a la familia: Karina dice 5, Isabel dice 0 y Mariana 5. La calificación meta es: para Karina un 8, para Isabel un 7 y para Mariana un 8. Se les dijo pensar qué va a hacer cada una para que la familia llegue a esa calificación.

**Cierre de la sesión.** “El equipo ve en ustedes un montón de habilidades y capacidades que les van a ayudar. También vimos unión y preocupación por lo que le pasa a cada una, por lo que tienen mucho interés por lo que le está pasando a la otra. Además vimos gran capacidad para darse cuenta y resolver

los quejas, son sensibles para captar lo que pasa a su alrededor, eso les va a ayudar a afrontar situaciones adversas, para que estas capacidades funcionen tendrán que esforzarse por entender a las demás”.

**Tareas.** 1) Pensar qué va a hacer cada una para que la familia llegue a su calificación meta; y 2) Cada día van a ponerse las tres a ver la vida como alguna otra, por ejemplo, el lunes como mamá (con su trabajo, a cargo de más personas, etc.), el martes como la abuelita (una persona cansada, mayor, con diferentes creencias, etc.), el miércoles como Karina (una adolescente, la escuela, los amigos, etc.), el jueves como Isabel (una niña, que teme a la lluvia, las tareas, etc.) y luego repetimos.

## SESIÓN 2

**Fecha.** 5 de noviembre del 2009.

**Resumen de sesión.** Mariana refirió que Isabel continúa con sus miedos “sigue con sus desesperaciones”. También notó que su nerviosismo persiste porque el domingo anterior que fueron a la feria, se quería ir al ver tanta gente. En un momento se separaron Isabel y dos sobrinas de ella y los demás. Se exploró lo que sucedió y cómo lo afrontó. A lo cual responde que se pusieron a buscar a sus mamás, lo peor vino cuando allí comenzaron a quemar un castillo, porque ella sentía que iban a morir, eso la puso más nerviosa. *Para calmarse, ella se aseguró que su familia estaba bien.*

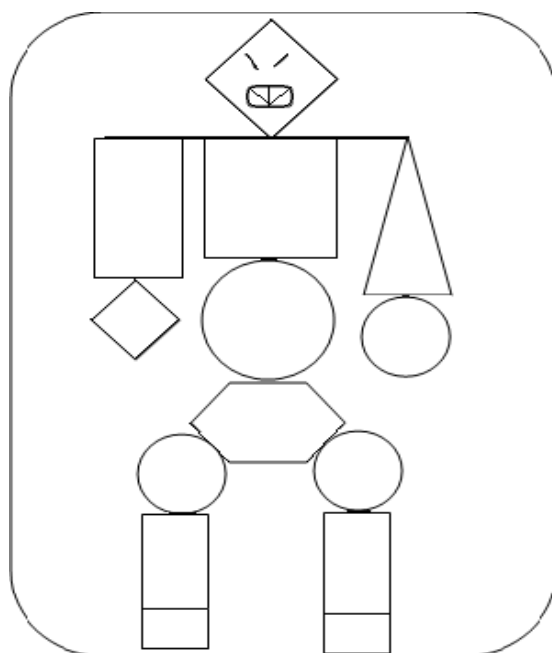
Al buscar excepciones, o sea, cuándo se siente tranquila ante un evento estresante, ella recuerda que el viernes anterior estuvo lloviendo, pero se sintió tranquila porque en su casa llovió poco, se puso a pesar “ésta no es como la otra”, “no se oía tan feo”, se le amplió el cambio. Se concluyó que cuando ella se centra “en otro tema” no se pone desesperada, ni siente miedo, las actividades que le ayudan a concentrarse en otra cosa son: ver la tele, leer una novela, y un cubo rubic.

Actualmente, está leyendo *Memorias de una geisha*. Se le preguntó que si leyendo puede evitar sentirse nerviosa por la lluvia, a lo que responde que sí. Se le preguntó ¿qué puede hacer en casa para sentirse menos nerviosa cuando esté lloviendo?, Isabel reconoció que si pudiera dejar de oír que su abuelita se pone nerviosa, seguramente ella no se sentiría nerviosa. Se le hace la pregunta hipotética acerca qué va a hacer para sentirse tranquila la próxima vez que llueva muy intensamente, ella dijo que escuchando música (Thriller de Michael Jackson). Se le confrontó la incongruencia entre elegir una canción terrorífica sin miedo y la lluvia con nerviosismo, ella dice que sabe que “es sólo es un video”, se le pregunta que si esto del video se puede aplicar a la situación de cuando llueve, dice no poder hacer lo que le gusta por el miedo.

Se aplicó entrevista circular en torno a lo que puede hacer Isabel durante la lluvia para que no le dé miedo, Karina dice que “sólo le gusta leer”. Se le pregunta a Isabel si conoce alguna novela o cuento que tenga que ver con lluvia, ella cuenta una leyenda que dice “cuando haces mucho ruido, atraes a la lluvia”. Por lo tanto, el silencio ayuda a que no se acerque. Se le deja investigar algún cuento o tarea que se relacione con la lluvia.

- A la mitad de la sesión se les pide a Karina y Mariana que salgan un rato. -

A solas se elaboró un ritual que acabara con el miedo, se le pidió a Isabel que describiera cómo es ese miedo, responde que es: amorfo, su cuerpo se compone de figura geométricas, es negro, grande (del tamaño de todos los planetas), no tiene sabor ni olor, a veces es chiquito, porque siente vergüenza, produce luz frotando sus manos, se escucha su risa, anda por todos lados, a veces se divide para reproducirse, cada parte es igual de fuerte. No quiso dibujarlo. Sus amigos son: reírse de él le da más fuerza. Sus enemigos son: los colores, la vergüenza, cuando se pone gris, la luz del Sol la ahuyenta y debilita.



**Figura 3.** Representación del miedo que envolvía a Isabel.

El plan que hicimos para debilitarlo es: el color que lo debilita es el azul claro, a las 12 p.m. el Sol lo puede debilitar más, cuando se hace chiquito podemos alejarlo. Las señales que tenemos de que se hace chiquito es cuando se vuelve blanco o gris, si lo hacemos llorar se puede avergonzar y debilitar, eso lo podemos lograr dejándole de hacer caso. Para esto es importante que Isabel se centre en otra actividad, Isabel va a jugar con “sus tronadoras” (es un juguete que consta de un cordón con dos esferas de



plástico, el objetivo es agitarlo de tal modo que ambas esferas choquen rápidamente, sin perder el ritmo por el mayor tiempo posible).

Para vencer los miedos se le dio la sugerencia de: tomar un objeto que puedan llevar a todos lados (un libro “memorias de una geisha”), un elemento del color que debilita el miedo (azul claro), se elige una hora donde el Sol sea más fuerte (12:30 p.m.).

**Cierre de sesión.** “Vas a tomar el libro, lo vas a decorar con algo azul claro (forrar), lo vas a poner al Sol durante tres días para que se cargue de energía, junto al libro va a poner sus tronadoras, a los tres días lo vas a cargar a todos lados porque va a ser tu escudo para alejar a ese ser deforme”.

**Tareas.** 1) Investigar un cuento o historia que trate acerca lluvia; 2) Realizar el ritual con el libro; y 3) Mariana y Karina vigilarán que decore el libro, que nadie toque el libro mientras se energetiza y que no se separe del libro.

## ACTA DE CIERRE

### SESIÓN 3

**Fecha.** 5 de noviembre del 2009.

**Resumen de sesión.** Mariana refirió que Isabel no ha vuelto a presentar los miedos, ni la angustia, ni la desesperación por una posible catástrofe, eso lo tiene tranquila también.

Por su parte, Isabel se ha sentido tranquila, cree que desde ahora va a poder controlar las cosas que le pueden provocar miedos, así que se siente mucho mejor. En las ocasiones en que escuchó a su abuelita hablar de posibles desastres, ella se puso a leer unas páginas de su libro “memorias de una geisha” y se sintió segura, ya no pensó en cosas desagradables y ahora puede enseñarles a otros niños cómo vencer sus miedos.

Ambas refirieron que el motivo de consulta está resuelto, porque no se ha vuelto a presentar, por lo cual, ambas solicitan que se termine el proceso.

**Cierre de sesión.** “Vaya, escucho que han ocurrido muchos cambios muy agradables para todas. Vamos a respetar su decisión de suspender la terapia, pero creemos que aún faltan cosas por trabajar, como la relación entre ustedes y la colaboración en cada una en las tareas de la casa, quizá no sea su momento de cambiarlas. Sin embargo, queremos que recuerden que si se vuelve a presentar este queja u otra pueden asistir al servicio de terapia familiar y aquí les atenderán”.

**Estado.** Alta por cumplimiento de objetivos.

**Resumen de técnicas empleadas.** Con la familia Cruz Altamirano se emplearon las siguientes técnicas: definición del problema, “excepciones del problema”, exploración de las “historias dominantes” e “historias alternativas”, “externalización del problema” (sacarlo de la persona, bautizar el problema, depositarlo en alguna representación externa y el ejercicio de “amigos y enemigos”), fortalecimiento de la agencia personal e impacto en el “panorama de conciencia”. Para esto se emplearon preguntas de posibilidades únicas, de logros aislados y de influencia relativa.

## **FAMILIA 2. Manzanares Arroyo.**

### **ENTREVISTA TELEFÓNICA**

**Fecha.** 12 de febrero del 2010.

**Sede clínica.** Clínica de Terapia Familiar (FESI).

**Nombre de las supervisoras.** Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo y Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda.

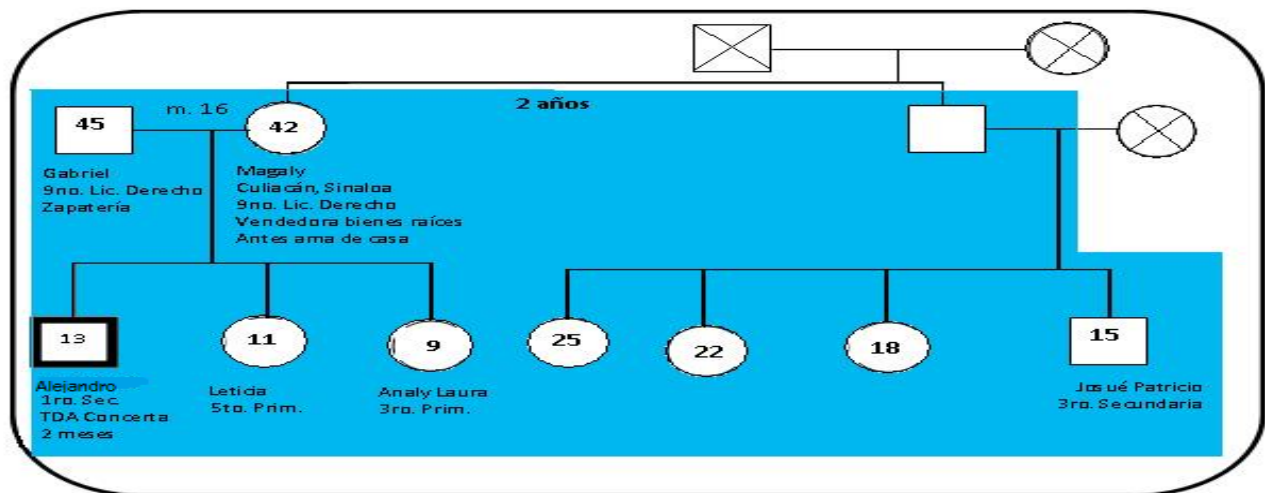
**Terapeuta principal.** Christian Sandoval Espinoza.

**Equipo de supervisión.** Selene Domínguez Boer, Juan Manuel Montiel Génova y Ana Verónica Monroy Sosa.

**Persona que responde a la llamada.** Magaly.

**Motivo de consulta.** Magaly refiere tener problemas de disciplina y límites con sus hijos.

**Genograma.**



**Figura 4.** Genograma de la familia Manzanares Arroyo.

**Fuente de referencia.** Acudió personalmente al buzón de la clínica de la FESI.

**Antecedentes del problema.** Magaly refiriere que tiene muchos problemas de límites y disciplina con sus tres hijos, este problema lo explica a raíz de que hace 3 años secuestraron a su marido al Sur del D.F. (donde vivían antes), supieron que había sido un conocido de su marido, el cual les pidió mucho dinero, dejándolos en la ruina económica. Gabriel apareció en la ciudad de Monterrey, enseguida lo aprehendieron para realizar la averiguación previa, por ello estuvo detenido 4 meses. Después de ese incidente se mudaron al Edo. de México a la casa del hermano de la señora, actualmente viven en la misma casa que su hermano y sus 4 hijos, desde hace 2 años.

A partir de ese momento, Alejandro entabló un fuerte vínculo con su primo Patricio, el cual ha sido parcialmente abandonado porque su padre trabaja todo el día, al igual que sus hermanas mayores, así que no tiene supervisión ni orientación. Patricio hace todo lo que quiere sin límites y sin avisar a nadie y Alejandro algunas veces lo imita, eso provoca problemas con sus padres. Leticia y Laura, a su vez, imitan a su hermano (Alejandro), tiendo como consecuencia la desorganización familiar.

Magaly calificó como buena la relación de pareja, pero mala con sus tres hijos y con su sobrino (Patricio), porque éste no permite que le llame la atención alegando que “no eres mi mamá”, así que Alejandro cuando se alía a Patricio le dice “tú no eres mi mamá, mi papá es mi tío”. También mencionó que no se han repuesto económicamente, por lo que no pueden irse a vivir a otro lugar, en donde puedan establecer sus propias reglas.

**Hipótesis.** La familia quedó con mucha ansiedad y caos tras el secuestro y sus efectos (cambio de casa, amigos, estilo de vida, situación económica, etc.), así que la regla implícita es que todos estén unidos desorganizadamente. Los hijos se encuentran sobre la autoridad de los padres, de tal suerte que entre más crece la culpa de los padres (por la creencia de haber tomado decisiones que lastimaron a los hijos), peor es el comportamiento de Alejandro, más desafiante es el de Leticia y mayor el retroceso comportamental de Laura. Gabriel no posee ninguna jerarquía dentro del hogar debido a que: su aportación económica es menor a lo deseable por su pareja, su carácter es más permisivo con los hijos y permite que su mujer tome, no sólo las decisiones de crianza, sino las decisiones que incluyen a todos los miembros de la familia; trayendo por consecuencia que todos posean mayor poder, ubicando a Gabriel dentro del subsistema fraterno. Las veces que se logra colocar dentro del subsistema conyugal, Analy se triangula evitando que expresen sus inconformidades. Finalmente, Magaly se percibe tensa, enojada, frustrada y sobre cargada porque no encuentra la manera de cambiar las cosas.

**Modelo.** Estructural.

**Objetivos.**

- ψ Establecer joining.
- ψ Definir claramente el motivo de consulta.
- ψ Explorar: datos del padre y hermanas de Patricio, recursos y fortalezas familiares, cómo han vivido después del secuestro (posible desconfianza) y actividades de los hijos dentro del hogar.
- ψ Explorar la dinámica familiar (relaciones, comunicación, jerarquías, límites y territorio).
- ψ Percepción de cada uno acerca del problema.
- ψ Iluminar las estrategias de acercamiento que hasta el momento han resultado fallidas.
- ψ Explorar acerca el secuestro y sus efectos.
- ψ Indagar acerca la realidad familiar entorno a la paternidad, la maternidad, culpas acerca crianza y cómo son los “buenos padres”.
- ψ Disolver las coaliciones familiares.
- ψ Evaluar cómo han vivido, cada uno, las pérdidas personales.
- ψ Iluminar lo que si hace Alejandro para reenfocar.
- ψ Establecer límites, jerarquías y consecuencias claras y firmes.
- ψ Mejorar la relación entre los miembros del sistema.

**SESIÓN 1**

**Fecha.** 25 de febrero del 2010.

**Resumen de la sesión.** Se presenta la familia nuclear completa unos minutos antes del horario de su sesión. Se comenzó por establecer joining con todos los miembros de la familia, se les pidió que se presentaran y mencionaran qué cosas les gustan hacer. Después de obtener negativas para responder, se procedió a preguntarle acerca del motivo que los llevaba a terapia, se promovieron interacciones pidiéndoles a los hijos que les preguntaran a sus padres el motivo por el cual estaban allí.

Se les preguntó a los padres cuáles serían sus objetivos a trabajar, Gabriel reconoce que están viviendo con una disfunción familiar porque ha perdido el control acerca Alejandro, considera que les falta interactuar más. También se queja de poca cooperación de sus hijos en cosas de la casa. Esto se le connota como “mala organización”. Se exploró acerca el tiempo de convivencia obteniendo que “no existen momentos de interacción familiar”, debido a lo absorbente que es el trabajo del padre, a pesar de

que los jueves descansa. El padre dice que se siente triste y desesperado especialmente por no relacionarse con Alejandro ni hacer nada juntos el día que descansa.

El problema de conducta de Alejandro inició en el mes de septiembre, tras una relación de noviazgo fallida, de la cual culpa a sus padres por no apoyarlo llevándolo a visitar a la chica. Alejandro conoció a la que fue su novia, cuando estudiaba en una secundaria al sur del D.F., como lo cambiaron de escuela tuvo que dejar de verla. Cuando la terapeuta menciona que Alejandro debe sentir mucho enojo por esta situación, él afirma con la cabeza, sin dejar de dibujar en uno de sus cuadernos de la escuela. Gabriel resalta que antes del incidente de la chica, Alejandro, iba a ser transferido de escuela por problemas de conducta. Por lo anterior, Gabriel concluye que “mi hijo ha vivido muchas pérdidas y por eso está así”.

Se le pregunta a Magaly su percepción acerca el problema, ella contesta que sus hijos están en una edad difícil, tiene problemas en la escuela y en la casa y tiene bajo rendimiento escolar. La madre cree que parte de sus problemas personales están relacionado con su dificultad para hacer amigos, cuando Alejandro era niño su mamá le ayudaba a vincularse con sus pares, pero actualmente ya no lo puede hacer, así que lo mira como solitario. Se exploró cuánto tiempo le dedica sólo a Alejandro, ella responde que nada. Cuando salen en familia surgen las discusiones porque “siempre quiere que se haga lo que él quiere” o “elige actividades en donde las niñas no pueden participar”. Se preguntó acerca la posibilidad de dejar encargadas a las niñas “de vez en cuando”, Magaly lo ve imposible porque sus sobrinas no quieren cuidarlas con cierta frecuencia. Se exploraron otras fuentes de apoyo, sin éxito, porque la familia es muy aislada desde el secuestro.

Se les iluminó que la soledad y las pérdidas han sido muy frecuentes en la familia, por lo cual se les preguntó cómo le han hecho para seguir adelante, la pareja responde que haciéndose cargo de lo más urgente. Se les cuestionó qué tanto han transmitido a Alejandro la soledad y dificultad para relacionarse. Gabriel menciona que hay momentos en donde se logra integrar y relacionar adecuadamente con otros jóvenes. Se exploró la capacidad de adaptación de las otras hijas, Gabriel responde que Laura se desespera fácilmente y que cuando no quiere hacer algo llora y dice que no sabe hacerlo. Se aprovechó para iluminar que se comporta como una niña de 6 u 8 años. Magaly se explica que Laura se acostumbró a que ella estaba en casa y todo le hacía y ahora no hay quién le ayude.

La terapeuta incluyó la posibilidad de culpa y sobrecompensación de los padres por la crianza de los hijos, ambos lo aceptaron como el mayor problema hacia sus hijos. Así que se les interpretó que “si fueran una fotografía” sería fácil detectar que los hijos se distraen, no quieren mirar ni oír lo que pasa en casa y que posiblemente es una defensa grupal frente al sufrimiento.

Con respecto a Leticia, sus padres la consideran muy madura, responsable, sociable, ordenada y ya desea obtener permisos de salidas y visitas engañando a sus padres. La terapeuta resaltó lo curioso que es que en septiembre, mientras Alejandro estaba tan enojado, su hermana estuviera mejorando su conducta y calificaciones. Ella considera que sus papás le exigen mucho más que a sus hermanos y no está de acuerdo que así sean las cosas, describe que Alejandro no recibe consecuencias cuando toma sus cosas. En ese momento, Alejandro vuelve a levantar su cuaderno discretamente hacia la terapeuta para que ella pudiera ver lo que estaba diseñando. Se exploró su relación con Laura, dice llevarse “más o menos”, porque ella también toma sus cosas sin perderlas, cuando pasa se las quita y le pega. Se interrogó a Laura, ella dice llevarse bien con Alejandro cuando la defiende de Leticia. Se connotó que Alejandro es “buen hermano”.

Se preguntó a los padres acerca el hijo favorito y ambos afirmaron que es Laura y la mamá dijo que Leticia porque se parece mucho a ella en su forma de ser. Se le hizo la misma pregunta a Alejandro respondiendo “no sé”, así que se le ofreció que “no te puedo obligar a hablar, pero si quieres decir algo interrúmpeme y te doy la palabra”, afirmó con la cabeza y siguió dibujando.

**Observaciones.** *Gabriel* se esmeró durante la entrevista para que sus hijos cooperaran con la terapeuta, presionando a que dieran las respuestas que se les solicitaban. En la pausa le llama la atención a sus hijas y ellas no lo toman en serio. *Magaly*, en varias ocasiones, trató de descalificar a la terapeuta. Durante la entrevista se mostró molesta y con dificultad para comprender lo que la terapeuta les decía. En la pausa le pide a su hijo no ser grosero y poner atención, mientras abraza a Laura. Durante la sesión, *Alejandro*, se mantuvo escuchando música con un sólo audífono, además de que estuvo dibujando en un cuaderno distintos diseños, de tal modo que participara lo más aislado posible. Aunque hizo intentos sutiles por mostrar su trabajo a su terapeuta. En dos ocasiones, cuando habló su mamá comenzó a hacer ruido con un plumón de balín. *Leticia* intentó mostrar un comportamiento más maduro y aparentar que posee el desarrollo de una persona de mayor edad. Cuando la terapeuta se dirige a ella, también, se hace chiquita respondiendo con respuestas breves. En la pausa, reenfoca la cámara para que salga su papá, luego esculca la bolsa de su mamá. *Analy*, durante la sesión, parecía poco aliñada y con un lenguaje no verbal que reflejaba el comportamiento de una persona menor a su edad cronológica. Así mismo, intervino pocas veces durante la conversación, contestó cubriéndose la boca con la manga de la chamarra, con una pronunciación poco clara y constantes risas nerviosas. En un momento, sacó un celular para jugar con él

y distraerse más fácilmente. En la pausa, exige que ya se vayan y demanda repetitivamente que “quiero un conejo”. Cada vez que se hablaba de los hijos buscaban cómo evitar escuchar.

**Cierre de sesión.** “Esta familia ha estado y sigue estando a muchos cambios, tienen dos hijos que están entrando a una etapa de vida muy crítica para cualquier familia y por ello van a tener que explotar su flexibilidad para hacer frente a este cambio. Esta adaptación sumada a tantas pérdidas va a servir para que los padres se adapten a otra forma de vida. Les queda claro que la misma vida los ha golpeado mucho, pero cuentan con la fuerza suficiente para salir victoriosos. Posiblemente el secuestro dejó secuelas de desconfianza y cada uno las ha absorbido provocando desconfianza en ustedes mismos evitando que tengan una buena comunicación”, “Me gustaría que vieran aquí un lugar seguro en donde podemos hablar de cosas importantes con libertad” y “los felicitamos por ser una familia interesada en el cambio, así que queremos felicitarlos por darse la oportunidad de estar aquí”.

*Alejandro.-* “Nos dimos cuenta que tienes mucha habilidad para el dibujo, y por nuestra experiencia sabemos que las personas que tienen esa habilidad son personas que tienen mucho que expresar, pero que a veces les cuesta trabajo decirlo y es más fácil plasmarlo en una imagen. No me gustaría que lo que quieres decir se quede en el silencio, si tú quieres tráeme una imagen que te guste o llame la atención, me gustaría conocerte más”. Alejandro dijo que no piensa regresar.

**Tarea.** 1) Hacer durante 20 minutos (por lo menos) al día algo en familia, sin hablar de lo que se habló en sesión; y 2) Elaborar una lista de posibles quehaceres para cada uno de sus hijos, considerando sus edades.

## SESIÓN 2

**Fecha.** 11 de marzo del 2010.

**Resumen de la sesión.** Asisten con unos minutos de retardo Gabriel y Analy. Gabriel menciona que su esposa (Magaly) no pudo asistir por dejar a sus otros hijos en la escuela; Leticia decidió no asistir y Alejandro también decidió lo mismo. La terapeuta les explica que la “terapia no es mágica, así que necesitamos el compromiso de todos para poder lograr que los cambios se lleven a cabo, de otro modo será imposible ayudarlos”.

Gabriel menciona que no ha podido captar cambios en la actitud de Alejandro ni en su esposa; también refirió que le insistió a su hijo para hacer el dibujo que le encargamos y él se rehusó. Sin embargo, ha podido notar cambios en la percepción que tiene de Magaly Leticia, ya que

espontáneamente se ha comprometido a organizar sus cosas personales en orden, “ha estado más cooperativa” y ha tratado de preparar sola la cena para todos; mientras que ha notado bastante interés por parte de Laura para seguir asistiendo a terapia. La terapeuta le iluminó los cambios agregando que “no debemos apresurarnos con los cambios, porque se nos pueden caer”.

Se revisó la tarea, encontrando que Gabriel y Magaly no se han podido poner de acuerdo en cuáles serán las tareas asignadas a cada hijo. Lo han tratado de platicar telefónicamente, pero no han logrado llegar a nada en concreto.

Analy comienza quejándose de que sus hermanos le pegan y que Alejandro rompe todo lo que hace Leticia justo en el momento en que Gabriel se encuentra describiendo las dificultades que tiene con su esposa. Se le cuestiona si esto de interrumpir para cambiar el tema lo hace en casa. Gabriel menciona que sí, pero lo justifica explicando que ella lo hace con el fin de ayudar, complementar e incluirse en la conversación. Se le pregunta si eso también lo hace con sus hermanos, él responde que sí, porque “siempre tiene algo que comentar”, se le devuelve que posiblemente esto está dificultando la relación con sus hermanos, él Sr. niega que pueda ser así. Aunque acepta que lo hace con sus compañeros de escuela provocando que ellos se alejen. Se deja la pregunta acerca ¿por qué querrá desviar la atención? y ¿qué tema deseará evitar que se hable?

Gabriel menciona que Alejandro no se baña debido a la depresión que ha presentado desde hace 1 años y medio; las hijas no comen en los horarios de la casa porque les falta hambre; él considera que todos los miembros de la familia se encuentran deprimidos. Se le cuestiona que si es así, de dónde saca la energía para intentar salir adelante, él responde que tratar de satisfacer sus necesidades básicas y la esperanza de que las cosas pueden ser distintas.

Se aplicó preguntas de escala acerca de sus satisfactores, él ubica antes en 6 y ahora en 1 o 2; el peor momento lo ubicó en 0, para subir a 1 o 2 tuvo que aceptar su situación y organizar su economía; su meta es llegar a 8; los pasos para llegar al 8 sería trabajar de manera independiente en la venta de zapatos o papelería. A partir de ahí salieron apoyos como dos compañeros de trabajo con los cuáles se podría asociar.

Antes del corte se les deja pensando a ambos de qué manera le van a hacer para comprometer a Magaly para asistir y comprometerse. Gabriel responde que va a hacerle notar los cambios que ha habido.



**Observaciones.** Gabriel tiene una justificación para cada comportamiento inadecuado de sus hijos y mira constantemente la cámara de video con cierta ansiedad. Se realizó una llamada telefónica a Magaly para comentarle brevemente el contenido de la sesión, repetirle la tarea, el mensaje final y como un intento de la terapeuta para fortalecer la alianza con ella.

**Cierre de sesión.** “El equipo les manda una felicitación, porque el sólo hecho de estar aquí implica que hay una visión hacia el cambio, un interés por ver cosas distintas en casa, un ambiente más agradable en casa, y eso es algo muy importante”. “A usted (Gabriel) le mandan a decir que les sorprende cómo puede dejar de lado esta situación tan difícil como lo fue el secuestro y ponerse las pilas para no estar llorando por lo que se perdió, buscar nuevas opciones para recuperar lo que se perdió, recuperar amigos, recuperar el estatus, recuperar la casa, recuperar la situación económica poco a poco y eso es muy importante, si no pusiera darle vuelta a la hoja, entonces difícilmente podría mirar hacia el futuro y hacia el cambio, hacia lo que sí se puede, hacia lo que pueden lograr entre todos, porque todos tienen una responsabilidad y un compromiso, así que si quieren ver cosas agradables en casa se tendrán que comprometer a hacer cada uno lo que le toca”. “Uno de los compañeros del equipo me decía que un padre además de ser una guía para el grupo familiar generalmente es quién da más fuerza para orientar, aconsejar y dirigir, entonces esa persona se preguntaba si usted cuenta con la fortaleza para poderlos traer a todos y que se comprometan a que lo que vamos a hacer aquí se seguirá haciendo en casa, pero el cambio ya comenzó y no hay marcha atrás, pero necesitamos que todos jalen para el mismo lado”. “Yo creo que usted va a ser pieza clave para ayudarnos a darle más fuerza a la unión de todos, sin presionar a nadie”.

**Tarea.** I. En estos 15 días queda prohibido hablar de: 1) las pérdidas, 2) la depresión y 3) las cosas que no han funcionado en casa; y II. Cada quien va a pensar qué cosas puede hacer cada uno para que pasen cosas agradables en casa.

### **SESIÓN 3**

**Fecha.** 25 de marzo del 2010.

**Resumen de la sesión.** Alejandro refiere que las cosas en casa siguen igual mientras juega con su celular. La terapeuta le cuestiona a Gabriel que su esposa no asista tras solicitar terapia de pareja, él responde que no pudo porque fue a dejar a las niñas a la escuela, así que él trajo a quien quiso ir. Esto se ilumina como una manifestación por hacer cosas que mejoren la situación familiar y personal.

Alejandro comentó que está suspendido de la escuela por haberse levantado durante la clase después de que una amiga le quiso mostrar un dibujo que hizo para él. Su papá refiere que sigue sin hacer tareas, tiene varias materias a punto de reprobar, probablemente tenga que repetir el año escolar y lo tengan que cambiar de escuela. Él (Gabriel) no quiere.

Gabriel vuelve a recordar que Alejandro tuvo problemas para adaptarse a la escuela y que quizá esa es la razón de que actualmente vaya mal, la terapeuta le confronta esa idea, porque recuperando palabras de ambos, Alejandro es: líder, amigüero, tiene un grupo que lo sigue, tiene amigos que lo estiman y es popular. El papá comenta que posiblemente se ha sentido protegido porque su primo (Patricio) está en la misma secundaria, pero que con la familia no muestra nada de eso, “es manipulador”. Se pregunta ¿de qué manera es manipulador?, el padre dice que porque es listo para saber cuándo obedecer, porque cuando le piden bien las cosas, regularmente, no se rehúsa a seguir órdenes. Se le cuestiona a Alejandro si sabía que su papá lo veía así, él responde que sí.

La terapeuta le pregunta qué cosas diferentes pasan en la escuela para que él responda distinto, Alejandro responde que su maestro de deportes se acerca como un amigo, es amable y le reconoce su obediencia. En cambio en casa lo molestan mucho, él percibe que no le piden bien las cosas y eso le enoja. A veces lo castigan sin salir, así que busca a su primo. El equipo preguntó si las preguntas que le hizo la terapeuta le provocan molestia y luego se le pregunta ¿qué es distinto?, Alejandro no sabe cómo distinguirlo.

La entrevista se regresó a las formas de convivencia en casa, él dijo que es nula, que nunca le preguntan cómo le fue, ni se interesan por sus cosas. Entonces se exploró qué hace fuera de casa, Alejandro dice que salir con amigos, ir a fiestas, las chicas le piden que baile con ellas. Se le pregunta al padre el proceso que siguen con los permisos, Gabriel menciona que su esposa y él lo negocian bajo ciertas condiciones establecidas desde septiembre (donde estará, con quién va, a qué hora regresa, etc.). Se le interroga acerca la consistencia y severidad de los castigos. Su papá (Gabriel) considera que la falta más grave que puede cometer es que lo expulsen de la escuela o faltarle el respeto a su madre o hermanas; y una falta moderada es como el reporte escolar, no cumplir con sus actividades dentro de la casa. La terapeuta preguntó acerca de las negociaciones entre padres e hijo para ganar privilegios, ambos contestan que sí, pero que a veces no cumplen con el trato (cualquiera de las partes).

Gabriel menciona que Alejandro considera que no le prestan atención en casa, Alejandro lo niega tratando de mostrar indiferencia. La terapeuta abre el doble vínculo que implica que por un lado pida atención y por otro diga que no le importa que lo miren. Su padre interviene comentando que nunca se

hace nada que le llame la atención a Alejandro y que él es quien pasa menos tiempo con él. Se hizo foco que el equipo se siente confundido porque a veces se porta como niño y otras veces como adolescente, ¿estará pasando lo mismo con tu familia?, ¿se sentirán tan confundidos como yo? Otra observación del equipo es que físicamente yo es un hombre y tiene actitudes como de niño ¿cómo quieres que te tratemos?

La terapeuta le preguntó a Gabriel cómo era cuando tenía la edad de Alejandro, él responde que era tímido, no le llaman la atención las niñas, le gustaba salir a jugar con sus amigos, le gustaba cumplir con sus tareas y practicaba deporte. Después se le pidió que le explicara cuál es la expectativa que tiene acerca él, le dijo que “tú me enseñaste la ayuda mutua, conforme has ido creciendo se te han ido pidiendo otras cosas, pero te pedimos cosas muy sencillas, pero no lo has querido hacer, no tienes la vida que has soñado, pero queremos respetar que termines la secundaria y te metas a trabajar para que cuando estés en la universidad tengas tus cosas”. ¿Cómo es para usted que le diga estas cosas y Alejandro ni siquiera lo mire? “Es frustrante, a veces me daba enojo, pero aunque no mire está pendiente de lo que pasa”, ¿qué estarán haciendo para reforzar que Alejandro esté indefinido entre niño y adolescente? “Quizá le faltan responsabilidades definidas, además le seguimos recordando lo que tiene que hacer, sino las hace su mamá las realiza”. Esta sobreprotección se extendió al resto de los hijos, para mover a Alejandro del papel de paciente identificado.

**Observaciones.** Gabriel ha estado en estudios para descartar asma. Alejandro se encuentra menos enojado, es más participativo y fluido en sus respuestas.

**Cierre de sesión.** A *Alejandro* “El equipo está realmente sorprendido de la actitud que trajiste hoy a la sesión, te vemos más participativo, vimos bastante avance de una sesión a otra, en este momento sentí que aportaste cosas muy importante, y yo personalmente te lo quiero agradecer. También les llamó la atención que tienes voz de hombre pero hablas mordiendo la manga de tu suéter, te encapsulas, te haces bolita, tus manos son de hombre y sigues mordiéndote las uñas, ellos se preguntan si esa otra actitud está desconcertando a algunos adultos que te rodean, entonces cuando tu mostraste una actitud de niño, el equipo, sintió enojo, desesperación, se sintieron alejados de ti, sintieron falta de interés en lo que estabas comentando y se mostraron muy rígidos y se preguntan si eso tiene que ver con lo que estás viviendo en la casa y en la escuela. En cambio, los momentos en que te mostraste cooperativo, se sintieron interesados, cerca de ti, con ganas de ayudarte y acompañarte y fijate que eso me pasó también a mí, cuando te dirigiste directamente a mí, me hablaste y me dijiste muy claramente las cosas, yo me sentí

muy bien y sentí que en esos momentos realmente te podía ayudar y podía generar un cambio que te fuera útil y cuando me ignorabas me dolía, me sentía mal. Entonces me pregunté eso le pasará a tu familia, que tratan de acercarse y se sienten rechazados.”

A *Gabriel*.- Lo mandan felicitar por la tarea porque está muy clara y completa. También le recuerdan que están entrando en otro momento de vida, por eso se tiene que cambiar los lentes con que mira a su hijo y le piden mucha firmeza para seguir adelante con los cambios.

**Tarea.** I. A *Alejandro*.- Pensar ¿qué pasa con otras personas para que te traten como quieres ser tratado?; y II. A *Gabriel*.- Completar las tareas en casa agregando las consecuencias positivas y negativas de hacer o no hacer cada tarea.

#### SESIÓN 4

**Fecha.** 15 de abril del 2010.

**Resumen de la sesión.** Gabriel comienza la sesión mencionando su preocupación porque su hija Leticia pide permisos y se enoja debido a que “a Alejandro sí le dejan hacer todo lo que quiere”. Además refiere otras situaciones en donde Alejandro se ve privilegiado.

La terapeuta, atendiendo la petición de Magaly y Gabriel para trabajar “temas de pareja”, les pregunta acerca las cosas positivas que les ha sucedido en este tiempo y continúa preguntando el motivo por el cual deseaban asistir en pareja. Leticia responde que “estoy preocupada por mi esposo porque creo que está siendo desperdiciado su potencial, no tiene un trabajo que vaya con sus habilidades, él es un hombre que sabe mucho”, se exploró acerca sentimientos a lo cual respondió que siente mucha molestia con esa actitud. Se le preguntó a Gabriel si él sabía esto, él respondió que sí, además describió tres opciones de trabajo que ha estado contemplando como fuente de ingreso suficiente para la familia (un negocio familiar de zapatos, trabajar en seguros con su hermana, trabajar en el sector gubernamental haciendo una cartera de clientes y poner un negocio con un tío).

La terapeuta le preguntó a Gabriel cómo se explica la percepción de conformismo que tiene su esposa, a lo cual respondió que su mujer es más práctica y él es más de proyectos. Se exploró acerca el ideal que cree que tiene su esposa, él dice que tener un negocio y retomar su carrera como abogado. La misma pregunta se le hizo a ella, ante lo cual mencionó “que haga lo que quiera que le funcione, quiere verlo contento, satisfecho, productivo, con confianza en sí mismo y no quedarse estático”. Se indagó acerca de ¿a qué se refiere con “estático”?, ella respondió que vea qué va a pasar mañana, que si no le funciona que se mueva a otra cosa y enriquece a los demás sin ganar lo mismo.

Magaly recordó que en un par de ocasiones le ha puesto negocios que no funcionan, porque él no se esfuerza en ver más allá, consideró que no lo hace porque sabe que ella trabaja y saca los gastos más urgentes. Ella desearía que él tuviera un trabajo productivo, satisfactorio, bien pagado y con tiempo para los hijos. Además aprovechó para mencionar que se le complica la tarea de consecuencias porque como trabajan ambos, no hay quien se encargue de que eso se cumpla. La terapeuta preguntó ¿cómo le harán esas familias en donde se cumplen las reglas con padres que trabajan? Magaly se lo ha preguntado muchas veces sin obtener respuesta. A la misma pregunta, Gabriel respondió que muchas de esas familias se apoyan en familiares cercanos, cosa que ellos no pueden hacer. La terapeuta los enfocó a lo que sí se puede lograr y lo que están dispuestos a hacer.

Volviendo a lo laboral, Gabriel sugiere que uno de sus proyectos es factible de llevarse a cabo, ante lo cual le cuestiona la terapeuta cuándo podría ser, qué necesita, qué le haría falta para iniciar y si tiene el perfil para poder funcionar en ese negocio. Gabriel responde que sí, ya tiene todo lo necesario, que podía trabajar desde la casa con buen sueldo y que le resolvían en esa semana. La terapeuta les ilumina que aparentemente en esta familia toda la información recorre mucho camino para llevar a su destinatario y les cuestionó por qué no hablar directamente con las personas, ellos no se habían dado cuenta de que eso ocurría.

Se le preguntó a Magaly si esto que comenta su esposo cambia la percepción de que está “estático”, ella responde que sí, porque muchos de sus planes nunca se los había comentado y esa información es nueva para ella. La terapeuta iluminó que esos son los recursos que tienen individualmente y que no se están explotando por falta de comunicación (no se dicen las cosas y se triangula la información).

Magaly se pregunta por qué la familia que lo puede ayudar no lo hace. La terapeuta connotó que muchas veces, para recibir ayuda es preciso explicar cómo quiere ser uno apoyado, con cosas concretas.

Antes del corte para la inter-sesión se les deja pensando ¿qué otras formas hay para comunicarse, además de la verbal?

**Cierre de sesión.** “El equipo piensa que en esta sesión se tocaron básicamente tres temas: *negociación*, *firmeza y claridad*, porque no se dan tiempo para ponerse de acuerdo, acuerdan algo y se queda en el ya merito pero no concretan; *comunicación*, están tan centrados en los problemas económicos y los problemas de los hijos, les está evitando ver y escuchar otras cosas, un compañero preguntaba ¿cómo le ha hecho para vivir dos años con todos estos problemas?; y *confianza*, los dos están cambiando, pero

como no se permiten ver lo positivo, se le interpreta con inseguridad, desconfianza, indiferencia y molestia. Tal parece que les falta valorarse y valorar en otros los pequeños detalles”.

**Tarea.** I. Él se comprometió a escribirle una carta a su esposa en donde le dijera aquellas cosas que quiere que sepa acerca él; y II. Ambos padres dejarán notas dirigidas a Alejandro en donde le digan lo positivo que él tiene.

## **ACTA DE CIERRE**

### **SESIÓN 5**

**Fecha.** 26 de mayo del 2010.

**Resumen de la sesión.** Para la última sesión no llegaron, por lo que se realizó una llamada telefónica para conocer el estado en que estaba la familia. Magaly mencionó que no va a seguir asistiendo porque su trabajo ya no se lo permite y que buscarán una terapia individual para Alejandro.

Posteriormente se entrevista, vía telefónica, al Gabriel con el fin de conocer su percepción acerca la situación familiar. Él refiere que en estas sesiones ha percibido mucho cambio, se ha podido acercar a hablar con Alejandro, han podido comenzar a hablar acerca lo que les preocupa a ambos y se han podido demostrar afecto. Con respecto a la terapia, él entiende que aún les faltan cosas por hacer, pero que el tiempo es quien les ayudará a continuar cambiando y adaptándose a la etapa de la adolescencia de sus hijos. También expresa su preocupación en relación con el comportamiento de Alejandro, ya que está en el hospital debido a una intoxicación etílica, la cual puso su vida en peligro, razón por la cual piensan buscar una canalización con un psiquiatra y en un futuro continuar con la terapia familiar.

**Observaciones.** Se les connotó positivamente el esfuerzo y la preocupación hacia su hijo, se les validó el deseo por tener un tratamiento médico para su hijo antes de continuar con psicología y se les dejó el servicio abierto en caso de ser necesario, no sólo para Alejandro sino para todos.

Las opciones de canalización para la familia fueron: 1) Terapia individual para Gabriel en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI, 2) Grupo para padres y adolescentes en el CCH Sur, 3) Clínica Tlalnepantla del ISSSTE, y 4) DIF de Tlalnepantla.

**Estado.** Canalización por baja.

**Resumen de técnicas empleadas.** Las técnicas que se emplearon con la familia “Manzanares Arroyo” fueron: unión, rastreo, exploración de la percepción de cada miembro del sistema sobre el problema, escenificación (interacciones espontáneas y provocadas, iluminación e interacciones alternativas), desequilibramiento (jerarquías y alianzas), complementariedad (cuestionamiento sobre la puntuación de los hechos y cuestionamiento del problema), lados fuertes (verdades familiares), enfoque (desarrollo de un tema), y realidades (cuestionamiento de la concepción del mundo).

**Técnicas que se pudieron haber aplicado.** Las técnicas que pudieron haber sido de utilidad en este caso son: escenificación (indicar interacciones entre madre e hijos); enfoque (selección del enfoque para cambiar la percepción sobre el problema); intensidad (modificación del tiempo de la sesión y de la interacción); frontera (indagar cuál es la distancia emocional que cada uno quería entablar con los demás); desequilibramiento (ignorar las coaliciones resaltando las aportaciones que se estaban logrando a partir de las alianzas preexistentes); complementariedad (cuestionar de forma repetitiva las ideas lineales que manejaba la familia, por ejemplo, que Alejandro era el único problema y que si él le “echaba ganas a la escuela” todo mejoraría en casa); realidades (mayor validación hacia los esfuerzos que hacía la madre por apoyar al bienestar familiar); constructos cognitivos (puntuar las conductas disruptivas como paradojas en donde se encontraban atrapados); y lados fuertes (explorar los símbolos universales y las verdades familiares con el fin de crear un acuerdo entre los miembros).

### 3.1.2 Análisis y discusión teórico - metodológico de la intervención clínica con las familias atendidas

#### ANÁLISIS DEL TRABAJO CON LAS FAMILIAS

##### Caso 1. Cruz Altamirano / Terapia Narrativa y Terapia Breve orientada a las Soluciones

**Motivo de consulta:** El enojo y la descalificación por parte de la familia cuando Mirel habla de sus miedos y su ansiedad ante la lluvia.

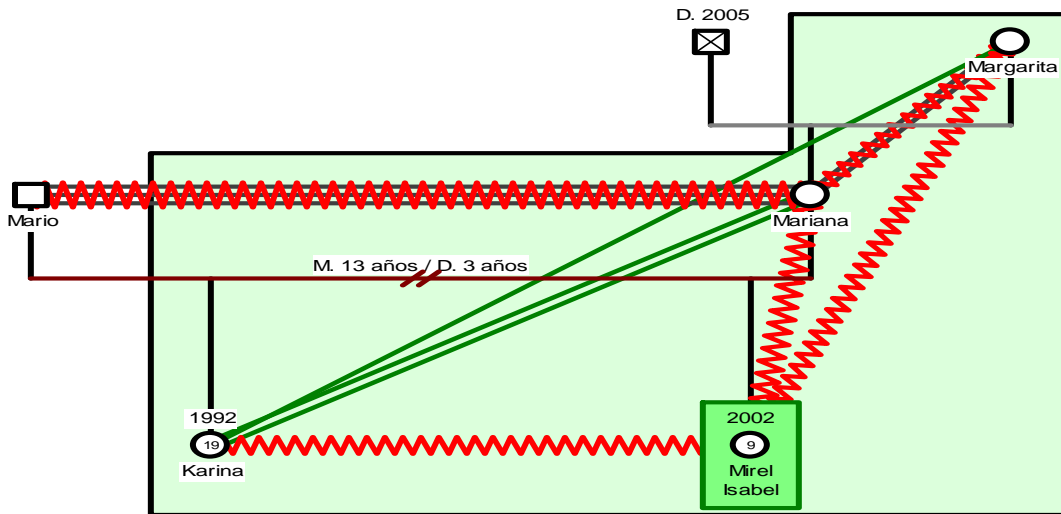


Figura 5. Estado relacional de la familia Cruz Altamirano al inicio del proceso terapéutico.

Los miedos que presentaba Isabel eran reforzados por las creencias de su abuela Margarita, estos se afianzaban junto con la retroalimentación que Isabel recibía al escuchar las noticias que revelaban las inundaciones en Veracruz, Tabasco, Colima, Chiapas y Quintana Roo, así que los medios de comunicación participaban de manera indirecta a la presencia del motivo de consulta, aunado a la dificultad de la madre para poderla contener y alejarla de los miedos. Por otro lado, la hermana (Karina) y su abuela (Margarita) caen en la continua descalificación de los sentimientos y emociones de Isabel.

A pesar de que la terapeuta exploró el motivo de consulta no se tuvo el cuidado para explorar que significado tenía para cada una ver que el motivo de consulta era una de las muchas situaciones que estaba afectando la vida de cada una y que les provocaba darse cuenta de que eso estaba ocurriendo.

La terapeuta introdujo una visión sistémica a la familia sugiriendo que cada una reacciona con nerviosismo por la tensión que se establece en casa y que los miedos de Isabel no era la única situación que atender, sino la reacción que ellas tenía. De tal forma que el problema no quedara depositado en una



sola persona. Esta intervención generó que individualmente pudiera mirar las situaciones que le corresponde cambiar. Isabel mencionó que en casa hay constantes discusiones porque cada una piensa de manera distinta. Por lo que se preguntó acerca de las construcciones que tenían acerca de la familia, su papel como madre y como hija (respectivamente) y luego se conectó sobre cómo se puede reducir los miedos de Isabel a partir de esas diferencias. Estas creencias sobre la familia se retomaron con el fin de identificar si el miedo era un problema factible para externalizar, sin embargo aparece en el discurso de las tres consultantes la motivación y el compromiso para cambiar y responsabilizarse de lo que le corresponde personalmente, dejando de descalificar al resto.

Además las consultantes decidieron hablar sobre Mario, ellas explicaron que él tiene una serie de creencias mágicas sobre el mundo, estas creencias se las ha transmitido a Isabel, haciéndola más vulnerable a ese tipo de mensajes. De tal suerte que la terapeuta pensó en la posibilidad de realizar un ritual que le permitiera a Isabel vencer sus temores.

Quizá en este momento del diálogo se pudo haber retomado la visión que Mario tiene sobre el mundo, de tal modo que se explorara cómo participa él en el motivo de consulta, que puede estar pensando sobre el tema, qué consejos pueden dar, si el conocerá alguna historia, mito, leyenda o creencia que pudiera ser de utilidad para su hija. Me parece que este pudo haber sido un elemento relevante que no se indagó por no poner en práctica la curiosidad genuina de la terapeuta.

En la segunda sesión, los miedos se convirtieron en “desesperaciones”, pero con la diferencia de que los miedos no la paralizaron, por lo cual se exploró las maneras en que le ha podido ganar al miedo, se determinó que buscando a su mamá (Mariana), pensando que su familia estaría bien y acercándose a otras personas. Esto fue de utilidad para mostrarle que hay momentos en que es más fuerte que el miedo, que tiene redes sociales que la apoyan a resolver los problemas y para involucrar más contextos en la queja, así como para impactar el área cognitiva, conductual y afectiva de la familia.

A partir de esa información, se encontró que hubo otra situación en donde pudo vencer a los miedos con ayuda, a pensar las cosas de manera distinta, esto permitió ampliar el cambio. Entonces se procedió a conectarlo con el área conductual, Isabel encontró que ver la tele, leer una novela, escuchar música y jugar con un cubo rubic, le daba la suficiente fortaleza como para no sentir miedo o sentirlo y poderlo

enfrentar. Así mismo se le preguntó a la familia: cómo le hacen para que Isabel no tenga miedo cada vez que llueve, madre e hija, responden que leen historias o cuentos, la terapeuta le pidió que le contará alguno que se relacionara con la lluvia, Isabel se lo contó con mucha tranquilidad, motivo por el cual se le dejó investigar otro. Este recurso metafórico del cuento y la novela permitió que Isabel hablara de sus miedos de una forma menos amenazante o angustiante, por lo que resultó muy efectivo para contener su nerviosismo.

A continuación, se le ayudó a Isabel para que pudiera externalizar el miedo como un ser separado de ella, al pedirle que lo dibujara ella se negó. La terapeuta entendió que el estilo de Isabel era más orientado a lo racional y que las historias, anécdotas y rituales le podrían ser de mayor utilidad. De tal modo que se le ayudó a formar un personaje que se fue elaborando en participación conjunta (terapeuta – consultante). Se practicó el ejercicio de “amigos y enemigos” del problema, una vez que se bautizó como “el miedo desesperante”. Este ejercicio además de tranquilizarla, tuvo el efecto de dar pie a la elaboración de un ritual que acabara con los miedos.

El ritual consistió en que iba a forrar su libro favorito de color azul claro, los iba a poner al Sol durante tres días junto a los objetos que le dan a ella la fortaleza para vencer al miedo, una vez cargado lo llevaría a todos lados y si se presentaba el miedo leería tres páginas para tranquilizarse y ganarle al miedo. Esto que se hizo Isabel lo pudo generalizar a otras situaciones que le daban miedo, como por ejemplo, cuando la abuela hablaba sobre los desastres mundiales.

Otro punto importante, útil para el proceso y que se dejó escapar, fue aprovechar a la protagonista de “Memorias de una Geisha” como testigo del cambio de Isabel, nosotros pudimos tomar la metáfora (que viene en el libro) de los “ojos de agua” (la protagonista tenía los ojos muy azules) para hacer una analogía que le regalara fuerza, o en su defecto, se pudo haber utilizado como coterapeuta, por ejemplo ¿qué cualidades de la protagonista tenía Isabel?, ¿qué parecido existe entre ellas dos?, o ¿crees que a la Geisha le haya dado miedo el agua?

En esta misma idea, se pudo haber realizado un trabajo metafórico interesante, puesto que la geisha tiene una hermana que se encuentra alejada de ella y que durante toda la trama está deseosa de encontrarla, quizá con esto se hubiera podido mayor énfasis a la relación entre hermanas y así conocer si

había algo que ambas hubieran deseado conservar o mantener. Además de que se pudo haber promovido la agencia personal de Isabel, al construir una imagen distinta a la que tenía hasta el momento (para su familia y hacia ella misma).

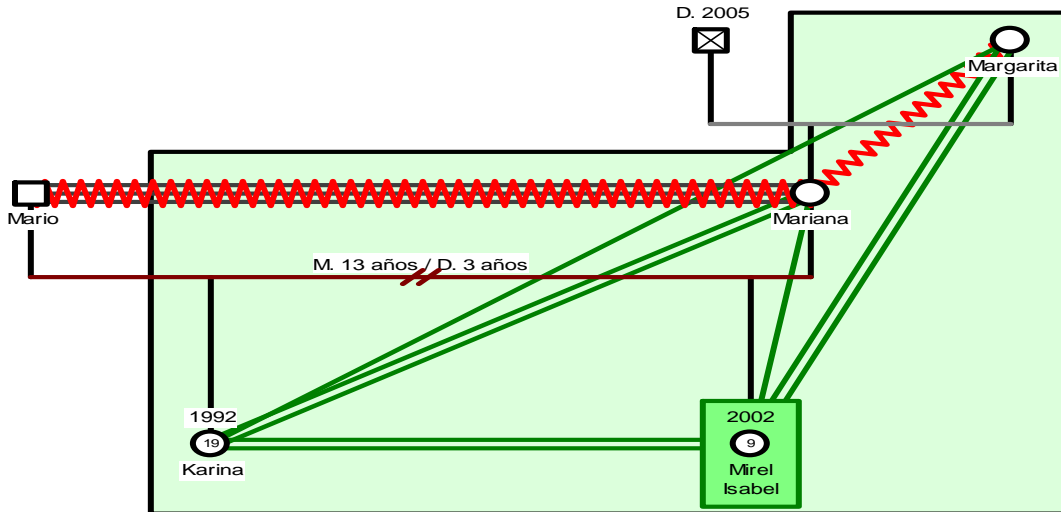


Figura 6. Situación relacional de la familia Cruz Altamirano después de la intervención.

Finalmente, se quedó la reflexión acerca de la postura ética del terapeuta, dado que la terapeuta decidió respetar el alta voluntaria que solicitaba la familia sin dejar de mostrarle los posibles riesgos que se podían presentar. Por lo que considero una posición ética dejar abierta la posibilidad de que puedan regresar a solicitar el servicio sin construirles ni crearle problemas innecesarios. También se pensó sobre la función del terapeuta, ya que la familia fue expresando una serie de situaciones complejas, las cuales fueron narradas sin darles la cualidad de queja o problema, por lo que la terapeuta consideró que su meta era atender lo solicitado por la familia y permitir que ellos como expertos en su vida pudieran tomar las decisiones que consideraran más útiles sin necesidad de una voz en posición de experto, para así ser congruente con la epistemología del modelo eje que guió este caso.

El mayor reto que implicó el trabajo con esta familia fue que el riesgo de que la familia descalificara a la terapeuta y/o al equipo o que la terapeuta descalificara los comportamientos, los sentimientos o las creencias de las consultantes, puesto que al inicio del proceso la postura que se percibir (desde las consultantes) fue de una rigidez tan cristalizada que el equipo llegó a pensar que estaban buscando quien les ratificara que la niña era el problema y que como tal sería tratada. En la medida que la terapeuta y el equipo cambiaron su visión sobre la familia fue posible que los cambios fluyeran, siempre emplear “grandes estrategias” o intervenciones rebuscadas.

## Caso 2. Manzanares Arroyo / Modelo Estructural

**Motivo de consulta:** El padre refiere problemas de comunicación entre todos tras vivir el secuestro. La madre refiere problemas de límites y disciplina hacia los hijos.

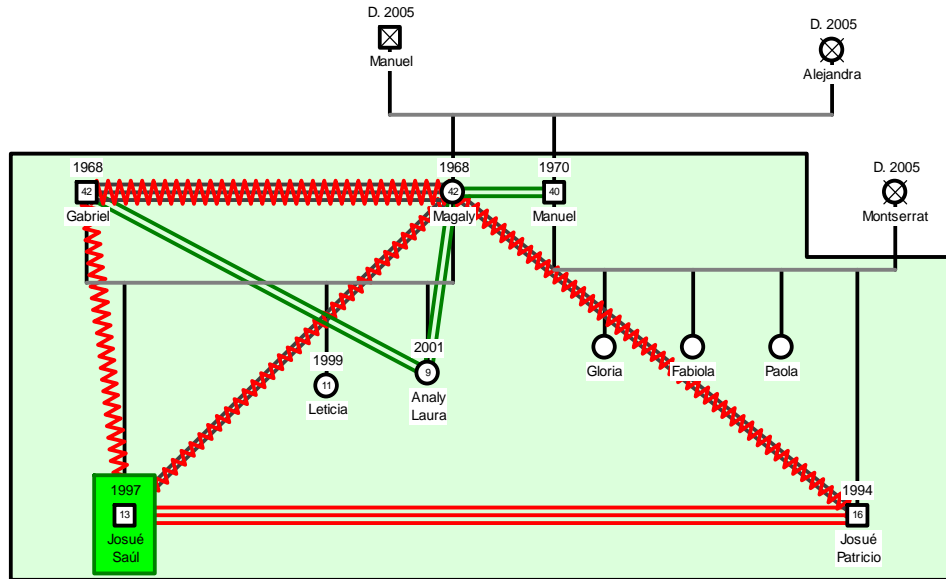


Figura 7. Situación relacional de la familia Manzanares Arroyo al inicio del proceso terapéutico.

La familia Manzanares Arroyo se trabajó con el modelo estructural porque ambos padres refirieron que sus hijos carecían de límites y reglas, por lo que estaban presentando problemas en la escuela, en casa y con la familia extensa (tío y primos). La madre (Magaly) estaba especialmente preocupada por la conducta de su hijo Alejandro por la influencia de su primo Patricio, mientras que el padre estaba preocupado porque la relación con su esposa estaba generando problemas de comunicación entre todos los miembros de la familia, provocando discusiones, violencia, malos entendidos y poco respeto. Como vemos el padre poseía una visión sistémica sobre lo que estaba ocurriendo con él y su familia, situación que insinuó que se podía utilizar al padre como mayor promotor del cambio y como vigilante del cambio en diferentes contextos.

Como familia estaban de acuerdo en que el evento traumático experimentado hace 3 años (el secuestro que vivió Gabriel) había generado una depresión y una serie de desajustes en cada uno. La madre tuvo que entrar a trabajar después de haber sido ama de casa por varios años. El padre siguió su vida con inseguridad, desconfianza y temor por el futuro y por las personas. Alejandro perdió a la novia con la que recién había empezado una relación. Leticia cambió de escuela y amigos. Y Analy además de

cambiar de casa y escuela tuvo que tomar el papel de emisaria de los padres cuando éstos discutían o se agredían.

El contexto socioeconómico en que vivían estaba causando problemas como irritabilidad, preocupación, depresión, ansiedad, desconfianza, desesperanza y aislamiento; dejando a la familia sin redes de apoyo ni satisfacción de sus necesidades básicas. Esto también influyó el proceso terapéutico, dado que el cobro de \$50 pesos más el gasto de los pasajes de ellos 5 y las horas que dejaba de trabajar la madre estaba agudizando el problema económico y con esto los demás problemas familiares. Aunque el equipo terapéutico decidió que no pagaran las sesiones, aún no fue suficiente para reducir la presión que percibían de su contexto.

Entre las hipótesis que se elaboraron al inicio del proceso terapéutico tenemos que: el padre estaba formando parte del subsistema fraterno, dejando a la madre como única responsable del bienestar familiar; no existían límites claro entre cada uno de los subsistemas, ya que algunas veces los hijos ejercían una jerarquía mayor a la que poseían los padres; no existían consecuencias positivas o negativas claras para el comportamiento de los hijos ni un acuerdo entre los padres respecto al tema de los castigos; habían coaliciones ocultas que estaban dañando al sistema y alianza muy marcadas que en lugar de ser de utilidad para la familia, resultaban tan dañinas como las coaliciones; demasiado hacinamiento y falta de privacidad, dado que los 5 vivían en un solo cuarto; además de una clara falta de posibilidad para expresar sentimientos o emociones derivado de todos los cambios tan vertiginosos.

La terapeuta entendió que había que ayudar a la familia a volver a confiar en las personas que no pertenecían a su sistema familia, por lo que se promovieron interacciones que la involucraran y se rescataron los lados fuertes que creían no poseer como familia y como personas. Al poco tiempo, el padre fue el primero en poder describir los cambios producidos en la casa, en su trabajo y en él mismo; y cómo éstos cambios estaban fortaleciendo a la familia para seguir adelante unidos.

La terapeuta se esforzó por propiciar que en el espacio terapéutico se pudieran presentar nuevas pautas de interacción, se enfocó que el único problema no era la conducta de Alejandro, sino las dificultades que estaban presentando los padres como pareja, motivo que sustentó el por qué se le pidió a la pareja de padres que trabajaran por separado como un equipo, ellos aceptaron al poder vislumbrar los

beneficios que obtendrían sus hijos. Esto fue uno de los pasos para poder delimitar los subsistemas y marcar límites.

El enojo y la tristeza fue un tema muy repetitivo durante las sesiones, por lo que se le pidió a Alejandro que dibujara algo que representara lo que estaba sintiendo, él se negó. La petición fue hecha considerando que en una de las sesiones a las que acudió estuvo dibujando en un cuaderno, sin querer participar directamente. Aunado a promover interacciones fuera del espacio terapéutico.

Durante el proceso también se cuestionó frecuentemente la realidad que percibía la familia y se les connotó como una serie de paradojas que los estaban atrapando, como por ejemplo, la desconfianza los llevaba al aislamiento y el aislamiento los llevaba a desconfiar más en los demás, además de mencionarle a cada uno las manera en que estaban tratando de resolver la paradoja haciendo más de lo mismo, llevándolos a una espiral recursiva.

También la terapeuta aprovechó la voz del experto para comenzar a poner consecuencias (positivas y negativas) claras a las conductas y reacciones de los hijos y para fortalecer la jerarquía del padre. Se hizo otro movimiento para que la madre le bajara al poder que la investía para que pudiera compartirlo con el padre, con el fin de colocarlo en el subsistema parental.

Se incluyó la metáfora de la fotografía familiar, en donde los hijos aparecen distraídos y los padres enojados entre sí como una forma de cuestionarles la realidad; también la metáfora de “darle vuelta a la página” para invitarlo a dejar de sufrir por el secuestro y comenzar a actuar en el bienestar personal y familiar; la analogía de “cambiar los lentes” para poder ver cómo van creciendo sus hijos y las cosas que son diferentes a comparación de cuando eran niños; y “la información recorre mucho camino y llega a muchos oídos antes de llegar a su destino”, para representarles la manera en que triangulan tanto la información como a los emisarios (hijos y la familia extensa de ellos), influyendo en otros sistemas.

Se les iluminaron las maneras en que habían fortalecido la dinámica de poca comunicación empleando la metáfora del “teléfono descompuesto”, dado que los padres no se comunicaban directamente, sino por medio de los hijos o el teléfono. Cuestionando el motivo por el cual Analy tiene

que ser la vocera o telefonista, aunque se niega que Analy tenga esa responsabilidad, se acepta que esto también lo hace en la escuela provocando que los otros niños no la quieran cerca.

Las preguntas de escala resultaron útiles tanto para reconocer los lados fuertes de la familia como para poder cuestionar el síntoma, ya que pese a eso iban avanzando en el proceso y alcanzando sus objetivos.

Las llamadas que se le hicieron a Magaly fueron con el objetivo de reducir el riesgo de que la terapeuta se dejara triangular por la pareja y sus problemas ya cristalizados, de tal modo que contribuyeron a la mejor actuación terapéutica.

La mayor parte de las intervenciones que realizó la terapeuta fueron descalificadas por la madre, creando una nueva coalición en perjuicio del padre y la terapeuta, sabotando todo trabajo posible. Esto puede ser explicado por la desconfianza, por la dinámica de triangular a quien sea posible y por el temor a seguir experimentando cambios que no saben a dónde los puedan llevar.

Para evitar las descalificaciones en las intervenciones se pudo haber dado mayor tiempo para escuchar y atender las preocupaciones de la madre, validar su función como madre, iluminar con mayor intensidad los momentos en que los hijos siguen las reglas de casa o mostrar los lados de ella como mujer, madre y esposa en diferentes momentos de la entrevista. La terapeuta debió haber abandonado el lugar del “experto” para colocarse en una posición “one down” evitando entrar en “escalada simétrica” de descalificaciones.

En la sesión que acudieron padre e hijo, para mejorar la relación entre ellos, se le pidió al padre que comentara con su hijo cómo era él en su adolescencia, cuáles eran los problemas que enfrentó y de qué manera los resolvió. Esto no sólo invocó recuerdos, sino también afectos que no se habían expresado. La terapeuta lo hizo con el objetivo de que naciera empatía en ellos, se identificaran y relacionaran de una forma distinta, y que Gabriel colocado en un papel de padre pudiera aconsejar a su hijo.

Se le confrontó a Gabriel que Alejandro tuviera dificultades para entablar amistades, ya que en la escuela además de amigos tenía varias chicas que lo consideraban atractivo; se le mostró la capacidad de

liderazgo que Alejandro había manifestado en múltiples situaciones, para confrontar la idea de la depresión y del aislamiento debido a la timidez. Esta intervención cambió la percepción que Gabriel tenía sobre Alejandro y sus problemas.

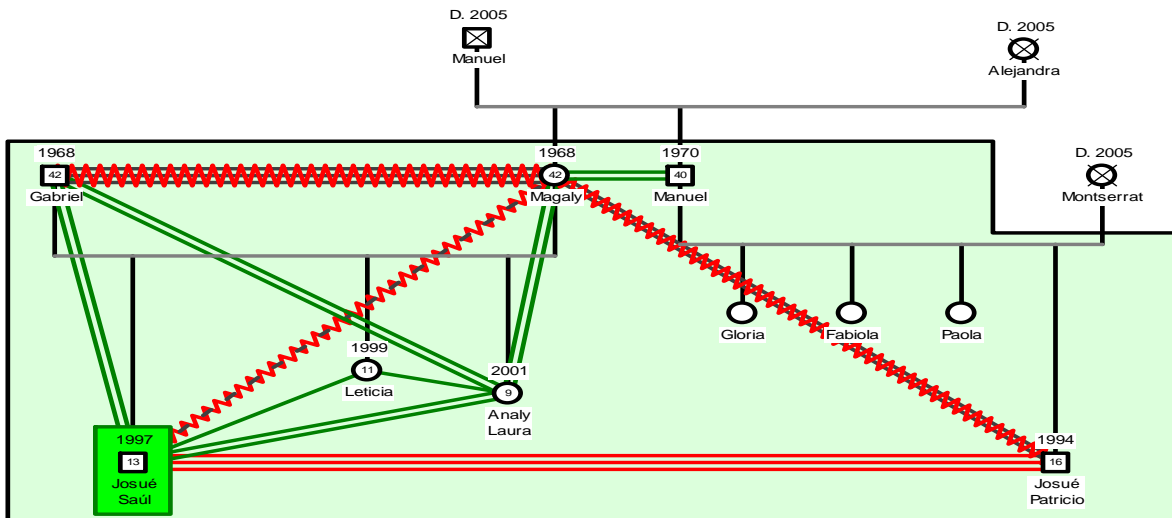
Asimismo se aprovechó al equipo como un coro griego que los desafiaba a ambos a cambiar y a Alejandro a dejarse de poner en riesgo por consejo de Patricio.

Posiblemente en este caso se debieron abrir y hacer públicas las lealtades familiares que estaban dificultándoles el proceso del cambio, esto los podría haber influenciado para modificar la percepción sobre el problema y sus causas, para poder resolver de manera distinta.

Entre los múltiples problemas de pareja se encontró que Magaly considera a Gabriel como un hombre conformista que se mantiene pasivo con respecto a su desarrollo laboral y económico. Gabriel, por su parte, hace varias cosas para conseguir el estatus económico perdido sin que su esposa se entere, cuando esto salió a la luz pudo generar una relación diferente de Magaly hacia Gabriel. Lamentablemente esto no fue posible mantenerlo, debido a que la creencia sobre el conformismo estaba demasiado cristalizada, colocando a Gabriel en un paradoja, si buscaba más opciones laborales se le descalificarían argumentando que está desperdiciado su potencial o que no se está esforzando lo suficiente para sobresalir, pero si elegía desistir y quedarse en su empleo actual Magaly reforzaría la idea de que es un conformista, derivando que su relación se siguiera dañando.

Con respecto a los hijos, Alejandro y Gabriel mostraron una gran dificultad para relacionarse, posiblemente por el riesgo de no ser leales hacia su madre y así perder sus privilegios dentro de la familia siendo muy agresivo con Gabriel para marcar una clara distancia emocional. Leticia está ocupando un lugar que conlleva cierta jerarquía superior a la que tiene Gabriel, esto se manifiesta también en la lealtad hacia la madre, puesto que para no estar triangulada elige no asistir a la sesión, y así no traicionarla. Anay es la que está más involucrada en la relación, puesto que Magaly y Gabriel se esfuerzan por mantener su lealtad, ella funciona como telefonista que media la comunicación entre ellos. En este momento no implicaba mayor problema para ninguno, pero, como terapeutas podemos comentar las posibles consecuencias que implican el tener un hijo parental para que la familia decida qué desean hacer o no hacer al respecto.





**Figura 8.** Situación relacional de la familia Manzanares Arroyo cuando suspendió el proceso terapéutico.

Este proceso terminó con un desacuerdo en las prioridades de ambos padres. Gabriel se llevó la percepción de que su familia logró dar el cambio hacia una convivencia de apoyo y comunicación. Magaly se quedó con la percepción de que no hubo cambio, que el síntoma de Alejandro se exacerbó y que pensó que el proceso sería más breve. Alejandro llevó a cabo conductas de alto riesgo como intoxicarse con alcohol hasta caer en el hospital. Leticia cambió tomando algunas responsabilidades dentro del hogar y Anay no cambió notoriamente manteniéndose con el comportamiento de una niña de menor edad. En resumen, se consiguió abrir los caminos para el cambio pero hizo falta mayor tiempo para que se consolidara.

### **3.1.3 Análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica con las familias reportadas en este trabajo.**

Para contextualizar este apartado recordaremos que en este trabajo se analizaron dos casos en donde intervino como parte de las supervisiones clínicas de la Residencia de Terapia Familiar.

La familia 1 (Cruz Altamirano) está formada por la abuela (Margarita), la madre (Mariana) y las dos hijas (Karina y Mirel). El motivo que las hace acudir al servicio de psicología es porque Mirel siente mucha angustia y miedo cuando llueve, ella piensa que va a pasar algo catastrófico que haga daño a su familia. Su abuela, su madre y su hermana no comprenden lo que le pasa, reaccionando con enojo y descalificación entre sí.

La familia 2 (Manzanares Arroyo) está formada por ambos padres (Gabriel y Magaly) y sus 3 hijos (Alejandro, Leticia y Analy). La madre reporta problemas de límites y disciplina hacia los hijos mientras que el padre considera que los problemas son económicos y de comunicación después del secuestro que vivió 3 años atrás.

*Situaciones Socioeconómica Cultural.*- Las familias atendidas durante la Residencia en Terapia Familiar se encontraban atravesadas por algunas normas implícitas acerca de la manera en que tenían que interactuar con otros grupos sociales; para la familia Cruz Altamirano y para la Manzanares Arroyo, en lugar de que el contexto social se constituyera como una red de apoyo, estaba teniendo el efecto contrario dotando de ideas descalificadoras a los esfuerzos que hacían por resolver el problema.

Las dos familias habían recurrido a distintas instituciones como una manera de obtener una intervención efectiva que redujera su estrés y miedo. Por ejemplo, en el primer caso (familia Cruz Altamirano) se acercaron a una Institución Gubernamental de salud (la clínica Tlalnepantla del ISSSTE); el segundo caso (familia Manzanares Arroyo) se acercó a la escuela del paciente identificado y a la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala. Cabe señalar que este movimiento de solicitud de ayuda y orientación nos permite ver las acciones de cada familia como un acto político en donde se reflejaron las jerarquías, reglas, mecanismos de autorregulación, límites, territorio, etc.

La queja que cada familia presentaba cuando solicitaron el servicio estaba influido por los problemas sociopolíticos generales como: la economía (los padres preocupados por satisfacer las necesidades mínimas de sus familias, poco tiempo en casa y un papel muy periférico entorno a la crianza de los hijos) y el modelo económico actual (peligro de desempleo, privilegio hacia lo material, tensión para lograr un estatus socioeconómico perteneciente al nivel medio-medio, etc.); y los particulares como: el sistema educativo (influencia del propio marco de construcciones, quejas de las escuelas, sugerencias de los docentes, etc.), la vivienda (en el segundo caso, hacinamiento por falta de vivienda), la salud (peligros sobre la salud propia y familiar, conductas de riesgo y enfermedades crónicas) y la salud mental (manejo inadecuado de sentimientos y emociones, estrés laboral, sentimientos de ineficacia, culpa, etc.).

*Epistemología.*- En estos casos nos topamos con la disertación entre sí los problemas son construidos o son circunstanciales. Desde mi punto de vista, los problemas se construyen a partir de una serie de elementos provenientes de distintos contextos, los cuales tienen como consecuencia una sobresaturación de ideas, voces y situaciones ante las cuales los consultantes se perciben con dificultades para manejarlos. Esto produce emociones, sentimientos e interpretaciones que se experimentan como displacenteras.

Me parece que el terapeuta familiar debe poseer la flexibilidad suficiente como para poder identificar cual es la epistemología que emplea la familia consultante, dado que cada uno de los modelos parten de la visión más acorde con un tipo de elaboración del mundo, esta información nos podría ser de utilidad al momento de seleccionar el modelo eje que sustentará el trabajo, para poder hacer intervenciones que sea sintónicas con la ideología familia y así se beneficiarán de mejor manera del trabajo realizado.

## **LOS CONTEXTOS**

### **➤ SISTEMA ESCOLAR**

El sistema escolar, en algunos casos, intenta compensar las carencias de los educandos, sin embargo, las carencias no sólo provienen de la situación familiar, sino de la situación mundial y local, situaciones

como el desempleo, la pobreza, la falta de oportunidades de desarrollo, la falta de experiencia laboral de los jóvenes, entre muchas complicaciones, son retos a resolver.

Con respecto a estas familias, encontramos en el segundo y tercer caso que la escuela hizo esfuerzos por contener y resolver las quejas, sin embargo, se requirió de un pequeño cambio en la familia para que éste se reflejara en la escuela, el lazo escuela – familia fue valioso para que la familia pudiera reconocer que había situaciones que estaban influyendo negativamente en la interacción familiar.

### ➤ ESCENARIOS CLÍNICOS

En las distintas sedes clínicas, con las que cuenta la Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala, encontramos que muchas de las quejas atendidas se relacionaban con: la dificultad para establecer límites, reglas y consecuencias, de los padres hacia los hijos; la presión involuntaria que ejercían los padres sobre los hijos; diagnósticos médicos o psiquiátricos que obstruían el desarrollo de las capacidades de los hijos; y principalmente, desesperación, culpa o violencia de los padres hacia sus hijos, y viceversa, generados por los problemas de comunicación. Todas estas situaciones fueron atendidas exitosamente por medio de técnicas como elaboración de collages, dibujos, cuentos, historias, anécdotas y metáforas visuales y/o verbales. A estas intervenciones se les conoce como “recursos metafóricos”.

Cabe mencionar que estos recursos terapéuticos no sólo pueden ser aprovechados por el terapeuta, sino por las distintas áreas responsables de cada sede clínica, esto significa que pueden usar estas herramientas como una forma de identificar y canalizar los problemas sociales, familiares y psicológicos que va desarrollando la comunidad. Algunas veces, sin ser conscientes de ellos lo hacen, por ejemplo, con carteles informativos, periódicos murales, imágenes que exponen situaciones de riesgo específicas y cómo afrontarlas, entre muchas cosas que permiten que personas que experimentan una situación que les genera malestar sepan a dónde pueden acudir.

La demanda de atención a diferentes espacios de intervención contribuye a que cada sistema se vea enriquecido con distintas miradas sobre la realidad. Esto fue claro con la familia Manzanares Arroyo, ya

que en la medida que pudo escuchar distintas opiniones pudo ampliar su foco de atención y preparando el contexto adecuado para que se presentaran cambios significativos para ellos mismos.

*Dinámica, Interacción y Comunicación.*- En cada uno de los casos pudimos percatarnos de las distintas puntuaciones de los hechos, cómo éstos provocaban determinados tipo de relación y cómo estos se podían modificar a partir de escuchar distintas voces, haciéndoles observar cómo la interacción los estaba llevando a una serie de dilemas que podían ser inmovilizadores y cuáles podían promover el movimiento y avance hacia la resolución de la queja.

Un punto importante en las interacciones, de estas dos familias, es la dificultad de padres e hijos para ser empáticos con las inquietudes del otro. Por ejemplo, la primera familia (Cruz Altamirano) existe el acuerdo de que solamente uno mismo tiene la razón y que los demás son los que no comprenden; mientras que en la segunda familia (Manzanares Arroyo) funcionada influida por una serie de creencias, que no importaba si eran verdaderas o no, se daban como un hecho. Otro punto de encuentro en estas dos familias fue que ninguno de sus miembros tenía una claridad precisa sobre las inquietudes que estaban experimentando. Por ejemplo, Alejandro no se atrevía a expresar verbalmente esos afectos que sólo por el dibujo eran posible conocer, por lo que se dificultaba la escucha que sus padres y hermanas le podían ofrecer.

Con respecto a la comunicación, ambas familias, tenían la regla de hablar sobre cómo les iba en el día, sus expectativas y sus necesidades materiales. Sin embargo, en varias ocasiones pareció como si hubiera algo que les evitara poder mirar sus propios deseos e inquietudes de índole emocional no lo exploramos abiertamente, pero como si hubiera habido un mandato que les demandara callar las cosas que duelen y mantenerse “muertos por dentro, pero de pie como un árbol” (esta es una expresión que me es útil para describir mis observaciones e interpretaciones sobre el diálogo). Quizá hubiera valido la pena hacer esa pregunta ¿qué obstáculo existe, si es que existe, para que no abran los temas que pueden doler, lastimar o preocupar?, para poder introducir a la familia en una lógica de “curiosidad genuina”.

## ➤ LA FAMILIA

Entre las intervenciones que son útiles, con las familias reportadas, puedo mencionar que se pudo recuperar la sabiduría de los ancestros, así como las frases o creencias de otros contextos a favor de la familia; la metáfora como transmisión y descripción de emociones. También se pudo hacer conciencia en las familias sobre la utilidad de que las reacciones provocadas, a partir de cierto comportamiento, tienen consecuencia positivas y negativas para que ellos asuman la responsabilidad acerca de su actuar, su pensar y su sentir.

Los dos casos nos dejan pensando acerca de que el tipo de estructura familiar puede ser precursor del síntoma o es una fuente de apoyo. En el primer, me pareció ser una fuente de apoyo, mientras que en el segundo caso, parecía una organización ineficiente para la satisfacción de cada miembro del sistema. Me parece que el terapeuta debe estar atento al tipo de inquietudes que presenta cada familia consultante, ya que de otro modo, podría caer en hacer intervenciones que sean ineficaces o asintónicas.

## ➤ EL TERAPEUTA

El papel de terapeuta, desde mi perspectiva, debe incluir el permitirse poner en juego sus propios talentos creativos, por ejemplo elaborar historias que le puedan ser de utilidad al consultante o escribir una canción específica para un caso concreto. Además de explorar el sentido de humor para no ser confrontativo o agresivo y trabajar en colaboración con el consultante. También puede ofrecer a la familia la habilidad para utilizar la metáfora, el sentido del humor y el conocimiento popular en sus vidas, con el fin de mitigar la posibilidad de crear o complicar las situaciones que les ha costado trabajo manejar.

Las metáforas usadas por el terapeuta pueden servir como construcciones sociales que avalen o modifiquen las formas de interacción, comunicación, comportamiento y acción agradables, tanto para el terapeuta como para los consultantes, recordando que el lenguaje es una acción reflexiva que permiten simbolizar una serie de contenidos. Además de ser el vehículo de incorporación de distintas voces. A lo largo de la residencia se nos enseñó que un mismo terapeuta puede ofrecer un sinnúmero de ideas e imágenes con las que se pueden sentir identificadas las personas tanto por las palabras que se usan, por los símbolos que les son familiares o por un simple parafraseo de lo que dicen algunas palabras cercanas al

consultante y que se hayan mencionado en algún otro momento del proceso. También se puede recuperar la sabiduría popular para favorecer la reflexión acerca de lo que se está viviendo para enriquecer el diálogo.

#### ➤ EL EQUIPO

El papel del equipo terapéutico va más allá de impactar la vida de los consultantes o dar ideas que amplíen el foco de visión de los mismos, sino que influye en las percepciones de los consultantes. El equipo también se transforma a partir de lo que escucha de los consultantes, actuando estos cambios en su vida cotidiana, por ello se pueden enriquecer a partir de los aprendizajes de cada recurso metafórico que se emplee con los consultantes.

El equipo terapéutico se encuentra en constante intercambio de información, la cual hace pública claramente, ya que se lo contrario, no darían nada nuevo a la familia, dejando sólo al terapeuta principal en cada proceso terapéutico.

Yo considero que como parte del equipo (de observación o terapéutico) se pueden hacer aportaciones como orientación metafórica, puesto que, desde mi parecer, no sólo se le estaría ofreciendo la voz de un solo terapeuta, sino que todas aquellas voces que apoyan la idea contribuida.

#### ➤ SISTEMA TERAPÉUTICO

El sistema terapéutico formado por el terapeuta principal, el equipo terapéutico, la supervisión, a veces el equipo de observación, y la familia consultante está expuesto a una continua construcción de la identidad propia. A partir de estos cambios es como pueden dar y recibir la retroalimentación de forma recíproca. Todos ellos deben reflexionar sobre la metacomunicación que se da durante el proceso para tratar de ser lo más congruentes posibles y no caer en dobles vínculos o confusiones. En dado caso de que estas confusiones se presenten, la mejor opción, es seguir fomentando la metacomunicación para aclarar las relaciones, las interacciones, la comunicación y las interpretaciones sobre lo que se está tratando dentro y fuera de la sesión.

Otra función del sistema terapéutico es facilitar la reflexión sobre la cibernética de segundo orden para mejorar la posibilidad de maniobra del terapeuta responsable. Algunas veces esto resulta de utilidad, no sólo para el terapeuta en formación, sino también para la familia, así se le estaría dando una visión diferente desde dentro y desde fuera del problema, de tal modo que tengan más elementos para decidir hacia dónde se quieren dirigir.

Esto se hizo en varias ocasiones, por ejemplo en las post-sesiones, en donde se señalaron los comportamientos, las creencias, los prejuicios y la metacomunicación que se dio entre el terapeuta y los consultantes. Con frecuencia, esto no había sido notado por el terapeuta, ni siquiera después de volver a analizar el video de la sesión. En otros momentos, fue el mismo terapeuta quien hizo evidente la forma en que se había sentido frente al consultante.



### **3.1.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.**

#### ➤ La supervisión.

La influencia de la supervisión tuvo un papel muy importante durante el entrenamiento como terapeuta familiar, dado que no sólo se encargaban de seguir el desarrollo y la formación de cada residente, sino que dieron un punto de vista distinto para construir nuevas alternativas de intervención.

En cada sede clínica tuvimos la apertura, por parte de la supervisión, para dar mayor tiempo a cada caso, esto contribuyó a hacer un análisis más profundo sobre las demandas y necesidades que cada consultante requería.

La función del supervisor incluyó, con mayor frecuencia, una participación presencial cada vez que anotaban dudas hacia la familia en la pizarra o cuando tomaban el rol del equipo terapéutico no sólo ponían al servicio de los consultantes, y del resto del equipo, su experiencia clínica sino también su experiencia de vida (creencias, historias, anécdotas, paradojas, dilemas, desafíos, recursos, etc.). La interacción con otros instancias de atención abrió posibilidades para manejarnos en diversos contextos teniendo la seguridad de no estar solos al recorrer un camino desconocido, dado que además de una guía, recibimos escucha, colaboración, reflexión, distintos diálogos y formas sorprendentes para intervenir.

En algunos casos, encontramos que la forma en que la supervisión le daba sentido a cada caso atendido era diferente, opuesta o contradictoria a la construcción que el terapeuta y el resto del equipo habían podido elaborar. En otras ocasiones, la supervisión, pudo producir metáforas y mensajes que fueron recibidos con agrado por los consultantes, siendo una gran fuente de apoyo para el equipo terapéutico total.

#### ➤ El terapeuta.

Como terapeutas, considero que, nuestra identidad se modificó día a día, puesto que hubo crecimiento como personas y profesionales. El acercamiento con consultantes con vidas, experiencias e inquietudes tan distintas nos permitió explorar nuevas formas de interactuar, comunicar, incidir, mirar,

escuchar, construir, pensar, sentir, comportar y conectarnos con el otro. Este cambio repercutió no sólo en nuestro actuar como terapeutas, sino a nivel familiar, social, de pareja, y actualmente, laboral.

Como terapeuta pude incorporar nuevos paradigmas, epistemologías, teorías, técnicas y formas de trabajo distintas a las que había adquirido antes de ingresar a la residencia. Hoy en día, soy capaz de mirar atrás y darme cuenta que puedo complementar mis conocimientos y experiencias previas, me parece que esto me coloca en una posición subjetiva distinta, permitiéndome proceder como actor, observador y participante del cambio.

En los casos que me tocó atender como terapeuta principal, todo y cada uno de los terapeutas, me dejó una valiosa lección acerca del motivo por el cual llegaron a mi o yo a ellos. En algunas ocasiones, llegué a pensar que había paralelismos entre lo que estaba viviendo y las preocupaciones de los consultantes (los que me asignaron y los que escuché como equipo terapéutico).

Como terapeuta principal encontré que la mayoría de los casos que atendí se relacionaban con problemas de pareja enmascarados con síntomas diversos, además de que la mayoría de las personas eran mujeres sensibles que estaban pasando una situación difícil de enfrentar, ya que hacia donde se movieran podían influir negativamente en el resto del sistema familiar, escolar, laboral o social. Los pocos hombres que atendí están enredados en una serie de construcciones sociales que les producían malestar, dolor e inmovilidad. Esto me llevó a cuestionarme varias veces, ¿de qué manera me tocaba cada situación?, ¿qué hacía yo para darme a escuchar?, ¿qué herramientas poseo para ayudar? y ¿qué historias de mi vida se conectan y cómo las he enfrentado?

Como coterapeuta decidí tomar un papel centrado en el “no cambio”, como intento de desafiar al sistema para cambiar, esto me fue de mucha utilidad para ayudar a romper patrones de violencia y sacrificio. Esta posición me permitió poder entrar y salir fácilmente en el sistema, siendo a veces cálida, colaborativa y cercana, y otras veces, concreta, analítica y directa. Este estilo me hizo sentir que le estaba dando un ángulo distinto a cada situación y a cada problema.

➤ El equipo.

La experiencia de trabajar con el equipo fue enriquecedor, puesto que pude adquirir algo de cada uno, ellos me apoyaron no sólo a hacer que la experiencia como residente fue algo grato y significativo, sino que me ayudaron a mediar y equilibrar mi estilo terapéutico. Me ofrecieron voces diferentes para transmitir a las familias consultantes. Además ampliaron mi capacidad de maniobra mostrándome puntos ciegos sobre mi persona, el trabajo y los puntos que faltaban de atender en otras áreas de mi vida.

Yo considero que el proceso de formación fue muy completo por los retos que día a día nos enfrentábamos, que siempre los afrontamos con recursos como: respeto, confianza, solidaridad, unión, apoyo, seguridad en sí mismo, emotividad, valentía, entre muchas fortalezas que aportábamos a cada situación, consultante y contexto de intervención.

Al construir los cierres de cada sesión me devolvían un sin fin de alternativas, recursos, propuestas e ideas que me permitieron condensar puntos de vista, construcciones, creencias, observaciones y puntuaciones que me permitían formar parte del sistema terapéutico desde dentro y por fuera. También, el equipo, contribuyó a darle mayor consistencia y firmeza a las intervenciones, por ejemplo, en el coro griego o en las esculturas.

➤ Los consultantes.

El y los consultantes se vieron claramente integrados al sistema terapéutico, puesto que pudieron crear lazos significativos con cada uno de los terapeutas. Esto fue notorio en Cada una de las sedes clínicas. Por ejemplo, en la FES Iztacala, con frecuencia pedían conocer al equipo; en el CCH Azcapotzalco, los consultantes pudieron ser observadores del proceso de discusión y reflexión sobre lo que a cada terapeuta le parecía rescatable acerca de su propio discurso; y en la clínica del ISSSTE, por la distribución del espacio era más fácil que sintieran que el equipo estaba comprometido con el trabajo llevado a cabo.

Cuando se hacía el cierre de la sesión, en la modalidad de equipo de reflexión, los consultantes cambiaban de participación con el equipo, ya que eran tanto participantes como escuchas del propio proceso.

Personalmente, los consultantes me regalaron tantas satisfacciones, retos, encuentros y desencuentros que me ayudaron a crecer a diferentes niveles, adquirí un estilo particular que me hace sentir cómoda, tranquila, abierta, motivada y curiosa, lo cual pude devolver a los consultantes.

### **3.2 HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL.**

#### **3.2.1 Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergieron de la práctica profesional.**

El individuo durante su vida se enfrenta a una serie de decisiones que pueden colocarlo en dilemas éticos ante los cuales es difícil desprenderse. Algunas veces se pueden tratar de resolver evadiéndolos, postergándolos o realizando actividades poco satisfactorias, o bien, desarrollando resistencias que nos lleven a decidir hacer cosas que nos lastiman o nos hacen sacrificarnos.

A lo largo de la residencia pude desarrollar lazos más estrechos con los consultantes, lo que me ayudó a interesarme, involucrarme y actuar con empatía hacia las inquietudes, preocupaciones y afectos que surgían en el trabajo diario.

Me di cuenta que cada historia que nos traen los consultantes son particulares y únicas, puesto que cada una la significan de maneras muy distintas y se encuentran asociadas a otras historias de éxito, logro, esperanza y motivación, a partir de cambiar mi escucha pude modificar la necesidad por decirle a las familias de qué modo tenían que vivir o qué era lo mejor para ellos, esto me colocó en una postura más ética y profesional.

En el trabajo con familias pude experimentar que cada vez es más frecuente que la estructura familiar cambie (es decir, padres e hijos viviendo en una sola casa), ahora es más complejo, porque muchos de los adultos mayores en viudez llegan a vivir las casas de los familiares inmediatos (hijos, yernos, nueras y nietos), provocando que la familia deba cambiar y adaptarse a la nueva situación. Algunas veces, los abuelos tienen a su cargo la crianza de los nietos, dado que los padres de éstos, salen a trabajar. Esta situación me ha permitido ver a la familia como un sistema en donde lo importante son las funciones que tenga cada miembro para su organización y no tanto conseguir una estructura tradicional, siendo así “agente de cambio” aprovechando el contexto y las riquezas de la familia.

La vida del terapeuta no es muy diferente, dado que no sólo está inmerso en las dificultades éticas que implican ser persona, sino que también a los dilemas propios de la profesión (supuestos teóricos, epistemología, estilos de supervisión, puntos de vista de colegas más experimentados, estilos personales

de trabajo, entre otros), de los consultantes, de los colegas en formación, del contexto, de las propias familias, de las redes sociales, de las Instituciones y de sus propias construcciones personales (juicios, prejuicios, creencias, percepciones, posturas, etc.). De tal suerte, que el clínico tiene muchos elementos a reflexionar para desarrollar su trabajo.

➤ En la teoría...

El terapeuta familiar comúnmente se enfrenta a múltiples situaciones que requieren que tome una postura política, recordando que para este trabajo debemos entender a la postura política como la congruencia y la claridad que el terapeuta debe tener sobre sus ideas, prejuicios, conductas, intervenciones, estilo de vida y la visión hacia los pacientes y hacia sí mismo. Por ejemplo, las creencias e implicaciones en torno a tópicos como la homosexualidad, el duelo, el cambio, por mencionar sólo algunos. A continuación, se mencionarán algunos ejemplos didácticos para aclarar lo anterior.

Con cada modelo revisado durante la residencia, en el *modelo estructural*, debe analizar cuál es el modelo de familia que ha incorporado para aplicar en el momento en que llegue una familia con problemas para marcar límites, jerarquías, reglas o roles. Por ejemplo, en el modelo estructural debe enfocar el problema de la estructura. El riesgo que corremos es forzar a la familia a organizarse con el modelo “ideal” o tradicional de familia, o bien, imponer el concepto que tenemos de una familia y las funciones de cada miembro.

Un consultante que sufra por los patrones que tiene acerca su ingesta de alimento, habría que preguntarse desde el *modelo estratégico* (en caso de elegirse como modelo guía), cuál es la forma “correcta” de comer y qué intervenciones le pueden ayudar sin avisarle un malestar mayor, como el empleo de ordalías. El riesgo es entrar en escalada con el consultante o forzarle a hacer algo con lo que no puede estar tan de acuerdo, por ejemplo sugerir a una persona con problemas para controlar su alimentación que coma insaciablemente hasta ya no poder más, como lo hizo Nardone en el Primer Congreso Internacional de Terapia Breve.

En el *modelo de terapia breve enfocado en el problema*, una pareja que padece por los celos de algún miembro de la pareja, se necesita planear una manera en que se rompa esa pauta considerando qué

postura están tomando los consultantes y cuál es nuestra elaboración acerca lo que es una pareja que carece de esa dinámica. El riesgo es que el terapeuta construya problemas en donde no los hay o que atienda temas que no son tan relevantes para el consultante, dejando de lado otros más significativos.

En una familia en donde se detecte una transacción psicótica o un juego familiar, desde el modelo de *Milán*, se deberá considerar si es ético o no modificar la manera en que se relaciona la familia; el terapeuta deberá cuestionarse frecuentemente si las personas son candidatos a recibir intervenciones directas como las tareas “pares e impares” y si las consecuencias de esas intervenciones son realmente en beneficio de la familia o si es, más bien, necesidad del propio terapeuta. El riesgo es visualizar transacciones psicóticas o juegos familiares en familias en donde esas pautas sean parte de su organización o podemos perdernos y construir hipótesis de una forma rígida aferrándonos a que son ciertas.

El *modelo de terapia breve orientado a las soluciones*, en un caso de una familia que sufre violencia social, el terapeuta tendría que pensar cuáles son las excepciones del problema, en tanto que no minimice la gravedad de la situación, por tal motivo, el terapeuta deberá manejar sus intervenciones desde una postura ética de compromiso hacia la familia. El riesgo es que el terapeuta presione al consultante para percibir el cambio que quizá en ese momento no sea posible identificar o que descalifique la percepción tratando de convencer de que el cambio es un hecho, minimizando las preocupaciones del consultante.

En *post-Milán* el terapeuta mismo puede hacer ejercicios para conocer la manera en que está siendo influido por el proceso de transición en la familia. Por ejemplo, puede escribir la manera en que se está sintiendo o pensando con respecto a los puntos que le generen curiosidad o puede reflexionar sobre el manejo del tiempo en cada una de las sesiones. El riesgo es emplear intervenciones tan irreverentes que resulten hostiles para el consultante o provocar confusión, que genere enojo, angustia o parálisis para actuar en el consultante, en intervenciones como “cambio-no cambio” en el “coro griego”.

Cuando se elige emplear el *modelo narrativo*, en un caso de terrores nocturnos, el terapeuta tendrá que reflexionar si el problema a “externalizar” es el que le preocupa al consultante o se está influyendo de algún modo para decidir cómo trabajar, qué efectos tendrá utilizar una intervención u otra y qué tan

provechoso será para el avance del consultante. El riesgo de externalizar temas que liberen de responsabilidad al consultante invitándolo a que se repita, por ejemplo el alcoholismo, la violencia, el delito, etc.

En la *postura colaborativa*, el terapeuta además de reflexionar acerca de los dilemas que describe el consultante deberá hacer públicos los dilemas que van apareciendo durante la conversación, en caso de una persona que presenta características de depresión, podrá mencionar cuáles son las situaciones en donde puede estar experimentando algún “atrapamiento” o confusión que esté fortaleciendo la queja y, también, el terapeuta podrá compartir su propio sentir en relación de lo que va recuperando de su discurso interno y el discurso con el consultante. El riesgo podría ser descalificado por el consultante, que el consultante perciba falta de organización o utilidad en el proceso u ocupar una posición vertical, en la relación con el consultante, en algún momento.

En el *equipo de reflexión*, los terapeutas que lo conforman pueden discutir abiertamente algunos de los cuestionamientos éticos que pueden estar implicados en lo que se ha escuchado, por ejemplo, con una madre que se queja de la mala relación con su hijo, puede generar en los terapeutas la introspección acerca cómo han sido sus propias historias de relaciones, mensajes que les puedan ser de utilidad a la consultante u otras cuestiones que pueden tener implicaciones con la ética profesional y personal. El riesgo es querer colocarse como experto, no seguir los lineamientos mencionados anteriormente (ver “equipo de reflexión”) o que el consultante se perciba intimidado al ver y escuchar al equipo.

El uso de los ejemplos anteriores, no quieren decir que forzosamente cada modelo tenga una implicación ética específica, tienen por objetivo representar unas cuantas situaciones en donde la reflexión ética hace su aparición. Cabe decir que como éstas existen muchas otras que se pueden presentar.

Algunas veces tuve que analizar el motivo por el cual yo consideraba que un modelo era más útil que otro al atender alguna situación específica y manifestarlo abiertamente, respetando que el terapeuta responsable de llevar ese caso pensara diferente. A partir de estas reflexiones pude describir situaciones que me han permitido tener mayor claridad en el estilo que puedo adoptar y algunas de las intervenciones que me hacen sentir más cómoda, natural y auténtica.



➤ En la práctica...

En los casos que me tocó atender como terapeuta surgieron una serie de situaciones que me colocaron en una posición en donde había que pensar si mi proceder era ético o no.

En el primer caso, una mujer que sufría violencia doméstica desde el inicio del matrimonio, se presentó el dilema entre responsabilizarla de la violencia que ella ejercía hacia los hijos o manejarlo como un efecto producto de las construcciones de género, su historia, su situación socioeconómica o la misma violencia que recibía de parte del marido. En ese momento, tuve que optar por trabajar orientada hacia las medidas preventivas cuidando no caer en una doble victimización, violencia institucional o un juicio que pudiera minimizar los intentos de cambio que ella y sus hijos habían intentado, involucrando las redes de apoyo que fortalecieran a la consultante, sin dejar de nombrar la violencia y hablar de la responsabilidad para no ejercerla.

En el caso de un padre con su hija adolescente que presentaba problemas de conducta en la casa y en la escuela, tuve que decidir entre empezar a retomar el tema de la familia para modificar el comportamiento de la joven en la casa o en la escuela, eso implicó una serie de reflexiones grupales acerca de los efectos que podría tener enfocarnos a uno antes de otro y cuál era la necesidad de los consultantes. Cuando se comenzaron a presentar súbitamente múltiples cambios, el cuestionamiento radicó en si los cambios que reportaban los consultantes eran reales y si esto era lo que habían ido a buscar cuando decidieron asistir a terapia, situación que se les preguntó directamente a los consultantes antes de dar la alta terapéutica.

En el tercer caso, encontré que el motivo de consulta por el cual acudía la familia no era del conocimiento de la consultante identificada, así que el dilema que surgió fue la posibilidad de trabajar los efectos que les generaba a cada uno de los familiares o abrir la preocupación familiar con la paciente identificada, decisión que los consultantes decidieron postergar. De ahí que mi cuestionamiento fue qué tan ético es permitir que una familia que tiene temas que trabajar se vaya sin realizar cambios y qué tanto el equipo validó su preocupación inicial.

En el cuarto caso, me topé con que las peticiones de la consultante, que escuchaba la supervisión era distinto a lo que escuchaba como terapeuta, eso despertó en mí una serie de disyuntivas, entre recuperar

lo que me narraba la consultante y retomar las sugerencias que me hacía la supervisión, eso implicó un dilema ético al pensar qué era más útil, tanto para la familia como para mi formación como terapeuta, así que consideré importante discutir ese dilema con la supervisión para poder equilibrar la manera en que se trabajaría el caso, para evitar descalificar o violentar a la consultante o al equipo de supervisión, esa conversación disolvió los efectos adversos que estaba generando esa situación.

El quinto caso, se resolvió rápidamente obteniendo resultados impresionantes para la consultante, así que cuando se habló de la posibilidad de concluir el proceso, el equipo (supervisora y residentes) comentó su preocupación acerca la veracidad de lo referido. Me sentí en la disyuntiva entre creerle a la consultante y dar por sentado que estaba lista para el alta terapéutica o insistir en la imposibilidad de un cambio tan vertiginoso, esto se resolvió preguntándole a la consultante acerca su experiencia de cambio y corroborando el grado que éste había tenido impacto en su vida (social, familiar y emocional).

El sexto caso, se caracterizó por el dilema de atender la complicada relación que se presentaba entre los padres de la paciente identificada o intentar ayudarlos a resolver la queja que los llevó a terapia o realizar intervenciones dirigidas a que se enfocaran a otros malestares que como familia los hacía llevarse mal. La decisión que se tomó fue atender la queja que percibía la familia como más urgente, es decir, los miedos que presentaba la hija menor, decisión que se relacionó estrechamente a la necesidad institucional de atender la mayor cantidad de consultantes en el menor tiempo posible.

En el séptimo caso, el consultante iba a solicitar el servicio porque lo enviaron, más no porque lo viera como la oportunidad de hacer algo distinto con su malestar, justamente en eso giró el dilema, entre qué tan ético era “construirle” un problema para trabajarlo y darlo de alta terapéutica o trabajar con una persona que por el momento considera que no lo requiere; la decisión se depositó en el consultante, a pesar de que eso está en contra de las normas institucionales, las cuales marcan que toda persona debe ser atendida.

El octavo caso mostró la complicación de que la consultante vivía una situación que no generaba mayor problema para ella, sin embargo el equipo consideró que esto se podía convertir en un gran problema en corto tiempo, por lo que envió un mensaje en esa dirección, de tal modo que la cuestión ética se reflejó entre retomar la demanda inicial o insistir en lo que nuestras construcciones personales y

nuestro conocimiento teórico colectivo marcan como el ciclo vital normal para la familia. Desde mi punto de vista, en este caso no tuvimos una posición ética, ya que dejamos de atender la preocupación de la consultante para enfocarnos en la nuestra, por ello no extraña que la consultante no haya avanzado más en su proceso.

El noveno caso, que se trabajó con “equipo de reflexión”, la duda ética se relacionó con el tiempo de duración del proceso terapéutico, ya que usualmente los problemas trabajados en terapia familiar pueden ser resueltos en alrededor de 10 sesiones. Cuando se necesitaron más sesiones para lograr los objetivos establecidos desde el inicio, me comencé a cuestionar acerca de mi papel como terapeuta, si mis intervenciones estaban siendo oportunas y adecuadas, y si el equipo estaba recuperando los fragmentos del discurso que eran importantes para la consultante y para el avance del proceso.

El décimo caso, presentó la característica de que uno de los miembros del sistema se encontraba especialmente motivado para identificar y reconocer los cambios, el temor en esta situación fue estar creando una alianza que obstaculizara el proceso de cambio debido a que podrían surgir mayores discusiones entre la pareja y los hijos porque no se sintieran comprendidos o atendidos. Asimismo me permitió estar atenta de no generar posibles coaliciones enmascaradas, para mantener la postura que consideré más útil para el proceso, la familia, el equipo, el supervisor y para mí misma.

El décimo primer caso, al igual que otro de los casos ya descritos, contó con la característica de que la paciente identificada no sabía que su familia estaba asistiendo a consulta, sólo que este caso fue más grave, dado que la situación era de vida o muerte. El dilema entre salvaguardar la vida de una persona o ignorar la situación se tuvo que dejar en manos de la familia consultante después de mucha insistencia acerca de informarle las medidas que se estaban tomando para apoyarla, ya que a ninguno le podía pelear contra el miedo, y así realizar acciones de forma individual, para que éstas favorecieran la situación de la consultante identificada, así que esto se convirtió en un punto de análisis acerca de cuál es la postura ética que debería tomar la terapeuta.

Entre los casos que colaboré en su atención en el papel de co-terapeuta se presentaron las siguientes implicaciones éticas: considerar que las intervenciones directivas y fuertes eran necesarias para resolver el problema, realizar intervenciones que no quite responsabilidad a los consultantes acerca la violencia

que están ejerciendo mutuamente, poder trabajar a pesar de la falta de apoyo por parte del servicio médico (tratándose de una situación orgánica), y aprender a atender situaciones ante las cuales no se puede intervenir directamente (por ejemplo, enfermedades crónicas, desastres naturales, síntomas físicos, etc.).

➤ En cuanto a la persona del terapeuta...

La residencia me permitió tener un crecimiento personal y profesional impresionante, el cual me invitó a cambiar no sólo mi epistemología o mi forma de interactuar con los consultantes, sino que me favoreció independizarse de mi familia de origen, hacerme conciente acerca mis propios deseos y dar pasos para alcanzarlos, desarrollar mi curiosidad y arriesgarme al momento de decidir algo, me facilitó incrementar mis habilidades sociales y me ayudó a buscar formas alternativas de dar mensajes de tal modo que no suene brusco o agresivo.

Del mismo modo, me permitió reflexionar constantemente al ponerme en contacto con diferentes escenarios, historias, casos y personas. Me descubrí tomando posturas que no me había imaginado que podían ser congruentes con mi estilo personal.

Además aprendí a regular mis propias premisas ante un caso que me generaba emociones como enojo, frustración, desesperación o desesperanza y logré comprender que esos puntos ciegos los tenía que trabajar en mi propio espacio terapéutico, porque se relacionaba con mi compromiso con el proceso de cambio y conmigo misma, para evitar meter ruido a las sesiones.

También puede incrementar mis herramientas al actuar de forma natural cuando debía enfrentarme a distintos contextos como congresos, exposiciones frente al grupo, participación comunitaria, asuntos institucionales, ya que en esos espacios fue en donde pude verdaderamente probar y explotar mis recursos personales. En esas situaciones descubrí que puedo: moverme de posición ante el otro (posición de experto, verticalidad y one down), dar aportaciones desde algunos análisis previos acerca múltiples temáticas, comprometerme e involucrarme genuinamente y mostrarme empática con toda aquella persona que sufre y que requiere apoyo.

Después de haber reflexionado sobre lo anterior me surgió el cuestionamiento acerca de cuál es la verdadera separación entre la metáfora cotidiana y la metáfora terapéutica, puesto que tenemos personas que con gran facilidad podemos construir y emplear metáforas sin tener el objetivo de que funcionen como una intervención, sino porque es una manera familiar de establecer comunicación. Sin embargo, pensándolo un poco puedo inferir que la diferencia que aporta la metáfora terapéutica es el efecto que tiene sobre el motivo de consulta.

### **3.3 Análisis y discusión de un tema, caso de familia, o modelo terapéutico que sean pertinentes a los casos de las familias consultantes.**

## **EL USO DE LOS RECURSOS METAFÓRICOS EN LA TERAPIA SISTÉMICA Y POSMODERNA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Montiel Génova, Juan Manuel.  
Sandoval Espinoza, Christian.

### **INTRODUCCIÓN**

Desde que la humanidad comenzó a agruparse en sociedades y grupos familiares se ha visto en la necesidad de crear una serie de lineamientos (explícitos e implícitos) para armonizar las interacciones y favorecer la sobrevivencia; para esto ha creado normas, leyes, forma de comunicación, lenguaje, lenguas y millones de elementos simbólicos que están destinados a darle sentido y explicación a los fenómenos que han venido sucediendo dentro de estos grupos. Cada sujeto, ha desarrollado el deseo de transmitir sus experiencias subjetivas y conocimientos instituyendo diferentes métodos, los cuales han ido evolucionando a lo largo de la historia, ejemplo de ello son: las pinturas rupestres, las cuales fueron el antecesor de la escritura; la esculturas de las diferentes civilizaciones, como la maya, la azteca, la griega, la inca, la romana, por mencionar algunas, estas proporcionaron una imagen visual que representaba la forma en que se podía percibir un objeto, una persona, una situación o una deidad; desprendiendo, posteriormente, mitos, leyendas e historias, como otras estrategias para difundir el conocimiento generacional que se había sumado hasta ese momento.

Desde la antigüedad se conformaron diferentes formas de expresión y enseñanza como son: la Biblia, el Corán, otros libros sagrados, la literatura (poesía, novela, cuento, etc.), el arte en sus distintas modalidades (danza, teatro, música, pintura, escultura, etc.), llegando a desarrollar los recursos que conocemos actualmente como las películas, los cortometrajes, los nuevos estilos y ritmos musicales, entre otros. Un elemento que poseen en común todas estas maneras de transmitir el conocimiento es por medio de la condensación metafórica, entendiendo por metáfora una forma de simplificar y personalizar esta información empleando la similitud de las experiencias, informaciones y las distintas formas del saber que se han ido construyendo a través de la historia.

Los distintos enfoques dentro de la Psicología han empleado la metáfora para modificar la experiencia, la conciencia, la percepción, el pensamiento, la postura, la conducta o el afecto involucrado en una situación y/o relación problemática que estén afectando la vida de él o los consultantes. Por tal

razón, para llevar a cabo el trabajo clínico lo importante es tener la habilidad de utilizar infinidad de herramientas, con el fin de ayudar al consultante a resolver las preocupaciones o inquietudes que lo traen a terapia. Debemos ser lo suficientemente flexibles para utilizar todo lo que nos presenta el consultante o lo que nosotros, como terapeutas, poseemos a partir de nuestras experiencias personales (como pueden ser: chistes, cuentos, juguetes, canciones u otros materiales), considerando las bases teóricas adecuadas, sin caer en un pragmatismo excesivo. Cabe resaltar que el sistema terapéutico se compone de personas que forman parte de otros sistemas y que cada uno de ellos pone en juego la forma en que se construye y entiende el mundo desde el sistema al cual pertenece, dando por resultado una complejidad en las relaciones, interacciones y vinculaciones que están presentes durante el proceso terapéutico. Generalmente, éstas pueden ser abordadas con ayuda de la metáfora. Por lo tanto, pretendemos mostrar la utilidad de diferentes recursos metafóricos relacionados a varios modelos teóricos dentro del enfoque de terapia sistémica.

En la presente sección pretendo dar una definición clara sobre la metáfora, haciendo de ésta una herramienta práctica a nivel clínico y mostrar sugerencias útiles sobre cómo puede ser elaborada y utilizada. Cabe resaltar que no deseo encasillar los recursos metafóricos a un solo modelo teórico de intervención, sino mostrar cómo sus metas pueden cambiar en diferentes contextos, o sea, cómo un mismo recurso puede ser útil en situaciones diferentes.

Antes de adentrarme al tema de la metáfora, considero importante exponer las tres ideas que básicamente me hicieron interesarme en su análisis. La primera, la terapia es un contexto metafórico, en donde el terapeuta aprovecha una serie de abstracciones para cambiar la percepción de la realidad del consultante. La segunda, el lenguaje, al tener una doble virtud, tanto de aclarar como distorsionar, en ocasiones no es suficientemente preciso para describir la realidad, por lo que la metáfora sirve para dar una aproximación más cercana sobre lo que estamos experimentando. Y la tercera, la cual se basa en lo expuesto por Lévi – Strauss (1980), quien refiere que la sociedad ha construido un mundo simbólico previo a la existencia del sujeto. Esto permite que en la comunicación humana sea posible hacer referencia a los objetos que nos rodean de dos maneras distintas, una digital y otra analógica. La primera, describe el objeto mediante la palabra resultando obvio que la relación entre el nombre y la cosa nombrada está arbitrariamente establecida de acuerdo a la sintaxis lógica del lenguaje. Mientras que la segunda manera, es un símil autoexplicativo, es decir, todo lo que sea comunicación no verbal,

como son: la postura, los gestos, el ritmo y la cadencia de las palabras, la expresión facial, los dibujos, entre otras (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981).

Para cumplir con este objetivo se organizó este apartado en cinco segmentos: el primero se enfoca a explicar qué es el símbolo, dado que es el elemento básico necesario en la construcción de la metáfora; también se expone una clasificación sobre los tipos de símbolos; en el segundo apartado se desarrolla lo relativo a la metáfora, cómo son la definición, la función, los tipos y los usos de la misma; el tercer apartado se adentra en los tipos de recursos metafóricos utilizados en terapia, recuperando una clasificación propuesta previamente por Barker (1985); el cuarto apartado presenta una tabla que resume la propuesta de Gutiérrez Camacho (2008) para cada modelo sistémico los recursos utilizables, su objetivo y su aplicación; y por último algunas consideraciones basadas en el contenido de este apartado.

## I. SÍMBOLO

Antes de entrar en materia, considero importante mencionar que toda metáfora está construida a partir de símbolos; éstos son las unidades abstractas que le dan a una oración la cualidad de metáfora, ya que siguiendo la idea de Levi Strauss (1980) vivimos en un mundo rodeado por símbolos, que le dan una determinada significancia, esencia y particularidad a nuestras experiencias psíquicas, y por consecuencia, a lo que hacemos, decimos, pensamos y sentimos. Por lo anterior, voy a definir lo que entiendo por símbolo.

Un símbolo es la representación perceptible de una idea, con rasgos asociados por una convención socialmente aceptada. Es un signo sin semejanza ni contigüidad, que solamente posee un vínculo convencional entre su significante y su denotado, además de una clase intencional para su designado. Proviene del latín *symbolum*, y éste del griego σύμβολον, el símbolo es la forma de exteriorizar un pensamiento o idea, incluso abstracta, así como el signo o medio de expresión al que se atribuye un significado convencional y en cuya génesis se encuentra la semejanza, real o imaginada, con lo significado (Warren, 1999).



En Psicología un símbolo es un objeto, expresión o actividad reactiva que sustituye a otra y se convierte en un sustituto representativo. También es el sistema de símbolos con que se representan creencias, conceptos y sucesos.

En psicoanálisis el símbolo es la representación del material psicosexual (o de vida) inconsciente, que tiene un significado constante y que conscientemente no se relaciona con el acto sexual. En otras palabras, es un conjunto de elementos que se mantienen inscritos en el inconsciente que permite dar sentido a las experiencias concientes (Warren, 1999).

Puedo destacar que el símbolo es un elemento relativamente estable y repetible de la experiencia perceptual que hace las veces de un significado o serie de significados que no pueden darse plenamente en esa experiencia, se distingue de la metáfora por su mayor estabilidad y permanencia; pero estas cualidades varían de un símbolo a otro (Wheelwright, 1979).

### **Clasificación de los símbolos.**

Existen cuatro principales clasificaciones para los símbolos, éstas son:

- a) Universales. Se refiere a aquellos símbolos que se manejan alrededor del mundo como pueden ser valores, historia, ciencia o filosofía, se puede decir que abarcan toda producción objetiva que considera a toda la especie.
- b) Culturales. Elementos abstractos que se adoptan como resultado de los usos, costumbres, rituales, normas o reglas de la época y grupo social en el que se desarrolla el individuo.
- c) Familiares. Símbolos particulares de una unidad social, mediante los cuales la familia adquiere: reglas de convivencia, intimidad, proximidad, jerarquía, organización, mitos, enseñanzas y otros elementos que incluyen la comunicación analógica, digital, comunicación verbal y no verbal.
- d) Personales. Abstracciones particulares acuñadas durante la vida, incluyen los tres contextos anteriores. Su utilidad consiste en que permite la elaboración o adaptación de construcciones acerca de la realidad. Son susceptible de cambiar durante la vida dependiendo de los cambios que se presenten en el contexto (Warren, 1999).

## II. LA METÁFORA

### A) Definición.

La metáfora (del griego *pherein*, trasladar, y *meta*: después de o más allá de) se refiere a un giro del lenguaje que se emplea en un sentido no literal, es decir, figurado (Simon, Stierlin y Wynne, 1993).

Es una estructura verbal que, en virtud de su forma, afirma la realidad de un objeto. La forma es aquí, un sistema de cualidades mutuamente interrelacionadas en un todo armonioso (Jordan, en Wheelwright, 1979). En otras palabras, pone en palabras eso, que de otro modo, correría el riesgo de permanecer hundido en el silencio (aspectos inconscientes).

Desde el psicoanálisis, la metáfora es el puente que permite que el sujeto acceda al mundo simbólico, es decir, a la cultura. La metáfora principal que se trabaja, desde los post-freudianos es que el síntoma es una metáfora de una manifestación que permite que la pulsión (energía vital) se descargue, por lo tanto, en la medida que la persona logre darse cuenta de los procesos que internamente realiza su psiquismo el síntoma desaparecerá (Laplanche y Pontalis, 2000).

El punto de vista lacaniano propone que en tanto que el sujeto se constituya con una adecuada metáfora paterna (en términos simplistas sería desarrollarse con normas, reglas, deseo propio y Ley) podrá sublimar su síntoma y atravesará su propio fantasma (miedos, angustia, síntomas, etc.). Por tal razón, el dispositivo analítico, es decir, el escenario donde se produce la transferencia o vínculo afectivo entre el analizante y el analista, estará enriquecido con el uso de las metáforas y/o interpretaciones que buscan envolver al sujeto para simbolizar aquello que le provoca sufrimiento y goce ilimitado (Chemama, 1996).

Desde el enfoque sistémico, O'Hanlon (1993) propone que el objetivo de la metáfora dentro de la terapia es, transferir la capacidad que ha desarrollado la persona en un contexto, al contexto donde la capacidad podría resolver el problema que lo ha llevado a terapia.

## **B) Función.**

La metáfora se enfoca al mundo interno del oyente, dado que, combina los diversos estratos de significado inherentes a las palabras, lo cual permite que el mensaje sea significativo para el sujeto (Zeig y Gilligan, 1990). En otras palabras, es un lenguaje simbólico que se dirige a la mente inconsciente.

Además, le da a la narración un significado menos preciso, lo que deja al consultante la libertad de interpretación de acuerdo a las experiencias y el acumulado cultural del contexto del consultante, es decir, que mediante la metáfora podemos sembrar ideas para retomar posteriormente, a lo largo del proceso terapéutico (Zeig y Gilligan, 1990).

Aunado a lo anterior, otra función relevante de las metáforas es la ventaja de que nos permite hablar y trabajar con emociones intensas (que en muchos casos se encuentran ocultas) de una manera indirecta, ya que suscitan y evocan recuerdos y situaciones relacionadas a ellas, a la vez que evitan correspondencia biunívoca y excesivamente rígida, que fortalecen las respuestas negativas (Thompson en Zeig y Gilligan, 1990).

## **C) Tipos y usos.**

Una de las propuestas sociológicas para estudiar la metáfora consiste en que existen dos grupos principales: la metáfora cultural y la metáfora real.

- a) Metáfora cultural. Esta se va formando a través del aprendizaje, imitación, comunicación e interacción que la persona tiene en distintos contextos sociales, aunado a representaciones que cada grupo otorga al sujeto.
- b) Metáfora real. Son una serie de elementos simbólicos que el sujeto aprehende y que ayudan a constituirlo como ser único, incluye necesidades, identidad, sensaciones, pensamientos, actuaciones e identificaciones. Lo que la hace diferente de la anterior, es que ésta es personal.

Sumado a lo anterior, para fines de una comprensión más amplia proponemos una división de los dos principales usos de la metáfora, el primero incluirá aquellas metáforas que se suelen utilizar en la vida diaria y el segundo comprenderá la metáfora terapéutica, la cual es utilizada para modificar las

conductas, creencias, sentimiento, pensamiento, percepciones o significados construidos en torno a un evento difícil. A continuación presento una definición específica de estos dos usos de la metáfora:

- a) Cotidiana. Sociológicamente se afirma que el ser humano se constituye como el ser humano en el momento en que nace en una estructura social determinada que posee una serie de signos, señales y símbolos previos a la existencia del nuevo ser. Por lo cual, desde que una persona inicia su desarrollo está recibiendo simbolizaciones que le permiten la reciprocidad, convivencia y comunicación con su medio social (Levi-Strauss, 1998).

De tal suerte, que el sujeto se ve atravesado por la metáfora, dado que todo lenguaje o expresión no verbal son metafóricos, así que a lo largo de la vida se va reproduciendo tanto las metáforas aprendidas como las creadas para explicar o describir un escenario particular.

Es muy común que cuando una persona se siente imposibilitada para explicar su sentir hacia una experiencia o estado de ánimo en automático tiende a utilizar una metáfora, sin que esto tenga un efecto de cambio o de posibilidad de solución para el problema.

- b) Terapéutica. La metáfora terapéutica es un elemento que permite poner en palabras eso que, de otro modo, correría el riesgo de no llevarse al discurso o a la conciencia como: estados anímicos, sentimientos, pensamientos, percepciones y reflexiones. En el relato metafórico la persona percibirá algo que le afecta o que impacta alguna área de su vida (Dofour, 1993; citado en Gutiérrez Camacho, 2008).

Una vez expuesta la definición, el funcionamiento, los usos y los tipos de los símbolos y de la metáfora, considero pertinente mencionar cuáles son los recursos metafóricos que se pueden emplear en el ámbito clínico.

### **III. TIPOS DE RECURSOS METAFÓRICOS**

En este apartado presento la propuesta de Barker (1985; citado por Gutiérrez Camacho, 2008) quien considera que las metáforas utilizadas en terapia pueden agruparse en siete categorías, las cuales pueden ser empleadas de manera individual o ser utilizadas con las personas involucradas en la situación que se intenta cambiar. En cada una de estas categorías incluyo actividades que ejemplifican cada uno de los recursos:

### **1º. Historias largas utilizadas para la comprensión de situaciones clínicas complejas.**

Están diseñadas para seleccionar en detalle situaciones clínicas complejas. La elaboración de estas metáforas parte del conocimiento profundo de la situación familiar para entonces elaborar una historia isomórfica. Las historias largas se pueden utilizar para transmitir mensajes por medio de cuentos, leyendas e historias, las cuales definiremos a continuación.

- Cuentos. Narración breve de sucesos ficticios o de carácter fantástico, hecha con fines didácticos o recreativos.
- Leyendas. Composición literaria en que se narran sucesos imaginarios relacionados.
- Historias. Acontecimientos pasados relacionados sistemáticamente utilizados para explicar la evaluación de las actividades humanas.

Milton Erickson es el pionero en el uso de este tipo de historias, las cuales utilizaba para provocar cambios recuperando los recursos internos de sus consultantes. Este autor propone que las personas tenemos capacidades naturales para superar las dificultades; y que el comportamiento del ser humano se desarrolla en dos niveles distintos, uno conciente y otro inconsciente. En este punto, es importante mencionar el papel que juegan los hemisferios cerebrales, los cuales han sido categorizados en relación a sus funciones; el hemisferio izquierdo se relaciona con actividades analíticas y racionales, mientras que el hemisferio derecho se relaciona con la emoción. Las historias permiten que ambos hemisferios estén en funcionamiento, alternando informaciones, recursos, capacidades y especialidades.

Así mismo, Erickson creía que todos los seres humanos tenemos la posibilidad de transformar las palabras en símbolos, de tal modo que las historias que nos contamos son susceptibles a transformarse.

#### **Aspectos acerca de la construcción de historias.**

De acuerdo con Aguirre y Álvarez (2007) debemos considerar algunas recomendaciones generales que nos serán útiles al momento de construir una historia con fines clínicos, estos son:

- ❖ La eficacia depende del paralelismo que tenga con la situación real del oyente.
- ❖ Elaborar un objetivo claro y concreto.
- ❖ Elaborar el objetivo en términos positivos.
- ❖ Enunciar el objetivo en términos sensoriales de acuerdo a las características de consultante (visuales, auditivos y kinestésicos).

- ❖ El uso de las palabras vagas o generales para estimular la creatividad en el escucha.
- ❖ Utilizar palabras que inviten a la acción.
- ❖ Utilizar símbolos universales.
- ❖ Incluir una solución o alternativa.

Aguilar y Álvarez (2007) nos recomiendan que para terapeutas poco experimentados es mejor escoger una historia elaborada previamente para aprovecharla en sesión. En este caso nos proporcionan los siguientes consejos para elegir la historia y para narrarla.

Para seleccionar la historia se recomienda considerar:

- ❖ En qué se parece la situación del consultante con la historia elegida.
- ❖ Hacer caso de la simbolización, es decir, qué tipo de símbolos o metáforas son familiares para el consultante para que la historia las contenga.
- ❖ Reflexionar sobre lo que se desea decir y de qué manera decirlo.
- ❖ Pensar sobre qué efecto se quiere producir.

Las recomendaciones para contarla son:

- ❖ Tener la convicción de que funciona y contarla con esa convicción.
- ❖ Hacer entonaciones de voz.
- ❖ Hacer subrayado paraverbal.
- ❖ Usar lenguaje corporal.
- ❖ Contar la historia dramatizando verbal y/o corporalmente.
- ❖ El uso de predicados de acuerdo a:
  1. Si la preferencia sensorial de la persona es visual: utilizar predicados como “veo”, “mira”, “desde mi perspectiva”, etc.
  2. Si la preferencia de la persona es auditiva: “me suena”, “escuchando”, “silencio”, “es como hablarle”, etc.
  3. Si la preferencia de la persona es kinestésica: “yo siento”, “me duele”, “me late”, etc.
- ❖ Uso del tiempo: para recuperar recursos es conveniente contar la historia en pasado. Además, hacer combinaciones de tiempo verbales; en pasado lo que es el problema, en presente todo lo que se refiere a las posibilidades y recursos, y en futuro se comunica al consultante algo que hará o sucederá.

- ❖ Considerar el estilo del consultante: si el consultante es “realista” es conveniente compartir experiencias de personas reales; pero si el estilo del consultante es más “mágico” se podría utilizar cuentos fantásticos.

## **2°. Anécdotas o historias cortas para el logro de objetivos específicos.**

Este tipo de recursos metafóricos se obtienen a partir de las experiencias que se tienen a lo largo de la vida, los terapeutas pueden describir los puntos relevantes que necesita la persona en una forma metafórica, entre estos recursos se encuentran los siguientes:

- Fábulas. Composición literaria, generalmente en verso, de la que se suele extraer una enseñanza útil o moral. Sus características principales son que sus personajes son animales humanizados, regularmente, inexistentes.
- Mitos. Narración fabulosa que relata acciones y personajes imaginarios que tiene como fin fundamental dar una explicación irracional de la realidad.
- Anécdotas del terapeuta. Relatos breves que elabora el terapeuta, reales o no, con el objetivo de transmitir o sembrar una idea que provoque cambio en el consultante que permita lograr las metas del tratamiento.

## **3°. Analogías, argumentos metafóricos breves o frases para ilustrar o enfatizar puntos específicos.**

Las frases metafóricas pueden ser usadas efectivamente en el curso de la psicoterapia para que las personas puedan conversar de otra forma. De esta manera se pueden proponer ideas alternativas de forma indirecta, ya que presentadas de forma directa se corre el riesgo de que el consultante pueda mostrarse renuente para aceptarlas. Estas frases metafóricas se presentan dentro de la cultura popular, recuperadas para obtener resonancia en los mensajes dentro de la terapia, las más comunes son:

- Refranes. Dicho popular que contiene un consejo, moraleja o enseñanza, en una frase corta que metaforiza algún evento positivo o negativo empleando la experiencia de ancestros.
- Dichos. Palabra o conjunto de palabras con que se expresa oralmente una máxima, una observación o un consejo popular, se caracteriza por ser una ocurrencia chistosa y oportuna.

- Chistes. Dicho breve, agudo y gracioso que se transmite de forma oral o actuada. También es una formación inconsciente que permite la exteriorización de material oculto, el cual logró burlar la censura y la represión.
- Dicharacho. Frase pícaro que permite expresar una enseñanza, requiere de mayor ingenio que el dicho.
- Doble sentido. Frase o palabra que puede tener una connotación graciosa y ocurrente o una interpretación con contenido sexual o alusiva al acto sexual.

#### **4°. Metáforas relacionales.**

Este tipo de recursos metafóricos parten de la idea de que la terapia se centra en la comunicación metafórica, en la cual los mensajes no siempre son lo que aparentan ser, es decir, un mensaje puede ser una metáfora para otro mensaje, al igual que la interacción de dos personas puede ser metáfora de otra interacción. Por lo tanto, las metáforas cumplen tres funciones interaccionales, estas son: 1) comunicar, por ejemplo, el comportamiento violento de un hijo puede expresar el enojo que puede sentir hacia su madre; 2) desplazar, por ejemplo, la frustración de una madre por su hijo puede ser una metáfora de la frustración hacia su matrimonio; y 3) fomentar las relaciones íntimas de apego entre las personas (Madanés, 2007).

- Síntoma. Fenómeno manifiesto que permite metaforizar lo que está sucediendo, en el interior o exterior, de un sujeto, familia o comunidad.
- Preguntas presuposicionales. Tipo de preguntas diseñadas para funcionar como “intervenciones”, permiten que el terapeuta influya en las percepciones de los consultantes para orientarlos hacia las soluciones y dar una percepción distinta de la situación vivida.
- Coreografía. Movimiento, distribución o establecimiento espacio-temporal de personas o elementos de un sistema que propician un tipo específico de comunicación e interacción.

#### **5°. Tareas metafóricas.**

Los recursos metafóricos no sólo se expresan con palabras por medio de narraciones, sino también con acciones o actividades que los consultantes y el terapeuta van construyendo a lo largo del proceso



terapéutico. Éstas pueden ser utilizadas durante las sesiones terapéuticas o pueden ser prescritas entre una sesión y otra.

➤ Cartas. Mensaje escrito que se dirige a alguien para informarle o expresarle alguna información, aunque no necesariamente debe ser leída por el destinatario, ya que el objetivo de la carta es que quien la escribe pueda exteriorizar o expresar una serie de sentimientos, pensamientos, emociones o afectos y la situación problemática del consultante que de otro modo podrían quedar ocultos. Existen varios tipos de cartas como son: de invitación, de predicción, de recomendación, de ocasiones especiales, cartas breves, de despido y de contra-derivación (White y Epston, 1980).

1. *De invitación*.- dichas cartas son utilizadas en el contexto psicoterapéutico con el fin de pedir una entrevista a un miembro que se encuentre renuente a acudir a la sesión, pero que su participación en la queja sea de relevancia.
2. *De predicción*.- por medio de la siguiente se realiza una predicción sobre el futuro inmediato (no mayor a 6 meses de intervalo) de una persona, relación o familia. Éstas se realizan dentro de las sesiones, se entrega dobladas o selladas, se les escribe “privado o confidencial” con letras grandes, y se acuerda la fecha en que deberán ser abiertas (“no debe abrirse hasta...”)
3. *De recomendación*.- en ellas se exponen los avances que se hayan obtenido en terapia. Así como los recursos y fortalezas que posee el consultante para afrontar situaciones complicadas. Además se pueden incluir recomendaciones o sugerencias que deben seguirse practicando para mantener los cambios logrados.
4. *De ocasiones especiales*.- estas se redactan en la víspera del aniversario de una fecha significativa para el consultante como pueden ser cumpleaños, aniversarios luctuosos, de boda, año nuevo, navidad, vacaciones, entre otros.
5. *Cartas breves*.- son escritos concretos con fines terapéuticos que evitan ser extensos o repetitivos. Lo que la diferencia de las anteriores es que su contenido es reflexivo a cerca de las medidas que se pueden tomar para alejar la vida y las relaciones de los problemas. A algunas personas le ayuda para autovalorarse llevándolas consigo a todas horas o incluso enviándoselas por correo.

6. *De despido.*- se elaboran cuando se pretende finalizar un ciclo o cortar una pauta rígida, expresan la falta de necesidad de que la gente desempeñe una función relacionada a un síntoma.
  7. *De contra-derivación.*- estas son comunes entre profesionales de la salud, sirven para canalizar o solicitar una interconsulta entre diferentes especialistas.
- Rituales. Los rituales son actos simbólicos co-evolutivos que incluyen no sólo los actos ceremoniales de la presentación real del ritual, sino también su proceso de preparación. Puede o no incluir palabras, pero contiene partes abiertas y cerradas que se mantienen unidas por medio de una metáfora orientadora (Imber-Black, Robert y Whiting; 1988).

Whiting (en Imber-Black, Robert y Whiting; 1988) propone algunas pautas para la elaboración de rituales terapéuticos descritas en tres categorías principales. La primera se refiere a *elementos de elaboración comunes a todos los rituales*, que son: los símbolos, los aspectos abiertos y cerrados, así como el tiempo y el espacio en que se llevan a cabo estos rituales, es decir, si se realizan fuera o dentro de la sesión o de forma alterna. La segunda hace mención a las *técnicas rituales y acciones simbólicas*, las cuales son: la liberación (se usan en rituales de curación e identidad), la utilización de diferencias, que son los típicos rituales de negociación de creencias, ya que abordan creencias opuestas (tareas de días pares e impares), el dar y recibir, la documentación y la prescripción del síntoma. Y por último, la categoría que se refiere a *otras consideraciones sobre la planificación de los rituales*, en ella se engloban sugerencias que incluyen la alternancia (elección de qué componentes del síntoma se mantienen o retienen y cuáles se eliminan o liberan, respetando así el proceso de curación del consultante), la repetición (de acciones o contenidos), la combinación de motivos y acciones, y el uso de equipos (utilizar las opiniones de cada miembro de la familia para la construcción del ritual).

A continuación se presentan algunos tipos de rituales que se pueden usar en terapia:

1. *Diarios.*- son actividades que forman parte de la rutina y después de un tiempo se convierten en un hábito.
2. *Nocturnos.*- se realizan antes de dormir con un horario y duración establecidos.
3. *Tradiciones familiares.*- se relacionan a fechas importantes para la familia, como aniversarios, visitas, vacaciones, tiempo libre, etc.

4. *Días festivos*.- se refiere a las reglas particulares que cada familia tiene para realizar una celebración, se encuentran saturadas de emociones y significados específicos para cada grupo familiar.
5. *Curación*.- se llevan a cabo cuando existen pérdidas y emociones negativas, así como eventos críticos que rompen con la armonía familiar (Imber-Black, 2009).

- Ensayos interaccionales. Tareas realizables dentro y fuera del espacio terapéutico que promueve formas alternativas de relación, conexión y comunicación entre los miembros de una familia, estas tareas son repetidas antes de llevarlas a cabo con normalidad.

#### **6°. Objetos metafóricos.**

Son objetos utilizados durante la terapia para representar alguna situación particular, como se basa en actividades lúdicas son prácticos en la intervención con niños. Estos tipos de recursos son:

- Juegos. Actividad recreativa sometida a reglas, puede o no necesitar objetos o equipos para su realización.
- Juguete. Objeto con el cual se puede desarrollar juegos o actividades lúdicas.
- Amuletos. Objeto al que se le atribuye virtud sobrenatural de protección, descarga o eliminación de energías o presagios negativos. Este tipo de objeto debe ser construido, personalizado y manipulado por el propio consultante de tal modo que se le agreguen simbólicamente atributos que favorezcan o refuercen los objetivos terapéuticos.
- Contratos. Acuerdo, pacto o convenio, oral o escrito, en el cual se obliga a alguien a cumplir con una serie de responsabilidades u obligaciones, también comprende varias sanciones aplicables en caso de que no se lleve a cabo el acuerdo.
- Diplomas. Título o certificación que expide alguna entidad para acreditar que se obtuvo un grado académico, premio o que se terminó satisfactoriamente alguna meta particular.
- Certificados. Estos documentos representan significados en nombre del destinatario y del público asistente, lo que los hace diferentes de los diplomas es que se entregan públicamente dando testimonio del dominio sobre alguna habilidad, victoria, control, eliminación de malos hábitos y despido. Debe ir firmado por el destinatario.

- Contradocumentos. Son documentos, cartas o notas que contradicen algún diagnóstico previo que esté en cuestionamiento o en duda (Epston y White, 1993).

### **7º. Metáforas artísticas.**

Pueden ser dibujos, pinturas o alguna otra producción artística las cuales simbolizan pensamientos y afectos. Estas metáforas son con materiales moldeables, creativos, o algún otro producto que permita representar su estado de ánimo, experiencias o elementos significativos dentro del proceso terapéutico.

- Collage. Conjunto de imágenes pegadas y/o dibujadas en un mismo cuadro que pretende expresar visualmente algo que no se puede apalabrar.
- Esculturas. Modelado, tallado o esculpido de figuras que representan alguna situación, conducta, relación, entre otras.
- Canciones. Composiciones generalmente en verso que contiene música y letra, cuyo tema principal expresa un sentimiento, una emoción, un deseo o algún recuerdo de algo que ocupa la mente.
- Títeres. Figurilla humanizada que se mueve a través de cuerdas, madera o metal interno, o bien, con la mano. Este tipo de recurso adquiere un mayor impacto cuando el propio consultante lo fabrica, ya que, se le otorga el poder de escoger su forma, tamaño y material del muñeco, lo cual es de gran apoyo para exteriorizar lo que la persona desea.

## **IV. MODELOS SISTÉMICOS Y SUS RECURSOS METAFÓRICOS.**

Después de exponer los diferentes recursos metafóricos que podemos aprovechar en el trabajo clínico consideramos pertinente presentar un cuadro propuesto por Gutiérrez Camacho (2008), el cual sintetiza las diferentes metáforas que se utilizan en cada uno de los modelos de terapia sistémica y posmoderna, así como los objetivos que cubren:

MODELO	META TERAPÉUTICA	METÁFORAS INMERSAS EN EL PROCESO	CÓMO ES QUE SE UTILIZAN
Estructural	Lograr un cambio en la estructura familiar y en el síntoma	Tareas metafóricas, analogías o símiles	Trazar fronteras entre las personas; evitar coaliciones; crear distancia psicológica; y modificar los constructos cognitivos.
Terapia Breve centrada en Problemas (MRI)	Identificar las soluciones intentadas para crear formas alternativas de solución	Tareas metafóricas, analogías o símiles, e historias cortas y anécdotas	Redefinir; tareas directas que evitan el mantenimiento del problema; intervenciones metafóricas para redefinir el problema
Terapia Breve centrada en Soluciones	Orientar la conversación hacia los recursos y fortalezas para superar un problema	Tareas metafóricas, analogías o símiles, historias cortas o anécdotas, objetos metafóricos y metáforas relacionales	Aprovechar el lenguaje del consultante, encausar el cambio como inevitable, redefinir, connotar positivamente, metáforas del consultante y rituales.
Terapia Estratégica	Motivar al consultante a abandonar la secuencia de interacciones habituales en la familia (jerarquía inadecuadas)	Tareas metafóricas, analogías o símiles, historias cortas o anécdotas, objetos metafóricos, y metáforas relacionales	Intervenciones metafóricas, metáforas, analogías, parábolas y relatos donde el mensaje puede ser una nueva definición, solución o ambas del problema. También se amplifica algo que el terapeuta quiere transmitir
Milán	Descubrir los juegos familiares para definir relaciones. El síntoma es una metáfora de lo que sucede en la familia.	Tareas metafóricas, objetos metafóricos y metáforas relacionales	A través de los rituales, se prescribe un juego cuyas nuevas normas sustituyen a las precedentes. Con las tareas ritualizadas de días pares e impares, se presentan conductas alternativas basadas en una división de funciones diferentes. El interrogatorio circular permite extraer las metáforas de las relaciones interpersonales como las coaliciones.
Terapias Posmodernas	La deconstrucción a través de las conversaciones terapéuticas de las historias de las personas y cómo éstas son contadas	Tareas metafóricas, analogías o símiles, historias cortas o anécdotas, historias largas, objetos metafóricos y metáforas relacionales	En la terapia narrativa las metáforas que describen una relación entre la persona y el problema se elaboran junto con la persona o familia, en este caso se inicia la externalización del problema al bautizarlo; y después se utiliza el arte de preguntar a través de la conversación

**Tabla 12.** Resumen de las metáforas que utilizan los diferentes modelos de terapia sistémica y postmoderna de acuerdo con Gutiérrez Camacho (2008, Pág. 118).

## V. CONSIDERACIONES

Los recursos metafóricos son empleados con frecuencia en terapia familiar porque nos dan la posibilidad de transmitir mensajes más allá de la comunicación verbal, permiten una metacomunicación que sirve de intervención.

Los recursos metafóricos son elementos (símbolos y signos) que utilizamos cotidianamente. Sin embargo, en terapia nos pueden ayudar para reflexionar sobre los mensajes que damos y recibimos por parte de los consultantes modificándonos internamente junto con ellos.

Entre los recursos metafóricos más estudiados se encuentran los cuentos, las historias, las anécdotas del terapeuta, las cartas, los rituales, los documentos terapéuticos y los títeres, de ahí nace el interés por estudiar otras alternativas. En ello radica la importancia de este artículo.

Posteriormente estaré haciendo una propuesta para aprovechar esta información dependiendo el modelo de intervención, la edad del consultante y otras características del proceso terapéutico.

## **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

La manera en que propongo que se pueden utilizar los recursos metafóricos en la intervención sistémica con niños y adolescentes, incluye una serie de pasos, los cuales no necesariamente tienen que ser aplicados en orden, sino podríamos caer en formar un modelo rígido isomórfico con la postura familiar e inadecuado para alcanzar la meta de un cambio de segundo orden, estos incluyen:

1. Evaluación del aparato sensitivo preferido por el o los consultantes. El terapeuta debe conocer cuál es el aparato sensitivo que utiliza con mayor frecuencia el consultante. Para esto puede preguntar ¿cuál es la manera en que recuerdas más fácilmente lo ocurrido (escribiéndolo, escuchándolo, mirándolo, etc.), ¿cuáles son las actividades que te gusta realizar en tu tiempo libre?, Cuando tienes que aprender algún material ¿cuál es la forma en que estudias?, etc.
2. Conocer la participación de los actores, procesos, escenarios y contextos en que se presenta el problema. Algunas preguntas útiles son: ¿Quiénes están regularmente presentes?, ¿cuál fue la historia que los trajo aquí?, ¿en dónde sucedió esto?, ¿siempre ocurre en ese lugar?, ¿esto mismo ha pasado en otro lugar?, cuando estas en tal lugar ¿qué sucede cuando recuerdas el problema?, o preguntas del cuestionamiento circular.

3. Identificar las creencias que pueden potencializar o sabotear el efecto de la metáfora. Se puede preguntar acerca de: ¿qué piensas cuando esto ocurre?, ¿qué te han dicho los demás cuando se dan cuenta de esto?, ¿qué te ha dicho tu familia?, ¿qué otras explicaciones han escuchado?, ¿qué creen que les sería útil escuchar?, ¿les gustan las historias o cuentos?, ¿te gusta escribir?, etc.
4. Reconocer los recursos internos, familiares, sociales, laborales o escolares que pueda favorecer el proceso. Esto se puede saber preguntando ¿cuáles son las habilidades que tienes?, ¿qué te han dicho los otros que haces bien?, ¿qué cosas te han ayudado para comenzar a resolver esta situación?, ¿qué fortalezas tiene tu familia?, ¿qué creencias familiares te han ayudado a llegar hasta donde has podido?, ¿qué cualidades te han reconocido en el trabajo?, si le preguntáramos a tus compañeros de trabajo que cualidades tienes ¿qué dirían?, ¿qué crees que te ha ayudado para lograr esas calificaciones?, ¿por qué piensas que tus compañeros te eligen para hacer trabajos en equipo?
5. Retomar las palabras del consultante para elegir la metáfora adecuada. El terapeuta debe repetir frecuentemente las frases, palabras, posturas o gestos preferentes del consultante, por un lado, para que éste puede permitir ser influenciado por la metáfora que emplee el terapeuta, y por el otro, percibir que la metáfora condensa aquellos pensamientos, sentimientos, acciones, comportamiento o interacciones que están construyendo o forman parte del problema.
6. No atribuir significados propios del terapeuta. El terapeuta debe abstenerse de hacer interpretaciones o dar sentidos contradictorios a los que ha depositado el consultante en cada una de las metáforas. Para lograrlo, puede preguntar directamente cuál es la forma en que ha entendido lo último que se hizo o se dijo, o bien, cuál cree que fue el objetivo de pedir, hacer, decir o mostrarle determinada actividad.
7. Jugar con los tiempos verbales. El terapeuta puede hábilmente mencionar las conductas, pensamientos o sentimiento que mantienen el problema en pasado y mencionar los elementos, fortalezas, recursos y deseos del consultante en presente y futuro para orientarlo a un futuro libre de problemas.

8. A partir de la información obtenida de los puntos siguientes puede elegir un modelo de intervención que mejor le acomode a la situación y al consultante para comenzar a aplicar los recursos metafóricos. En un apartado anterior puse la propuesta que desarrolló Gutiérrez Camacho (2008) para utilizar los recursos metafóricos en cada modelo de intervención. Ahora pondré algunas sugerencias para emplearlos, basadas en mi experiencia clínica y en mi observación, estos son:

MODELO	META	ALTERNATIVA METAFÓRICA
<b>Estructural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Transformar las jerarquías, límites, alianzas, coaliciones, triángulos, territorio y geografía.</li> <li>⌘ Modificar la estructura y las relaciones con otros sistemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Escenificación de la manera en que los hijos se encuentran sobre los padres, es decir, con mayor poder.</li> <li>▪ Esculturas de cómo está la familia y cómo debería estar.</li> <li>▪ Anécdotas del terapeuta sobre casos atendidos o la propia vida.</li> <li>▪ Refranes, dichos y chistes que ejemplifiquen triángulos, coaliciones y alianzas.</li> <li>▪ Modificación de la coreografía y escenografía para representar el estado de los límites.</li> <li>▪ Rituales para separar holones.</li> <li>▪ Contratos matrimoniales o familiares para marcar reglas y consecuencias claras.</li> <li>▪ Títeres de cada miembro de la familia para hacer una analogía de lo observado por el terapeuta.</li> </ul>
<b>Estratégico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Crear estrategias concretas para resolver problemas;</li> <li>⌘ Uso de ordalías y directivas (directas, indirectas y paradójicas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuentos, leyendas, historias y estadísticas para normalizar situaciones.</li> <li>▪ Anécdotas del terapeuta pueden ofrecer directivas claras.</li> <li>▪ Los refranes, dichos y dichos precisos pueden fungir como paradojas que promuevan el cambio.</li> <li>▪ Ordalías absurdas que hagan que el sistema se reacomode de una manera distinta.</li> <li>▪ Por medio de los juegos se les puede sobresaturar el síntoma para que no soporten la tensión y cambien.</li> </ul>
<b>Terapia Breve enfocado a los Problemas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Definición clara del problema;</li> <li>⌘ Promover el cambio en la percepción del problema;</li> <li>⌘ Aprovechamiento de múltiples realidades; y</li> <li>⌘ Modificar el tipo lógico en que se presenta el problema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las historias largas pueden ayudar a los consultantes a definir claramente su problema.</li> <li>▪ Las anécdotas del terapeuta puede promover el cambio de percepción acerca de la situación que se considera problemática.</li> <li>▪ Los refranes, dichos, chistes, etc., sirven para desafiar el problema o para verificar la frecuencia con que este se presenta.</li> <li>▪ El síntoma, es un elemento clave, ya que no se debe maniobrar a partir de él.</li> <li>▪ Los rituales pueden funcionar como un elemento que desequilibre el sistema obligándolo a cambiar, porque puede ser una pauta rígida que haga que la familia cuestione el síntoma.</li> <li>▪ Los diplomas y certificados pueden entregarse cuando el síntoma haya desaparecido.</li> <li>▪ El collage en adolescentes puede ayudar a representar el problema para cotejar si el mismo que percibe la familia.</li> </ul>
<b>Milán</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Modificar las transacciones psicotizantes;</li> <li>⌘ Desarticular el juego familiar que mantiene el síntoma;</li> <li>⌘ Incluir a la familia en una visión sistémica; y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entre las tareas metafóricas que podemos emplear están las tareas de días pares e impares.</li> <li>▪ Los rituales entran en las tareas metafóricas que cierran un ciclo o un evento.</li> <li>▪ Los mitos culturales y sociales se pueden aprovechar para modificar la influencia de algunos mitos familiares.</li> <li>▪ La prescripción del síntoma, también, se puede hacer por medio de objetos metafóricos, por ejemplo la elaboración de un títere y un</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ La connotación positiva.</li> <li>⌘ El síntoma por sí mismo es una metáfora de lo que ocurre en la familia.</li> </ul>	<p>collage.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los secretos familiares pueden develarse por medio de cartas o esculturas.</li> </ul>
<b>Terapia Breve orientada a las Soluciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Actuar y cambiar la percepción de los clientes;</li> <li>⌘ Reconocer recursos y habilidades;</li> <li>⌘ Retomar posibilidades;</li> <li>⌘ Validar la realidad de los clientes; e</li> <li>⌘ Identificar las excepciones;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por medio de las historias se pueden rescatar los recursos y habilidades del consultante.</li> <li>▪ Las fábulas y las anécdotas del terapeuta pueden mostrar caminos alternativos para enfrentar la queja.</li> <li>▪ Con los chistes, dicharachos y dobles sentidos se puede introducir el sentido del humor como un recurso para bajar la tensión que mantiene el síntoma. Además de recuperar positivamente la sabiduría popular.</li> <li>▪ La prescripción de la recaída aunada a una carta de recomendación puede favorecer que la recaída no sea posible de llevar a cabo.</li> <li>▪ Los diplomas y certificados pueden resumir las habilidades del consultante para tenerla siempre a la vista.</li> <li>▪ Las canciones, cuentos y esculturas pueden ser tareas metafóricas que simbolicen el cambio alcanzado o que se pretende alcanzar.</li> <li>▪ Las preguntas de escala pueden representar, entre otras cosas, algunas metáforas relacionales, por ejemplo, “en la escala de 1 al 10 ¿cómo calificarías la relación entre su esposa y su madre?”, ¿cómo se lleva usted con su hijo Pedro? ¿y actualmente?, ¿cuánto les haría falta para convivir, tú y tu esposo, “armoniosamente?”, etc. <b>NOTA:</b> Cualquier diálogo relacional se puede convertir en una pregunta de escala.</li> </ul>
<b>Post-Milán</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Mantener la circularidad, la neutralidad/ curiosidad y la hipotetización.</li> <li>⌘ Curiosidad genuina, respetando las alternativas y posturas del consultante.</li> <li>⌘ Importancia del tiempo y la autoobservación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las historias, cuentos, refranes y chistes pueden ayudar para expresar las hipótesis que surgen del discurso con el consultante.</li> <li>▪ Las metáforas relacionales como las coreografías y las esculturas pueden servir para transmitir las ideas de circularidad en los procesos de cambio.</li> <li>▪ Los objetos metafóricos y las metáforas artísticas pueden ser de utilidad para "echar a volar" la curiosidad, no sólo del terapeuta, sino también de los consultantes.</li> <li>▪ Las anécdotas del terapeuta pueden contribuir a la autoobservación del terapeuta para identificar lo que está provocando el proceso en sí mismo.</li> <li>▪ El coro griego se puede utilizar como metáfora relacional, esta técnica proviene de la escuela de Ackerman.</li> </ul>
<b>Narrativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Externalización del síntoma;</li> <li>⌘ Transformación de los relatos;</li> <li>⌘ Descubrir la postura política;</li> <li>⌘ Ceremonias de definición;</li> <li>⌘ Modificación del panorama de acción y el panorama de conciencia (identidad);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las historias, leyendas y cuentos son algunos de los recursos más utilizados para co - construir historias alternativas.</li> <li>▪ Las fábulas pueden emplearse con niños muy pequeños para recuperar la moraleja y la historia heroica, los cuales pueden darle la fortaleza para vencer o debilitar el problema.</li> <li>▪ Los dichos, chistes y dicharachos pueden contribuir a burlarse del problema y restarle fuerza.</li> <li>▪ Los testigos externos pueden fungir como metáforas relacionales o bien pueden ofrecer metáforas, que ayuden a dar una nueva identidad al menor.</li> <li>▪ Las cartas y documentos terapéuticos pueden ser escritas por el terapeuta, por la familia o por el niño o adolescente con el fin de reforzar cambios o cerrar círculos.</li> <li>▪ El ejercicio de amigos y enemigos se puede hacer por medio de títeres, juguetes, dibujos y analogías con personajes existentes.</li> <li>▪ Las canciones pueden dar enseñanzas y diversión para describir sentimientos y emociones que no se expresen fácilmente en casa.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ceremonias de definición, cartas de predicción o invitación.</li> <li>▪ Personificar el problema y darle alguna forma (por ejemplo, un monstruo) es en sí dos metáforas.</li> </ul>
<b>Colaborativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Participación conjunta para resolver el problema;</li> <li>⌘ Invitar a la reflexión;</li> <li>⌘ Inserción de múltiples voces; y</li> <li>⌘ Hacer públicos los diálogos internos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las historias breves o largas de los consultantes y las anécdotas del terapeuta forman parte de la conversación.</li> <li>▪ El estilo conversacional del consultante pueden incluir dichos, dicharachos y chistes que permitan hacer públicos múltiples voces.</li> <li>▪ Por medio de analogías se pueden abrir temas asociados a los diálogos negativos que pongan al consultante en una posición de dilema.</li> <li>▪ Se pueden contar historias en donde el yo participe como actor y como narrador para ofrecer nuevas alternativas al consultante.</li> </ul>
<b>Equipo de reflexión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Incorporación de múltiples voces;</li> <li>⌘ Metadiálogo; y</li> <li>⌘ Invitación a la reflexión.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El equipo de reflexión, el terapeuta y los consultantes pueden promover la reflexión a través de acuerdos que permitan la creación o utilización de los recursos metafóricos, solamente si éstos son de utilidad.</li> <li>▪ El equipo puede emplear cualquier recurso metafórico para expresar sus sentimientos, emociones, preocupación, riesgos, fortalezas, preguntas y asociaciones al consultante.</li> <li>▪ Las metáforas por sí mismas y sus características son ofrecimientos tentativos.</li> </ul>

**Tabla 13.** Alternativas para emplear recursos metafóricos en cada uno de los modelos sistémicos y postmodernos.

Cabe señalar que estas alternativas no son exclusivas de cada modelo, dado que el terapeuta puede tomar tareas, actividades e intervenciones de otros modelos sistémicos o postmodernos para enriquecer el modelo que haya elegido como el que sustentará su trabajo, sólo que es un requisito saber de qué escuela se aportan las intervenciones.

Para utilizar cualquiera de las ideas antes mencionada de una forma más útil es preciso tomar en cuenta el canal sensitivo predilecto por el o los consultantes, para esto me basaré en Olmedo (2009) y luego daré una propuesta, ligando los recursos metafóricos. Aquí me detendré a dar algunas ideas:

<b>ESTILO SENSITIVO</b>	<b>VERBOS RECOMENDADOS</b>	<b>RECURSO METAFÓRICO</b>
<b>VISTA</b>	Observar, mirar, ver, abrir los ojos, no quitar el ojo, vislumbrar, no perder de vista, tener a la mira, echar un vistazo, distinguir, percibir, develar, entrever, apreciar, desigualar, divisar, avispar, revelar, notar, etcétera.	Analogías, argumentos metafóricos breves o frases para ilustrar o enfatizar puntos específicos (refranes, dichos, chistes, dicharacho o doble sentido); metáforas relacionales (comunicación a través del síntoma, coreografía, o interacciones); tareas metafóricas (cartas, rituales, ensayos interaccionales y ordalías); objetos metafóricos (juegos, juguetes, amuletos, documentos terapéuticos); y metáforas artísticas (collage, esculturas, canciones, títeres).
<b>OIDO</b>	Escuchar, atender, oír, dar oído, abrir las orejas, prestar oreja, enterarse, susurrar, murmurar, musitar, cuchichear, balbucear, rumorear, chismear, arrullar, mascullar, gruñir, sonar, correr la voz, azuzar,	Historias largas utilizadas para la comprensión de situaciones clínicas complejas (cuentos, leyendas, otro tipos de historias); Anécdotas o historias cortas para el logro de objetivos específicos (fábulas, mitos, anécdotas del terapeuta); y Analogías,

	calumniar, quejarse, silbar, maldecir, etcétera.	argumentos metafóricos breves o frases para ilustrar o enfatizar puntos específicos (refranes, dichos, chistes, dicharacho o doble sentido).
<b>OLFATO</b>	Oler, olfatear, husmear, apestar, rastrear, fisgonear, investigar, meter la nariz en, etcétera.	Historias largas utilizadas para la comprensión de situaciones clínicas complejas (cuentos, leyendas, otro tipos de historias); Anécdotas o historias cortas para el logro de objetivos específicos (fábulas, mitos, anécdotas del terapeuta); y Analogías, argumentos metafóricos breves o frases para ilustrar o enfatizar puntos específicos (refranes, dichos, chistes, dicharacho o doble sentido).
<b>TACTO</b>	Percibir, sentir, tocar, sostener, tentar, abrigar, palpar, acariciar, abrazar, manosear, manipular, palpar, resguardar, arrullar, rozar, restregar, raspar, etcétera.	Analogías, argumentos metafóricos breves o frases para ilustrar o enfatizar puntos específicos (refranes, dichos, chistes, dicharacho o doble sentido); (comunicación a través del síntoma, coreografía, o interacciones); tareas metafóricas (cartas, rituales, ensayos interaccionales y ordalías); objetos metafóricos (juegos, juguetes, amuletos, documentos terapéuticos); y metáforas artísticas (collage, esculturas, canciones, títeres).
<b>GUSTO</b>	Sabor, percibir la esencia, aroma, degustación, paladear, probar, saborear, tomar, prueba, consumir, salivar, digerir, etcétera.	Analogías, argumentos metafóricos breves o frases para ilustrar o enfatizar puntos específicos (refranes, dichos, chistes, dicharacho o doble sentido); (comunicación a través del síntoma, coreografía, o interacciones); tareas metafóricas (cartas, rituales, ensayos interaccionales y ordalías); objetos metafóricos (juegos, juguetes, amuletos, documentos terapéuticos); y metáforas artísticas (collage, esculturas, canciones, títeres).
<b>KINESTESIA</b>	Mover, desplazar, subir, bajar, menear, agitar, mezclar, sacudir, batir, trasladar, correr, lanzar, caer, escalar, volar, resbalar, agitar, reunir, caminar, marchar, expulsar, etcétera.	Analogías, argumentos metafóricos breves o frases para ilustrar o enfatizar puntos específicos (refranes, dichos, chistes, dicharacho o doble sentido); (comunicación a través del síntoma, coreografía, o interacciones); tareas metafóricas (cartas, rituales, ensayos interaccionales y ordalías); objetos metafóricos (juegos, juguetes, amuletos, documentos terapéuticos); y metáforas artísticas (collage, esculturas, canciones, títeres).

**Tabla 14.** Alternativas de intervención considerando la preferencia perceptiva.

Además de considerar el canal auditivo preferente, es importante, valorar los estilos de pensamiento con el que regularmente intenta resolver los problemas que se les presentan.

Lakoff y Johnson (2009) analizan con gran detalle el estudio de la metáfora, encontrando una relación entre esta y el pensamiento. Estos autores describen que una persona con un pensamiento analítico es alguien que tiene capacidad de introspección, síntesis y planeación, son muy centrados en la realidad tangible. El estilo emotivo se caracteriza por identificar y expresar los afectos y las emociones con facilidad. El estilo fantasioso posee un pensamiento mágico que le permite tener creencias supersticiosas, dar vida metafórica a objetos inanimados y aceptar el lenguaje figurado. El estilo aprehensivo se caracteriza por buscar intervenciones concretas, prácticas y directivas, son aquellos consultantes que piden sugerencias muy concretas. Basándome en esto, yo propongo las siguientes recomendaciones:

<b>ESTILO DE PENSAMIENTO</b>	<b>RECURSO METAFÓRICO</b>
<b>Analítico</b>	Historias largas utilizadas para la comprensión de situaciones clínicas complejas (cuentos, leyendas, otro tipos de historias); Anécdotas o historias cortas para el logro de objetivos específicos (fábulas, mitos, anécdotas del terapeuta); (comunicación a través del síntoma, coreografía, o interacciones); y tareas metafóricas (cartas, rituales, ensayos interaccionales y ordalías).
<b>Emotivo</b>	Analogías, argumentos metafóricos breves o frases para ilustrar o enfatizar puntos específicos (refranes, dichos, chistes, dicharacho o doble sentido); tareas metafóricas (cartas, rituales, ensayos interaccionales y ordalías); y objetos metafóricos (juegos, juguetes, amuletos, documentos terapéuticos).
<b>Fantasioso o mágico</b>	Anécdotas o historias cortas para el logro de objetivos específicos (fábulas, mitos, anécdotas del terapeuta); Analogías, argumentos metafóricos breves o frases para ilustrar o enfatizar puntos específicos (refranes, dichos, chistes, dicharacho o doble sentido); (comunicación a través del síntoma, coreografía, o interacciones); tareas metafóricas (cartas, rituales, ensayos interaccionales y ordalías); y objetos metafóricos (juegos, juguetes, amuletos, documentos terapéuticos).
<b>Nervioso o aprehensivo</b>	Historias largas utilizadas para la comprensión de situaciones clínicas complejas (cuentos, leyendas, otro tipos de historias); Anécdotas o historias cortas para el logro de objetivos específicos (fábulas, mitos, anécdotas del terapeuta); Analogías, argumentos metafóricos breves o frases para ilustrar o enfatizar puntos específicos (refranes, dichos, chistes, dicharacho o doble sentido); (comunicación a través del síntoma, coreografía, o interacciones); tareas metafóricas (cartas, rituales, ensayos interaccionales y ordalías); y objetos metafóricos (juegos, juguetes, amuletos, documentos terapéuticos).

**Tabla 15.** Alternativas de intervención según el tipo de pensamiento.

Con esta evaluación (del estilo de afrontamiento) se puede determinar la metáfora que mejor cumple las metas hacia la acción, la reflexión, o la expresión de emociones. Sin embargo, este trabajo puede quedar incompleto sino se entremezcla con el estilo propio del terapeuta para evitar que resulte artificial, forzado o poco auténtico. Sin importar el tipo de recurso que se emplee el compromiso entre terapeuta y consultante es fundamental para que se obtengan los resultados deseados.

Finalmente, basándome en lo anterior, propongo que para trabajar con niños o adolescentes algunas ideas útiles pueden ser:

EDAD	CARACTERÍSTICAS	RECURSO METAFÓRICO
Niños	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Juegos de movimiento con sus pares;</li> <li>⌘ Pensamiento funcional y/o concreto;</li> <li>⌘ Razonamiento deductivo e inductivo;</li> <li>⌘ Formación del sistema de representaciones;</li> <li>⌘ Ingreso a la escuela;</li> <li>⌘ Participación en distintos contextos; y</li> <li>⌘ Juego simbólico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuentos, historias y fábulas para ir de acuerdo al pensamiento mágico. Armendáriz (2002) propone que para niñas se pueden utilizar historias sobre princesas, mujeres o niñas, mientras que para los niños es mejor emplear protagonistas como guerreros, caballeros, hombres con gran fortaleza física o con rasgos similares a los del padre o figuras de admiración.</li> <li>▪ Con niños pequeños no es recomendable utilizar chistes, ya que difícilmente van a entenderlos, por su pensamiento concreto y sus dificultades para simbolizar.</li> <li>▪ La coreografía puede ser corregida o modificada con ayuda de muñecos o juguetes que sean significativos para el niño (objetos metafóricos).</li> <li>▪ Con niños de cualquier edad se pueden utilizar rituales, siempre y cuando, colaboren con su elaboración. De tal modo que les puedan dar un sentido.</li> <li>▪ Los juegos, juguetes y amuletos pueden hacer de la terapia un espacio de bienestar, contención y expresión de múltiples contenidos.</li> <li>▪ El trabajo con títeres y dibujos pueden mostrar tanto lo positivo como lo problemático, que no puede expresar el pequeño, por las limitaciones normales en el lenguaje.</li> </ul>
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌘ Maduración sexual;</li> <li>⌘ Formación de las primeras relaciones de pareja;</li> <li>⌘ Conductas de alto riesgo;</li> <li>⌘ Pensamiento abstracto;</li> <li>⌘ Razonamiento moral;</li> <li>⌘ Administración de tiempo;</li> <li>⌘ Elaboración de un plan de vida;</li> <li>⌘ Lucha por la independencia y autonomía;</li> <li>⌘ Separación emocional con los padres; y</li> <li>⌘ Vinculación social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Historias breves que reflejen la actualidad de los intereses e inquietudes del joven.</li> <li>▪ Las anécdotas del terapeuta deben ser contadas como un amigo para no caer en escalada.</li> <li>▪ Si el consultante lo permite se pueden usar los chistes, dicharachos, dobles sentidos y refranes como una herramienta que abra diferentes canales de comunicación. Depende de los valores que manejen los consultantes, puesto que se deben vivir como agredidos o violentados.</li> <li>▪ Con jóvenes los rituales que marquen el inicio de la adolescencia pueden resultar útiles no sólo para el paciente, sino para la familia, un ejemplo muy reforzado socialmente es la fiesta de “15 años”.</li> <li>▪ Los documentos terapéuticos deben ser diferentes a los que se les dan a los niños, desde el formato hasta el contenido, pero revisando siempre que sea algo agradable y útil para quien lo recibe.</li> <li>▪ Las canciones, esculturas y collage, generalmente, son mejor recibidos por el joven que otras actividades.</li> </ul>

**Tabla 16.** Alternativas metafóricas de intervención para niños y adolescentes.

Cualquier actividad o recurso metafórico que se emplee en terapia debe invitar y comprometer la colaboración del consultante y su familia en favor del grupo. El terapeuta debe respetar y aceptar los múltiples significados y sentidos que se le pueden atribuir a cada una de las intervenciones, así como cerciorarse (por medio de preguntas claras) de que cada actividad le esté siendo de utilidad para mejorar su vida.

### 3.4 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN.

#### 3.4.1 INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

“LA CONSTRUCCIÓN REPRESENTACIONAL DEL CAMBIO EN EL PROCESO TERAPÉUTICO SISTÉMICO DESDE TRES VISIONES”.

Desatnik Miechimsky, Ofelia.  
Monroy Sosa, Ana Verónica.  
Sandoval Espinoza Christian.

#### RESUMEN

El proceso de cambio implica una complejidad para el clínico, debido a que no existe una herramienta de evaluación que permita conocer la percepción acerca las modificaciones del mismo, y mucho menos, se cuenta con un instrumento aplicable a la familia consultante, al terapeuta y al supervisor. Es por ello, que en esta investigación se propone una alternativa para aproximarse al fenómeno del cambio y posteriormente planear la forma de intervención más adecuada. La muestra se conformó por 10 familias consultantes, 10 terapeutas y 6 supervisores. Se aplicó un cuestionario de 40 ítems, tipo likert, dividido en cuatro áreas de evaluación. El escenario fue la Clínica de Terapia Familiar de la FESI. Los datos se analizaron utilizando ANOVA One way y la prueba de medias repetidas. Se demostró que la familia consultante percibió mayores niveles del cambio, y que el área social fue la que se modificó en mayor nivel.

**Palabras clave:** Cambio, percepción, supervisor, indicadores del cambio y cuestionario de evaluación.

#### INTRODUCCIÓN

La *teoría sistémica* define socialmente a la psicoterapia como un contexto para la solución del problema, evolución y cambio (Watzlawick, Weakland y Fisch, 2007). El enfoque sistémico se sustenta en tres pilares teóricos: la teoría general de los sistemas de Bertalanffy (1998), la teoría cibernética (Papp, 1988) y la teoría de la comunicación humana de Watzlawick, Beavin y Jackson (2006).

*El sistema terapéutico.* A partir de estos antecedentes se decidió que el trabajo en Terapia Familiar incluiría un supervisor, un terapeuta, un equipo de supervisión y él o los consultantes. Todos ellos forman un sistema terapéutico (Aurón, Rubli, Franklin, Sánchez y Desatnik, 1995). La supervisión puede ser una palanca más en la dirección del cambio (Baringoltz, 2002). El objetivo del supervisor es motivar al terapeuta hacia el cambio, para que éste oriente a la familia hacia el mismo (Papp, 1988).

Otra meta del supervisor es dotar de guía y orientación teórica al terapeuta para promover los objetivos de cambio en el sistema (Aurón, Franklin, Sánchez, Rubli, y Desatnik, 1995).

El terapeuta carece de poder para cambiar o determinar la dirección del cambio. Además de que no tiene sentido si no es percibido por alguien más, de ahí la importancia de prestar atención al proceso de cambio (Mc Namee, 1996). Cabe resaltar que el cambio es percibido de distinta manera en cada miembro del sistema, como nos expone la cibernética de primer y segundo orden (Keeney, 1994).

**El proceso de cambio.** Watzlawick, Weakland y Fisch (2007) propusieron dos tipos de cambio. En el primero, cambio tipo 1, las reglas de relación son las mismas, por lo que el síntoma retornará en breve. Y en el segundo, cambio tipo 2, cambia la esencia del sistema. La relación del síntoma y el sistema se muestra en que se conectan, ya que al modificar uno no se puede evitar que se afecte el otro (Papp, 1988). De acuerdo con Baringoltz (2002), las realidades que surgen en terapia conducen a cambios cognitivos, afectivos y conductuales.

**Áreas de evaluación.** El *área ideacional* es la combinación de actitudes, supuestos, expectativas, prejuicios, convicciones y creencias procedentes de la familia de origen. Por lo que la percepción de problema, el interés por la causa y las posibles soluciones fallidas, se relacionan con el sistema de creencias (Papp, 1988). Según Dallos (1996), la visión acerca la presencia de problemas se encuentra basada en creencias y sistema de valores. El *área emocional* se refiere a la función y expresión de los sentimientos que influyen en otro miembro de la familia (Papp, 1988). El *área conductual* se debe entender como el conjunto de comportamientos específicos que sostiene el síntoma (Papp, 1988).

**Indicadores del cambio.** El indicador *personal*, cuando se presenta el cambio en una situación específica el paciente mismo es el que se percata de la disminución en su malestar que experimenta anteriormente (Papp, 1988). Esta vivencia puede ser manifestada y comprobada objetivamente. El indicador *familiar y de pareja*, afirma que la familia al manejarse como un sistema, propicia que cuando un miembro modifica su comportamiento provoca efectos en el resto de sus miembros (Papp, 1988). El indicador *social*, refiere que las situaciones vitales y el contexto social incide en el vínculo terapéutico y por lo tanto en el resultado (Baringoltz, 2002). Y el indicador psicológico, de acuerdo con Papp (1988)



comprende la visión subjetiva acerca el estado de las tres áreas (ideacional o cognitivo, emocional o afectivo y conductual) antes mencionadas.

*Aproximaciones previas.* Szprachman (2005) se propuso evaluar si los logros establecidos en la psicoterapia eran alcanzados al finalizar el tratamiento, para este objetivo se aplicó el Inventario de Evaluación de Logro por Objetivos en Psicoterapia en tres momentos (inicio, seguimiento y mantenimiento), se emplearon 726 aplicaciones del cuestionario. Los resultados mostraron que el instrumento es una herramienta válida y confiable para evaluar la evolución de los consultantes y el logro de objetivos de los mismos, además de que su aplicación servía como retroalimentación para el terapeuta.

Aurón, Franklin, Sánchez, Rubli y Desatnik (1995) propusieron un instrumento de evaluación que diera cuenta del proceso cognitivo y emocional que participa en el proceso terapéutico. El instrumento incluyó, la elaboración de un dibujo que representara el sistema terapéutico y una entrevista telefónica, cuál es la representación que el consultante tiene acerca la institución, el sistema terapéutico y el proceso, esto se comparó con las percepciones del terapeuta, además se exploraron las expectativas en torno a la terapia y los motivos para interrumpir el tratamiento. La muestra constó de 25 familias distribuidas en cuatro grupos (según el estado que presentaban: número de sesiones, cumplimiento de objetivos y cambios logrados) y un grupo de 15 terapeutas, se analizaron los dibujos elaborados por las familias y las entrevistas telefónicas en aquellas familias dadas de alta. A partir de ello se encontraron cambios estructurales y en el estado de ánimo, el número de sesiones determinó la percepción del logro o fracaso del proceso terapéutico, y por ello, de cambio o no, la interrupción de la terapia se produjo al aparecer cambios en la familia.

Castellanos, Guerrero y Vela (2007) investigaron acerca de las características de los usuarios y del servicio de la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, emplearon el expediente clínico como instrumento de evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad, así como las características del paciente (aspectos sociodemográficos, necesidades, quién solicita el servicio, ciclo vital, paciente identificado y el modelo teórico empleado). Se trató de una investigación no experimental transaccional descriptiva, los resultados demostraron que: que no hubo seguimiento de las familias, las familias dejaron de asistir antes del alta formal, sin embargo, se reportaron cambios importantes en

relación al motivo de consulta, esto no se observa en la manera en que se registran los expedientes en los escenarios clínicos.

***La clínica de terapia familiar de la FES Iztacala.*** En la Clínica de Terapia Familiar donde se tuvo la oportunidad y accesibilidad para realizar el estudio, se cuenta con el interés de desarrollar un nuevo abordaje para la evaluación del cambio dentro del proceso terapéutico. En dicha clínica se emplea el estilo de trabajo derivado del modelo de terapia sistémica (un supervisor, un terapeuta, un equipo de supervisión y la familia consultante). De acuerdo a la observación realizada, este trabajo pretende considerar al supervisor como un elemento que influye directamente dentro del sistema terapéutico para la producción del cambio, y cómo es que la percepción acerca la dirección de trabajo que lleva el terapeuta afecta en forma directa en la familia, esta idea está sustentada en la revisión de trabajos previos que se han orientado a explicar los aspectos relacionados con el vínculo terapéutico y no al papel del supervisor.

Los objetivos principales que se pretenden cubrir este trabajo son:

- ❖ Aportar una herramienta de trabajo para el psicoterapeuta especializado en terapia familiar que le permita identificar qué áreas e indicadores que se modifican en el transcurso del proceso terapéutico.
- ❖ Comparar los niveles obtenidos en las áreas de evaluación de la percepción del cambio en cada uno de los participantes (supervisores, terapeutas y consultantes).
- ❖ Identificar si existen diferencias en los niveles de las percepciones de los participantes del sistema terapéutico total. Dado que esta percepción influye en: la relación terapéutica, la evaluación de los cambios, la terminación de los procesos, que a su vez intervienen en la experiencia de consultantes y terapeutas de éxito o fracaso, de logro de objetivos que pueden llevar a que los cambios en el sistema continúen.
- ❖ Conocer qué indicador del cambio tiene un nivel mayor en relación al cambio psicoterapéutico. Partiendo de lo anterior surgen las siguientes preguntas: ¿en qué nivel percibe el cambio cada uno de los grupos?, ¿existen diferencias significativas entre los grupos respecto a la percepción del cambio?, ¿qué área de evaluación se modifica con el proceso terapéutico?, ¿qué indicador del cambio se modifica en el proceso terapéutico? y ¿cuál de los grupos presentará mayor nivel de cambio en el cuestionario de percepción del cambio en las 4 áreas de evaluación?

## MÉTODO

La presente investigación se trata de un diseño no experimental transversal de tipo descriptivo. Debido a que las variables no fueron manipuladas (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). Las hipótesis que se manejaron fueron de diferencia entre grupos a nivel descriptivo, ya que se buscó identificar similitudes y diferencias entre cada una de las percepciones e identificar si los indicadores de cambio se presentaron en cada uno de los grupos.

**Sujetos.** Se trató de una muestra de tipo no probabilística, el tamaño de la muestra comprendió 6 supervisores, 10 terapeutas, 10 familias consultantes. La muestra se conformó por sujetos voluntarios que acudieron a la Clínica de Terapia Familiar entre octubre 2008 y mayo 2009. Los criterios de inclusión fueron: estar en psicoterapia en la clínica de Terapia Familiar de la FESI, estar en la cuarta sesión de tratamiento, no se consideró edad o sexo, firmar la forma de consentimiento informado y participar voluntariamente. Cabe señalar que sólo se evaluó a la persona que solicitó el servicio, es decir, un miembro por cada familia consultante. Los criterios de exclusión fueron: haber suspendido el tratamiento terapéutico antes de su terminación, haber decidido no participar en la evaluación, no haber firmado la carta de consentimiento informado y aquellos casos en los cuales faltó alguno de los elementos del sistema terapéutico (supervisor, terapeuta o familia consultante).

**Escenario.** El espacio físico que se utilizó fue la Clínica de Terapia Familiar en la Universidad Nacional Autónoma de México en el campus Iztacala perteneciente a la División de Posgrado e Investigación del Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar.

**Aparatos.** El instrumento que se empleó para evaluar a la muestra fue un cuestionario que consta de 40 reactivos divididos en 4 áreas de evaluación, incluye 5 opciones de respuesta tipo likert. Este cuestionario contiene tres formas paralelas (A, B y C): una para el supervisor, una para el terapeuta y una para la familia consultante. La *forma A* dirigida a evaluar la forma en que el supervisor percibe el cambio terapéutico que ocurre en la familia. La *forma B* administrada a evaluar la percepción del terapeuta acerca del cambio terapéutico en la familia. La *forma C* para evaluar la percepción que la familia tiene acerca si misma acerca del cambio terapéutico (ver Anexo 2).

**Variables.** La definición conceptual de las variables que se tomaron en cuenta es:

- ❖ *Cuestionario de evaluación.*- herramienta formada por un conjunto de preguntas que deben estar redactadas de forma coherente, clara, organizada, secuenciada y estructurada de acuerdo con una determinada planificación, con el fin de que sus respuestas puedan ofrecer información que se precisa en relación a un tema del que se intenta obtener datos que nos permitan hacer una valoración del sujeto que se está evaluando.
- ❖ *Personal.*- esta área describe aspectos que arrojan información acerca de la percepción de sí mismo.
- ❖ *Familia/pareja.*- está enfocada a conocer aspectos y datos que se relacionan con situaciones que implican al sistema familiar, por ejemplo la interrelación entre los miembros y la relación de pareja. Así como, situaciones que involucran la convivencia entre los miembros que la integran.
- ❖ *Social.*- comprende la forma que adopta el sistema global de las relaciones entre individuos; además de conocer de qué manera se interrelacionan los sujetos en una sociedad e incluye los aspectos que involucran al ámbito laboral del sujeto.
- ❖ *Emocional/psicológico.*- ésta área describe la forma en que el sujeto siente y experimenta su mundo interno, sus estados anímicos y su contenido afectivo.
- ❖ *Percepción del cambio.*- describe la forma en que el organismo capta, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno enfocado a identificar las modificaciones en si mismo y/o a su alrededor. Consiste en detectar alguna modificación en la interpretación acerca de lo interno o lo externo.
- ❖ *Indicador del nivel de cambio.*- es una medida que da referencia a la cantidad o magnitud de un conjunto de parámetros o atributos de un patrón. Permite ubicar o clasificar las diferencias entre quienes intervienen en el proceso del cambio (en supervisores, terapeutas y familias consultantes). Los indicadores son unidades de información que señalan lo que está ocurriendo en las diferentes áreas de evaluación de la percepción del cambio. Un indicador con puntuación alta significa una mayor percepción en el cambio producido por la intervención terapéutica.

La definición operacional de cada variable es:

- ❖ *Cuestionario de evaluación:* Es un documento en papel que contiene una serie de enunciados pertenecientes a un tema específico, se encuentra subdividido en 4 secciones o categorías (áreas

de evaluación), cada una con diez enunciados e incluye 5 posibilidades de respuesta para cada afirmación.

- ❖ *Personal*: Son aquellas afirmaciones que se relacionan a la salud física, bienestar y necesidades de un solo miembro del sistema, generalmente la persona que solicita el servicio o el consultante que responde el cuestionario.
- ❖ *Familia y pareja*: Son aquellas afirmaciones que eluden al vínculo, comunicación, interacciones y realidades entre dos o más personas pertenecientes al mismo sistema familiar.
- ❖ *Social*: son las afirmaciones que surgen de la convivencia de un miembro con alguien que pertenece a otro sistema familiar, es decir, del exterior del sistema, (por ejemplo; con vecinos, compañeros del trabajo, o miembros de un club o grupo social).
- ❖ *Emocional/psicológico*: son las afirmaciones que se relacionan con la vida psíquica de una persona, y su mundo interno, en cuanto a emociones, sentimientos, sensaciones, comportamientos y forma en que se da la interpretación del mundo y la realidad.
- ❖ *Indicador del nivel del cambio*: es una guía que permite comprobar los niveles de cambio y sus variaciones al modificar los puntajes obtenidos en el cuestionario de evaluación del cambio.

**Procedimiento.** Se aplicó cada forma del Cuestionario de Percepción del Cambio al finalizar la cuarta sesión del tratamiento tomando en cuenta el papel que ejercía cada uno de los involucrados. Se les dio la forma correspondiente con el fin de evaluar su percepción acerca el mismo fenómeno. Se les recordó la instrucción de responder la opción que describiera de mejor modo su perspectiva acerca los hechos acontecidos.

**Formación de grupos.** Los grupos se conformaron considerando el papel que cada participante realizaba dentro del proceso terapéutico. Los supervisores siempre trabajan observado y emitiendo comentarios acerca la sesión. Se les pidió que no tomaran en cuenta el trabajo del terapeuta, al responder el cuestionario, sino el comportamiento de la familia atendida. Los terapeutas que se evaluaron fueron aquellos que están trabajando en el mismo caso que el supervisor. Se les pidió que respondieran en relación a lo que han visto en la familia que acababan de atender. La familia consultante respondió el cuestionario tomando como referente su propia situación familiar.

## RESULTADOS

Los siguientes resultados se obtuvieron a través de 26 aplicaciones del Cuestionario de Percepción del Cambio, de las cuales seis fueron contestados por supervisores, diez por terapeutas y diez por un representante de la familia consultante.

La siguiente tabla expone las medias por grupo en cada una de las áreas de evaluación:

ÁREAS	SUP.	TER.	CONS.
PERSONAL	16.83	16.7	22
FAMILIAR	16.67	15.1	19.9
SOCIAL	19.5	17.9	21.2
EMOCIONAL/ PSICOLÓGICO	17.67	14.7	20.1

Tabla 17. Medias de cada grupo por área de evaluación.

**Estadística.** El tratamiento estadístico que se le dio a los datos obtenidos consistió en un análisis de varianza ANOVA One way. Se encontró de forma global que no existe diferencia entre grupos acerca la percepción de cambio en cada uno de los factores o áreas de evaluación.

**Resultados.** Al realizar la comparación de los puntajes obtenidos por cada sujeto dentro de su mismo grupo, se encontró que hubo efectos significativos en cada una de las áreas de evaluación. A continuación se describen los resultados más relevantes que se encontraron en la presente investigación acerca la percepción del cambio:

Las familias consultantes (grupo 3) obtuvieron puntajes mayores en el cuestionario que las que obtuvieron el resto de participantes. En segundo lugar, los terapeutas reportaron mayor cambio en relación a las familias que se encuentran atendiendo. Y finalmente, los supervisores obtuvieron menor puntaje relacionado a la familia que supervisan en la clínica. Esto significa que las familias poseen mayor percepción acerca los cambios producidos por la psicoterapia.

El área de evaluación que presentó mayor nivel en los indicadores del cambio fue la *social*, de forma general. A partir de ello podemos inferir que cuando se presenta el cambio es más probable que lo

perciben en las relaciones hacia el exterior antes que en cualquier otra área y muchas veces lo reconocen a través de los comentarios de las personas que se encuentran fuera del sistema familiar (amigos, vecinos, conocidos y compañeros de trabajo).

Así mismo, se encontró que en las otras áreas de evaluación (personal, familia y pareja y emocional/psicológica), los cambios percibidos se hallaron en el mismo nivel, por lo tanto se infiere que dentro del tratamiento terapéutico esas áreas de comportamiento se modifican al mismo tiempo que evoluciona el mismo.

## DISCUSIÓN

Como primer punto, el presente estudio sirvió para dar a conocer la utilidad de poseer un cuestionario que permita identificar las modificaciones que se dan en el sistema después de iniciar un tratamiento terapéutico. El cual posibilitará que el terapeuta familiar cuente con una herramienta de evaluación, no sólo de las modificaciones del sistema, sino de su actuación para que estos cambios se den. Además de obtener indicios acerca las áreas que falta trabajar para que el síntoma disminuya o, en el mejor de los casos, desaparezca. Otra de las aportaciones que arrojó esta investigación es la creación de una herramienta que permite evaluar por áreas el cambio, consiguiendo una calificación global, de cómo surge y cómo se comporta el sistema en cada una de las áreas.

Se encontraron trabajos que hacen referencia al proceso de cambio, considerando únicamente la relación entre el terapeuta y la familia consultante, sin embargo, una contribución teórica-metodológica que posee la presente investigación radica en que se integra una visión global partiendo de una forma de trabajo donde la familia consultante tiene la oportunidad de evaluar su propio proceso. A partir de la presente investigación podemos considerar de suma importancia realizar una posterior réplica en donde se aplique una línea base y una aplicación a la cuarta sesión para conocer cómo pueden variar los resultados a través del proceso terapéutico. Además de lograr mayor cantidad de datos que podrían explicar la deserción o suspensión del tratamiento terapéutico y otros fenómenos que se dan en la práctica clínica.

En resumen, encontramos que el grupo 3 (familia consultante) fue el que obtuvo mayor nivel en la percepción del cambio terapéutico; el área social fue el área que se modificó con mayor puntaje durante el proceso de evaluación; y las medias del grupo 3 fueron superiores que las obtenidas en el resto de los grupos. Por otro lado, algunas de las similitudes que se encontraron en aquellas familias que llegan a psicoterapia, son que estas requieren una modificación en corto plazo, de ahí que se muestren tan cooperadoras y comprometidas con su propio cambio. Esto facilita que reporten mayores cambios que el terapeuta y el supervisor. La bibliografía marca que el terapeuta es el que se muestra más optimista y más perceptivo para detectar los cambios, sin embargo, al menos en esta investigación, se demostró que no fue así, porque la familia reportó cambios significativos en su situación actual a diferencia de los que refirió el terapeuta. Esto puede deberse a que el terapeuta debe mantener una postura objetiva sin exagerar cambios o subrayar modificaciones que aun no se presentan, y así forzar el cambio. El supervisor, por su parte, fue el grupo que obtuvo la menor percepción de cambio durante el proceso terapéutico. Esto es una aportación muy valiosa por dos motivos: el primero, porque es la primer investigación realizada en la Clínica de Terapia Familiar de la FESI que lo considera como participante de un estudio; y el segundo, porque muchas veces se piensa que la intervención del supervisor es determinante en la presencia o ausencia de las modificaciones en el comportamiento de la familia consultante. Por lo que respecta a los puntajes bajos pueden deberse a que el supervisor, al contar con mayor experiencia clínica acerca las recaídas (reaparición de la queja que los llevó a solicitar la consulta terapéutica) que puede sufrir la familia consultante, tenga mayores reservas para reportar cambios.



### 3.4.2 INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

#### “LA PERCEPCIÓN DEL CAMBIO EN PSICOTERAPIA SISTÉMICA”.

Desatnik Miechimsky, Ofelia.  
Monroy Sosa, Ana Verónica.  
Sandoval Espinoza, Christian.

#### RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo recuperar algunas frases de las 6 actas de sesión de terapia familiar pertenecientes a un proceso terapéutico completo, los fragmentos que se retomaron fueron aquellos que se relacionaban a la percepción del cambio. Las actas pertenecían a una sola familia que asistió a la clínica de terapia familiar de la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Las categorías que se formularon fueron: conductual, cognitivo y afectivo, a partir de ellas se analizó el discurso escrito para seleccionar qué categoría fue la que pudo reflejar de mejor manera el cambio en la familia con la que se trabajó. De este proceso se encontró que la primer área que se modificó fue la conductual, después la afectiva, y por último la cognitiva.

#### INTRODUCCIÓN

Esta investigación nació por el interés de continuar la exploración acerca la percepción del cambio desde una metodología cualitativa, con el fin de cotejar los resultados obtenidos en una investigación previa con corte cualitativo. La relevancia de este trabajo radica en realizar un método alternativo para ubicar cuál de las tres áreas propuestas por Baringoltz (2002) se presentan en el discurso escrito de un terapeuta familiar sistémico.

**El cambio.** Para adentrarnos en el tema es necesario saber que Watzlawick, Weakland y Fisch (2007), mencionan que el objetivo de la terapia familiar es producir un cambio o solucionar un problema. Los mismos autores propusieron dos tipos de cambio: Cambio tipo 1.- Las reglas de relación son las mismas, por lo que el síntoma retornará en breve. Cambio tipo 2.- Cambia la esencia del sistema. Es decir, una variación que se produzca en el concepto que la familia tiene de sí misma y de sus problemas (Dallos, 1996).

**Categorías de análisis.** Dallos (1996) afirma que el *construccionismo social* intenta comprender cómo la persona construye la realidad interna y externa. Por lo tanto, la terapia es un facilitador que propicia los cambios en la acción (conductual) y la construcción (ideacional y emotivo).

De acuerdo con Baringoltz (2002), las realidades que surgen en terapia conducen a cambios cognitivos, afectivos y conductuales. Estas son:

1. *Cognición.*- es la combinación de actitudes, supuestos, expectativas, prejuicios, convicciones y creencias procedentes de la familia de origen.
2. *Afecto.*- se refiere a la función y expresión de los sentimientos que influyen en otro miembro de la familia.
3. *Conducta.*- se debe entender como el conjunto de comportamientos específicos que sostiene la problemática.

## MÉTODO

**Metodología.** Se trata de un estudio con enfoque cualitativo, basado en el análisis del discurso escrito, el cual intenta mostrar qué cambios reporta la familia consultante a lo largo del proceso terapéutico.

**Sujetos.** Los participantes fueron una familia constituida por el padre, la madre y dos hijas (una adolescente y otra en etapa de la infancia). La familia asistió a terapia familiar durante 5 sesiones. Esta familia fue atendida directamente por una compañera del equipo terapéutico, su nombre es Selene Domínguez Boer. Los participantes fueron seleccionados debido a que eran los consultantes con mayor número de sesiones y con elementos en su discurso que podían ubicarse en nuestras áreas de interés (cognitiva, conductual y afectiva).

**Escenarios.** Las sesiones tuvieron lugar en la clínica de terapia familiar de la Facultad de Estudios superiores de Iztacala.

**Material.** Para desarrollar esta investigación fue necesario contar con: 6 actas de sesión (1 de entrevista telefónica y 5 de seguimiento), los 5 videos de sesión, el programa de computación llamado “Atlas Ti” en su versión, hoja de consentimiento informado de la familia para ser video grabada y una computadora compatible con Windows XP.

**Procedimientos.** Una vez que se contó con las actas de sesión, se procedió a anexarlas al programa Atlas Ti, después se fueron detectando los momentos del relato en donde el terapeuta subrayaba

situaciones nuevas en el discurso de la familia, enseguida se marcaron los fragmentos en que la familia pudo referir elementos distintos en su interacción.

Los pedazos del discurso fueron enlazados a las tres categorías principales de análisis, es decir, cognitivo, conductual y afectivo. Posteriormente se elaboraron las siguientes subcategorías:

- Cognitivo: Pensamiento, creencia, motivaciones, intenciones, deseos y expectativas.
- Conductual: Acción física, intención de actuar, lenguaje no verbal y lenguaje verbal.
- Afectivo: Sentimiento, emoción, expresión de sentimientos y expresión de emociones.

## RESULTADOS

**Resultados.** A partir de esto se obtuvo la categoría que presentaba mayor número de ligas con frases específicas, se encontró que para la familia la conducta fue la que se reportaba como el primer aspecto perceptible del cambio. Enseguida, la categoría de afecto, tuvo vínculos con pedazos del discurso. Finalmente, los elementos relacionados con la cognición tuvieron lugar en el reporte de la familia.

La terapeuta tuvo mayor número de intervenciones que resaltaban el contenido afectivo, después el contenido cognitivo y por último lo conductual.

## CONSIDERACIONES

La percepción que tuvo la familia consultante difirió con respecto a la reportada por la terapeuta. Esto puede estar relacionado al estilo terapéutico preferido del terapeuta principal. Posiblemente esto podría ser discriminado si se contara con la información obtenida de la supervisión y del equipo terapéutico, ya que se podrían ampliar las categorías de análisis.

La bibliografía nos dice que las tres categorías cambian durante el proceso terapéutico, sin embargo no nos marca si alguna de ellas es más susceptible a cambiar en cada momento del proceso.

La réplica de éste trabajo favorecería tanto al contraste de resultados, como para mostrar si es necesario agregar alguna otra categoría o subcategoría de análisis.

### **3.5 Presentación de productos tecnológicos.**

**3.5.1.1 Video del modelo estructural.** Se realizó un video para el seminario del modelo estructural de Salvador Minuchin, para su elaboración fue necesario que el equipo de supervisión participara como guionistas, directores, editores y actores del mismo. Se pusieron en práctica tanto los conocimientos del curso, las habilidades para llevar a cabo un rol playing, la capacidad de ejemplificar situaciones cotidianas en las cuales las personas se puedan ver reflejadas e identificadas y sobretodo mejorar el trabajo en equipo, pieza clave para su grabación.

El video comprende las tres principales técnicas de intervención, esto es: *cuestionamiento del síntoma*, *cuestionamiento de la estructura* y *cuestionamiento de la realidad*. Cada una de éstas posee la descripción de todas y cada de las técnicas específicas que se emplean para abordar estos cuestionamientos. Por ejemplo, al cuestionar el síntoma usamos reencuadre, enfoque, intensidad, iluminación, escenificación; para cuestionar la estructura utilizamos ignorar, fronteras, desequilibramiento y complementariedad; y al cuestionar la realidad empleamos consejo profesional, constructos cognitivos, paradojas y lados fuertes, por mencionar solo algunos.

**3.5.1.2 Video del modelo estratégico.** El video elaborado para el seminario de Terapia Estratégica incluyó: antecedentes del modelo, los principales representantes y sus aportaciones, las etapas que se deben seguir en la entrevista inicial y la actuación de las intervenciones propias del modelo. Las intervenciones que se representaron se dividen en dos grupos. La primera, las directivas directas que dirige el terapeuta al cliente; y el segundo grupo, las llamadas directivas indirectas, las cuales se subdividen en: metafóricas, paradójicas y ordalías.

Al igual que los demás videos fue necesario que el equipo de supervisión filmara empleando como localidad la clínica de terapia familiar de la FES Iztacala. Para su realización, el equipo, se organizó para pensar distintas situaciones terapéuticas en donde se pudieran aplicar cada una de las intervenciones, después dos miembros del equipo se avocaron a la edición, grabación, reproducción y entrega del video.

**3.5.1.3 Video del modelo de terapia breve centrado en el problema.** El video fue video grabado en la cámara de gesell de la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, constó de 9 pequeños videos que mostraban una serie de problemáticas, las cuales eran atendidas con ayuda de las intervenciones propias del modelo de terapia breve centrado en los problemas.

Este video contiene: los fundamentos históricos del modelo, sus orígenes teóricos (el pensamiento constructivista, las ideas de Milton Erickson y los postulados de Bateson), sus principales representantes (Weakland, Jackson, Watzlawick y Fisch; 2007), sus premisas básicas, las 5 etapas de intervención y la dramatización de las intervenciones (principales y generales).

A diferencia del resto de videos, fue grabado en una sola toma, reduciendo el tiempo necesario para poder editarlo, grabarlo y dejarlo terminado.

**3.5.1.4 Video del modelo de terapia breve enfocado en las soluciones.** Se realizó un video, de forma grupal, con las principales intervenciones del Modelo de Terapia Breve enfocado en las Soluciones. Para tal efecto, se utilizó como escenario la casa de una de las compañeras del equipo, una cámara de video y un guión escrito con antelación. Se prosiguió a escenificar de manera clara cuáles son las palabras, preguntas o frases que se aplican con objetivos terapéuticos. Posteriormente, se continuó con la edición del video, esto incluía: láminas con información teórica, efectos en el cambio de escena, créditos y musicalización. Una vez concluido el proceso, se reprodujo una copia del material audiovisual para cada miembro del equipo, y una copia más para la docente responsable del taller.

### **3.5.2 Desarrollo y presentación de programas de intervención comunitaria.**

**3.5.2.1 Comunicación no violenta.** A menudo, no reconocemos nuestra propia violencia, porque ignoramos que la tenemos, suponemos que no somos violentos, porque nuestra concepción de la violencia está asociada a imágenes de peleas, palizas, asesinatos, atentados y guerras. El tipo de cosas que las personas comunes no hacen. Sin embargo, en la vida cotidiana, hechos como el criticar, juzgar, ignorar, discutir es un tipo de violencia pasiva que acaba por generar ira en la persona que la sufre, por lo tanto como individuo, responde también con violencia. Pese a que quizá no consideremos violenta nuestra actitud al hablar, a menudo nuestras palabras ofenden o hieren no sólo a los demás, sino también a nosotros mismos.

Como menciona Rosenberg (2008) la “violencia pasiva” es el combustible que alimenta el fuego de la violencia física (pág. 14). Este autor desarrolló un modelo que busca que las personas se comuniquen entre sí de manera efectiva y empática, al cual llamó “Comunicación no Violenta” (CNV). La CNV nos orienta para reestructurar la forma de expresarnos y escuchar a los demás. La propuesta de Rosenberg se focaliza en 4 componentes: el primero, la observación; el segundo, expresión de los sentimientos; el tercero, expresión y satisfacción de las necesidades; y el cuarto, elaboración de la petición.

1. *La observación.* Evaluación versus descripción. Este primer componente implica la separación entre descripción y evaluación. Necesitamos observar aquello que vemos, oímos o tocamos y que puede afectar nuestro bienestar, sin mezclarlo con una evaluación. Sin embargo, si mezclamos la evaluación con la descripción reduciremos la posibilidad de que la otra persona entienda lo que pretendemos transmitirle. En lugar de ello, recogerá la crítica y se resistirá a lo que estamos diciendo. Cuando evaluamos utilizamos juicios moralistas (está bien o mal, debe ser..., él sí se lo merece, etc.), adjetivos calificativos (burro, inteligente, anormal, normal, responsable, irresponsable, etc.) y comparamos a las personas (Luis es mejor que Pablo).
2. *Identificar y expresar sentimientos.* El segundo paso es expresar cómo nos sentimos. Un punto a resaltar es que cuando queremos expresar sentimientos se nos presenta la dificultad de poseer poca claridad de cómo nos sentimos, ya que habitualmente no solemos tomar conciencia de los sentimientos que manifestamos inconscientemente ante diversas situaciones, dando por resultado la confusión entre lo que sentimos, pensamos y actuamos, aunado a la imposibilidad de transmitirlo a otra persona. También es útil diferenciar las palabras que describen lo que creemos que hacen las

personas que nos rodean y aquellas que describen sentimientos reales. En el caso de los sentimientos es importante que no culpemos a los otros (personas, animales, fuerzas poderosas, normas, reglas, grupos, roles, etc.) acerca lo que estamos sintiendo, al culpar a los otros negamos nuestra responsabilidad. Asumir la responsabilidad de nuestros sentimientos implica reconocer que tenemos la posibilidad de elegir, es decir, significa que aceptamos que nosotros decidimos hacer lo que hacemos; en este punto también es necesario aclarar que de la misma forma en que los otros no son responsables de lo que yo hago o siento, yo tampoco soy responsable de lo que los otros hacen o sienten.

3. *Expresión de nuestras necesidades.* La CNV potencia nuestra conciencia de que aquello que hacen o dicen los demás puede ser el estímulo, pero nunca la causa, de lo que sentimos. Nuestros sentimientos son el resultado de cómo elegimos tomarnos lo que dicen y hacen los demás, y también de nuestras necesidades y expectativas de ese momento. Este tercer punto es una invitación a aceptar la responsabilidad de lo que hacemos y que genera lo que sentimos, cuando alguien nos transmite un mensaje negativo tenemos tres opciones con respecto a la manera de recibirlo: el primero, es de manera personal; la segunda opción, es echarle la culpa al otro; y la tercera opción, es hacer que brille la luz de nuestra conciencia para ver claramente nuestros sentimientos y necesidades. Por último, la cuarta opción, consiste en iluminar por medio de la conciencia los sentimientos y necesidades de la otra persona según ella los exprese. Todos los juicios, críticas e interpretaciones que hacemos de los demás, son expresiones de nuestras propias necesidades.
  
4. *Elaboración de peticiones.* Este último componente del proceso de CNV se ocupa de lo que nos gustaría pedirles a los demás para enriquecer nuestra vida. Cuando nuestras necesidades son insatisfechas, nos atenemos a la expresión de lo que observamos, sentimos y necesitamos con una petición específica: acciones que pueden satisfacer nuestras necesidades. En primer lugar, utilizamos un lenguaje de acción positiva, es decir, expresamos lo que pedimos, no lo que NO PEDIMOS. En la elaboración de peticiones conviene evitar frases de sentido vago, abstracto o ambiguo, y formularlas en forma de acciones concretas que los demás puedan realizar. Utilizar un lenguaje de acción claro, positivo, concreto, revela lo que verdaderamente queremos. Por otro lado, el uso del lenguaje vago o abstracto suelen enmascarar juegos interpersonales opresivos. Además las peticiones que no vienen acompañadas de los sentimientos y necesidades pueden parecer exigencias. Al comunicar nuestra

petición, cuanto más claramente manifestemos lo que queremos, más probable será que lo obtengamos.



Foto 10. Material del taller de CNV.



Foto 11. Participantes del taller de CNV.

## RESEÑA DEL TALLER

La idea de realizar un taller que retomara el modelo de “comunicación no violenta” surgió de las profesoras de la asignatura “Modelos de intervención 2”, ellas fueron la Doctora María Suárez Castillo y la Maestra Ofelia Desatnik Miechimsky. Después de esa sugerencia, nos pusimos a trabajar todos los terapeutas del equipo de supervisión: Ana Verónica Monroy Sosa, Iliana Riquelme Sáenz, Juan Manuel Montiel Génova, Selene Domínguez Boer, y yo (Christian Sandoval Espinoza), para implementarlo en alguna escuela de educación básica.

El taller se llevó a cabo en la Escuela Secundaria Diurna No. 69, “Martín V. González”, tuvo una duración de 6 horas y se dirigió a alumnos del tercer grado. Al enterarnos de que la población a la que dirigiríamos el taller serían adolescentes de tercer grado de secundaria, pensamos que quizá podrían mostrarse renuentes a participar a lo largo del taller, o a representar algún diálogo frente a sus compañeros, incluso a utilizar las diademas de jirafa y chacal, por la propia etapa de desarrollo en la que se encuentran.

Consideramos que la impartición de talleres con temáticas de comunicación a la población adolescente resulta indispensable, ya que los chicos se encuentran atravesando una etapa en la que les resulta de mucha utilidad adquirir herramientas que les permitan hablar con sus familiares, en especial con sus padres, y amigos de forma clara y asertiva, con lo cual podrían alejarse de situaciones de riesgo (ver anexo 3).



Dentro de la formación como terapeuta familiar es necesario poder adquirir la experiencia que da el trabajo comunitario, puesto que es una experiencia que ayuda a ampliar el panorama de intervención y nuestra visión sobre distintos contextos de donde provienen los consultantes. A partir de esto, mi equipo de trabajo y yo, nos involucramos en un programa de seguridad comunitaria y talleres dirigidos a padres y adolescentes, los cuáles describiré a continuación con mayor detalle.

**3.5.2.2 Programa “Seguridad Comunitaria Tacubaya”.** Con el objetivo de desarrollar habilidades de trabajo comunitario. Se llevó a cabo un programa de intervención dirigido por la Maestra Laura Edith Pérez Laborde y la asociación llamada “Convivencia Joven”, el cual tuvo como objetivo disminuir la violencia social de las colonias más marginadas de la delegación Miguel Hidalgo del D. F. Como parte del programa se nos organizó para contactar a los líderes comunitarios (identificados previamente mediante un diagnóstico de necesidades vecinales). Una vez contactados, se trabajaba en colaboración al equipo de psicólogos con el fin de interesar a los vecinos de cada colonia para impartir, o bien, recibir cursos gratuitos que abarcaban: deportes, danza, manualidades, talleres de temas informativos (como ansiedad, calidad de vida, tercera edad, entre otros). Además de recorrer en grupo, diariamente, las calles de cada colonia portando un silbato que sería utilizado en caso de ser testigo o víctima de un delito, y así pedir ayuda.

El plan vecinal incluía una actividad al aire libre (de manera mensual), ésta sería organizada inicialmente por el equipo de psicólogos, para que posteriormente quedara como tradición comunal. Cuando se llevó a cabo, se ofrecieron juegos de mesa, torneos de ajedrez, básquet y fútbol, clases de “zumbaé” y danza azteca-chichimeca y un rally para niños de 4 a 11 años de edad.

**3.5.2.3 Taller “Respondiendo a las necesidades de los alumnos para aumentar el desempeño académico” en el CCH Sur.** Esta idea nació a raíz de identificar que los alumnos con bajo rendimiento académico (especialmente en la asignatura de Matemáticas) estaban presentando problemas de relación, comunicación, interacción, expresión y manejo de sus afectos y conductas de riesgo. De este modo se pensó en realizar sesiones de intervención que fortalecieran sus

habilidades de afrontamiento y resolución de conflictos. Esta serie de talleres estuvieron conducidos por la Maestra Carolina Rodríguez González. Se realizaron dos versiones del taller: una para padres (la cual estaba atendida por la Maestra Carolina) y la otra para alumnos del CCH Sur (atendida directamente por Ana Verónica Monroy, Juan Manuel Montiel, Selene Domínguez y Christian Sandoval). Durante 6 sesiones se trabajaron las emociones dolorosas, la comunicación, el contacto con las emociones propias, los sentimientos enmascarados, las estrategias defensivas ante el dolor y el duelo. Al final del semestre se pudo notar un cambio significativo entre los alumnos que habían tenido el espacio para trabajar sus preocupaciones y los que no participaron.

La intervención con padres consistió en reconocer las situaciones estresantes o sufrientes vividas recientemente; apoyándose en el grupo de participantes y en el equipo terapéutico con el fin de provocar un “cambio de tipo II” en la percepción de los problemas, y así, mejorar las relaciones en casa. El proceso de los jóvenes estuvo dirigido a: la identificación de sus emociones (positivas, negativas o ambivalentes); reconocer las estrategias con las que logran enmascararlas; ubicar las razones por las cuales no se vinculan satisfactoriamente con sus padres, hermanos y compañeros. De tal suerte que se modificaran las pautas relacionales en casa y escuela de forma sistémica (ver anexo 3).

En las siguientes imágenes encontramos un par de artículos publicados en la Gaceta del CCH, los cuales hablan de algunos de los logros que se consiguieron:



Foto 12. Gaceta del CCH Sur 3 de mayo del 2010.



Foto 13. Gaceta del CCH Sur 19 de mayo del 2010.

### **3.5.3 Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo clínico y de investigación.**

**3.5.3.1 Congreso Nacional de Terapia Familiar: “Ser, estar y trascender”.** Este congreso fue organizado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar A. C., la sede fue la ciudad de Querétaro, Qro., del 14 al 17 de noviembre del 2008, participé como asistente (ver anexo 3).

**3.5.3.2 Diplomado en “Terapia Familiar Sistémica”,** la presencia fue como asistente, el inicio del diplomado fue de enero a diciembre de 2008, la sede fue el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (ver anexo 3). En este se revisaron los fundamentos básicos de cada uno de los modelos de intervención sistémicos y post-modernos.

**3.5.3.3 3er. Curso taller para cuidadores de personas envejecidas frágiles,** con la ponencia acerca “*Proceso de muerte*”, con sede en la Clínica de Medicina Familiar de Tlalnepantla del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el día 20 de noviembre del 2008 (ver anexo 3).

**3.5.3.4 III Congreso Internacional de la Sociedad Cubana de Psicología y VIII Taller Internacional de Psicología Latinoamericana y del Caribe,** cuya sede fue el hotel Meliá de Santiago de Cuba, realizado del 6 al 10 de abril del 2009. Participé con la investigación cuantitativa “*La Construcción Representacional del Cambio en el Proceso Terapéutico Sistémico desde Tres Visiones*”. La asistencia a tal congreso fue en calidad de ponente y de asistente (ver anexo 3).

**3.5.3.5 III Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología.** Se llevó a cabo el 4 y 5 de agosto del 2009 en las instalaciones de la FES Zaragoza. Ahí se presentó una ponencia titulada “*La construcción representacional del cambio en psicoterapia*”.

**3.5.3.6 XXVIII Coloquio de Investigación de la FES Iztacala.** Se expuso el trabajo titulado “*la percepción del cambio terapéutico en consultantes, terapeutas y supervisores*”, fue celebrado del 25 al 27 de agosto del 2009, se realizó un recorrido teórico acerca los autores que se han interesado por observar y evaluar el cambio posterior a un tratamiento psicológico (ver anexo 3).

**3.5.3.7 III Congreso Latinoamericano de Psicología ULAPSI 2009.** Se preparó una exposición crítica acerca “*el proceso de cambio y sus consecuencias*”, en la UAM-Xochimilco, del 9 al 11 de septiembre del 2009. En este caso nos propusimos el objetivo de discutir y reflexionar acerca del papel que cada elemento del sistema terapéutico juega, al trabajar desde una visión sistémica (ver anexo 3).

**3.5.3.8 1er. Congreso Internacional de Terapia Breve: Individuo, Pareja y Familia “El Cambio que transforma” del Centro Especializado en la Familia y Pareja (CEFAP).** Se participó como asistente al taller del pre-congreso y al congreso en la ciudad de Guadalajara, Jalisco los días 30 y 31 de octubre y 1 de noviembre del 2009. El material revisado en múltiples talleres se fundamenta en los modelos: Narrativo, Hipnosis Ericksoniana, MRI, Estratégico y Terapia Breve enfocada a las Soluciones. Se obtuvieron técnicas interesantes para desarrollar el trabajo con parejas, principalmente.

**3.5.3.9 Primer Encuentro Internacional de Psicoterapia.** Se participó en calidad de asistente en la ciudad de Chihuahua, Chih., del 6 al 9 de octubre del 2009. Los contenidos que incluyó el programa fueron: epistemología (Humberto Maturana), modelo narrativo (David Epston y Mary Carey), modelo estratégico (Cloe Madanés y Giorgio Nardone), modelo Milán (Evan Imber-Black) e Hipnosis Ericksoniana (Goefrey Zeigh) enfocado primordialmente para intervenir en casos de violencia, alteraciones alimentarias y secretos familiares (ver anexo 3).

**3.5.3.10 Entrevista en el CCH Azcapotzalco.** Se realizó una entrevista grupal con los residentes de Terapia Familiar de la FESI, de la octava generación, y con la Responsable de la Residencia (la

Maestra Ofelia Desatnik), por parte de la Gaceta Interna de Iztacala y de la Gaceta del CCH Azcapotzalco, su objetivo fue explicar en términos simples cuál es el proceso de canalización, intervención y actividades que se emplean con las familias de los alumnos del CCH que solicitan consulta. Se trataron temas como: el número de casos atendidos, motivos de consulta más frecuentes, dificultades terapéuticas y aprendizajes obtenidos (como terapeuta, equipo y persona).



**Foto 14.** Entrevista grupal para la gaceta del CCH Azcapotzalco.



**Foto 15.** Entrevista grupal para la Gaceta de la UNAM.



# CAPÍTULO 4.

## CONSIDERACIONES FINALES

*Tu dois traiter aux gens comme s' ils aviez été  
ce qu' ils avaient dû être et tu leurs dois aider pour qu'  
ils se peuvent convertir dans ce qu' ils sont capables d' être.*  
Goethe.

*Tú debes tratar a las personas como si hubiera sido  
lo que ellos deberían de ser et tú les debes ayudar para que  
ellos se conviertan en lo que son capaces de ser.*

## IV. CONSIDERACIONES FINALES

Il y a deux types de risque;  
Il y a un risque que nous ne pouvons pas accepter et  
Il y a un risque que nous nous ne pouvons pas permettre d'accepter  
**Peter Druker.**

*Hay dos tipos de riesgo:  
Los que no podemos aceptar y  
Los riesgos que no podemos dejar de aceptar.*

### 4.1 Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

El presente apartado surgió de reflexiones, tanto teóricas como prácticas, basadas del ejercicio clínico dentro del programa de Maestría en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México y de las reuniones con supervisores, docentes y compañeros. Estos intercambios en torno al papel del terapeuta me hizo preguntarme acerca lo que hacemos; cómo vamos desarrollando la sensibilidad para reconocer qué intervención se puede llevar a cabo con un consultante; en qué lugar nos colocamos dentro de la relación terapéutica; qué tanto escuchamos y recuperamos lo que el otro nos narra; y qué tan irreverentes nos permitimos ser para emplear intervenciones “poco ortodoxas”, las cuales no se establecen en los manuales de un determinado modelo. Algunas de las respuestas a estas preguntas las obtuve parcialmente a partir de la observación y análisis del uso de las metáforas en terapia.

En el tiempo que duró la residencia no solamente adquirí habilidades y competencias clínicas, sino que también profundicé e intensifiqué algunas habilidades que había desarrollado previamente, por ejemplo, la observación, la escucha, la empatía y el acompañamiento terapeuta - consultante.

Para resumir, mis habilidades previas a la residencia puedo decir que consistieron en: capacidad de análisis, síntesis, planeación, observación, intervenciones concretas, conexión con la, el o los consultantes, trabajo en equipo, empatía, claridad, facilidad de palabra y capacidad de introspección para identificar de qué modo podía aprovechar mis experiencias anteriores o actuales en favor del proceso (familiar y personal).

Actualmente, puedo contar entre mis fortalezas: el cambio epistémico, la capacidad para elegir qué modelo o intervención en la más pertinente según el caso, poder entrar y salir del sistema para poder ampliar el panorama, la percepción y el discurso, permitirme utilizar la irreverencia para elaborar tareas personalizadas dependiendo de cada situación, he descubierto una serie de talentos que no conocía, analizar las situaciones intrínseca y extrínsecamente, trabajo íntimo de compartir experiencias muy privadas con el equipo terapéutico, escuchar distintas voces para que el consultante construya un futuro libre del motivo de consulta, expresión de emociones, dudas y sentimientos, exposición teórica-práctica, flexibilidad de pensamiento, tolerancia a la frustración, responsabilidad, ética y habilidad para la docencia.

Al transitar por el proceso de formación pude ampliar mi visión, anteriormente lineal (causa – efecto), ahora me es posible notar la influencia entre múltiples factores, contextos y actores para que una situación se produzca o se mantenga. En estos momentos puedo identificar los temores y expectativas que llegan a mi cabeza cuando estoy acompañando a los consultantes en su proceso, puedo ser más consciente de los afectos que involucre al establecer el vínculo terapéutico.

A partir de involucrarme en varios niveles, con respecto a los consultantes, me ha sido posible identificar y trabajar con mi propia impotencia, estrés y los bloqueos que aparecen cuando invoco mi sistema de creencias o cuando una situación es parecido a algo que experimenté en “el allá y entonces”. Con esto he podido intentar acercarme de una manera más honesta mostrando mis carencias y debilidades para abandonar el papel de “la voz del experto” y dejando de lado la tensión que provoca ser “el sujeto del supuesto saber”.

Mi visión sobre las familias ha cambiado en la medida en que han cambiado mis explicaciones e hipótesis sobre ¿por qué sufre la gente?, me he podido percatar de que muchos de ellos caen en interacciones rígidas con la esperanza de que cambien las cosas o que su sacrificio será recompensado o por simple amor. Al tratar a las familias, me he dado cuenta todas las variantes que existen dentro del amor y aprendí que el terapeuta puede ser



amoroso por medio de la validación, del acompañamiento, de la connotación positiva, al hablar de las intenciones o simplemente al escuchar de forma comprometida con el cliente.

Con este aprendizaje me doy cuenta de que el terapeuta puede echar mano de todo lo que se tiene, por ejemplo mi primera formación es como psicoanalista, con ello me puedo poner unos lentes que me ayuden a reconocer las identificaciones, deseos, síntomas y dinámicas que se pueden presentar en el transcurso del proceso; pero, también, lo puedo volcar a una herramienta que me permita saber hasta dónde es útil verlo así y hasta dónde es mejor abandonar esos supuestos y ponerme otros lentes. A esto, yo le llamo “la flexibilidad”.

Otra habilidad que considero que adquiriré es hacerme cargo de la responsabilidad que me toca, sin dejar de ser empática, puesto que no se trata de “todo lo que usted quiera hacer es válido y a mí (terapeuta) no me debe importar”. Me parece que es cierto que el consultante es el experto en su problema y posee una sabiduría que lo orienta hacia lo que puede ser más conveniente, pero la responsabilidad del terapeuta es producir un diálogo que abra posibilidades, muestre riesgos y ofrezca una mirada distinta sobre lo que llevó a la familia a la consulta.

#### **4.2 Incidencia en el campo psicosocial.**

El tema que elegí para desarrollar, el uso de los recursos metafóricos en psicoterapia sistémica con niños y adolescentes, impacta en el campo psicosocial, porque se trata de rescatar elementos de la cultura que puedan ser de utilidad, tanto para los consultantes como para los terapeutas. La intención de trabajar en colaboración de la metáfora es construir intervenciones novedosas, divertidas y útiles. La metáfora solo puede emplearse cuando existe una congruencia entre el momento histórico-político-social y el contexto en que se aplique.

No sólo influye en lo social, sino también en la teoría y modelos sistémicos y postmodernos, puesto que algunos de estos son complementarios para la atención hacia las familias. En los modelos sistémicos y postmodernos debemos elegir las metáforas en función del origen epistémico del modelo eje que hayamos seleccionado. De tal modo, que respetemos los fundamentos del modelo, la ideología familiar y el estilo del terapeuta, es decir, es necesario hacer un concilio entre estos aspectos en cada momento del proceso clínico. El terapeuta modifica su identidad propia conforma adquiere intervenciones metafóricas, porque se comienza a ver de manera distinta, la conexión con el otro se hace más íntima y genuina y pone en juego su creatividad y sentido del humor.

El sentido del humor puede transmitir una infinidad de mensajes útiles, algunas veces, esto lo aprovechan los medios de comunicación para sugerir el consumo de ciertos productos o para introducir a las personas en una ideología específica. Como vemos puede cambiar la percepción, interpretación y la experiencia de cada momento de vida.

Como pudimos ver, en cada caso atendido, la participación de las escuelas es fundamental para reforzar, ampliar o identificar el cambio. Algunas escuelas cuentan dentro de su currícula con la transmisión de valores y acciones, que no sólo abren nuevas posibilidades, sino que también generan un puente de comprensión con los demás. También la escuela, en algunos casos, es un espacio que otorga factores de protección para evitar problemas familiares, ya que buscan involucrar a padres, maestros, niños y administrativos como una comunidad de seguridad y apertura.

Cabe aclarar que otro motivo que me animó a trabajar este tema es el hecho de que se puede llegar a pensar que para aplicar intervenciones metafóricas es necesario invertir muchos recursos económicos (como material de papelería, literatura, telas, etc.), la verdad es que no necesariamente, porque estas frases, ideas y narraciones fluyen de manera natural, en algunos casos, sin ser propositivos.

Ahora me gustaría retomar algunas limitaciones frecuentes que se presentan en el ámbito Institucional, por ejemplo, la alta demanda de consultantes para pocos terapeutas,

presiones relacionadas con la productividad (“tu estancia en el servicio de psicología depende de las <<altas>> que se den por mes”), el tiempo (“tienes 20 minutos para atender a los pacientes para que te dediques a los reportes, informes, notas evolutivas y llenado del expediente”), la competencia (“el terapeuta <<X>> tiene 20 pacientes, mientras que tú tienes 5”), los enfoques de trabajo (“para esta vacante se solicitan únicamente terapeutas que manejen orientación cognitivo-conductual”), las canalizaciones inadecuadas (“como a usted le duele mucho la cabeza, váyase a terapia y ahí le van a resolver toda su vida”), los mitos (“si usted toma terapia no volverá a sentirse triste”), entre muchas otras circunstancias que producen presión en el terapeuta, las cuales pueden ser captadas por los consultantes, quienes podrían experimentar cierta incomodidad de la cual nunca se hable.

Algunas situaciones que pueden ser una “espada de dos filos” son los códigos éticos y morales que se manejan entre las personas, dado que ambos conceptos resultan ser confusos para algunos terapeutas. Los códigos éticos son las reflexiones sobre las normas que se formulan para mantener la convivencia entre las personas y van más allá de las reglas morales, mientras que los códigos morales se refieren al examen y a la elaboración de las mismas normas. Cabe decir que estos constructos son influidos por la subjetividad y la realidad de cada persona involucrada (la supervisión, los colegas, el terapeuta, los consultantes y demás afectados). Sin embargo, la ética va más allá de las premisas individuales.

Cabe la pena aclarar que la ética formula las normas necesarias para la convivencia entre las personas, mientras que las normas son las reglas o los lineamientos de lo que es permitido o no en un contexto específico.

Los problemas que se pueden desprender del tema de la ética son tan variados como por ejemplo: la presentación de un caso, hasta dónde podemos dar información para obtener otros puntos de vista sin que perder la confianza que nos depositan los consultantes; la información que se obtiene, hasta dónde podemos preguntar sin incomodar o ultrajar a las personas que asisten a consulta; el material clínico (expedientes, notas de sesión, actas, documentos terapéuticos, etc.), los cuidados en el manejo de los datos con respeto y

confidencialidad; el tipo de diálogo, establecer un intercambio en donde se cuide evitar la doble victimización, etiquetas, crítica, culpa o el “deber ser”; el estilo del terapeuta y del paciente, es verdad que no todo terapeuta es para todo consultante y viceversa, por ello me parece una postura ética abrirlo para que entre ambos discutan si es posible desarrollar el trabajo o es mejor referir; canalizaciones adecuadas, la propia aceptación del terapeuta para reconocer sus limitaciones e identificar otros tipo de necesidades que no puede cubrir y la referencia indicada para cada situación específica.

#### **4.3 Reflexión y análisis de la experiencia.**

A partir de la experiencia de terminar la residencia y elaborar el “reporte de experiencia profesional”, he aprendido que no importa el modelo, el estilo o la postura que prefiera el terapeuta, porque siempre puede entremezclar en sus intervenciones los recursos metafóricos, mientras haya congruencia epistemológica y las intervenciones estén dentro de los lineamientos éticos. Como mencioné anteriormente, los terapeutas reflexionamos poco acerca de los símbolos y las metáforas que utilizamos, difundimos con poca frecuencia nuestros hallazgos acerca de lo que nos resulta más funcional o práctico para los consultantes, algunas veces, es necesario enfrentarse a un foro público para poder debatir y cuestionar lo que dicen otros colegas para poder incorporarlo con el estilo propio.

Con respecto a la metáfora, podemos subrayar que permite trabajar emociones intensas sin que sea algo amenazante, incómodo, vergonzante, doloroso, etcétera, es decir, sin que genere reacciones poco gratas, tanto para el consultante como para el terapeuta. Además de poder influir en las tres áreas principales con las que interpretamos el mundo, es decir, la cognición, las conductas y los afectos; para que por consecuencia se modifique la comunicación, la interacción y la construcción de la realidad personal, familiar o grupal.

➤ En la infancia...

En la sociedad actual se está presentando un fenómeno interesante e incongruente, ya que los niños se desarrollan precozmente por la influencia ambiental que les exige una gama de respuestas por la sobreestimulación en que se desarrollan. Por otro lado, al crecer y convertirse en adultos, se está prologando el tiempo en que éstos permanecen solteros, sin hijos, estudiando y dependientes de la manutención de los padres. Entonces la intención de este trabajo es contribuir a la autonomía y la maduración emocional todos de los miembros del hogar. A mi parecer, en la medida de que el niño tenga una mejor formación relacional y de comunicación que le permita incorporarse a la sociedad, relacionarse con sus pares, fortalecer las relaciones familiares y desarrollarse de mejor manera en otros contextos, mejor será el pronóstico con el que se maneje en la vida, reduciendo la posibilidad de que aparezca el sufrimiento interminable.

Con mucha frecuencia encontramos que los niños y adolescentes son objeto de depósito del síntoma por su carencia de herramientas, mientras que los adolescentes son susceptibles a ser miembros sintomáticos por la etapa de vida y los cambios que experimentan.

Aun en niños pequeños, aunque su pensamiento abstracto todavía no se haya desarrollado, se pueden aplicar recursos metafóricos sin temor a que éstos no sean entendidos, puesto que lo que no le pueda asimilar, será entendido, traducido o procesado por los padres y esto resulte en un cambio de fondo en la familia.

➤ En la adolescencia...

En esta etapa, suele suceder, que los jóvenes experimenten malestares que intentan mantener en silencio, no solo por los cambios físicos, cognitivos, sociales y conductuales, sino que, muchas veces, se presenta confusión entre lo público y lo privado, se tiene el temor de que los padres se inmiscuyan de tal modo que se pierda la intimidad o que se viva como algo persecutorio o que se generalice con frases como “se meten en todo, no tienen vida propia”. En algunos casos, esto es posible que se convierta en una regla familiar, pero no es necesariamente forzoso.

El terapeuta debe tener cierta habilidad para plantear alguna intervención metafórica, no debe aferrarse a que si no es como la está pensando, entonces será ineficaz o poco útil y si se equivoca siempre tiene la posibilidad de reconocerlo y darse la oportunidad de intentar algo diferente. O bien, puede co-construir la intervención con ayuda del consultante.

#### **4.4 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.**

La persona que elige ser terapeuta, antes de psicólogo, es un individuo con expectativas, deseos, conductas, formas de relación y comunicación, una familia de origen, ideología, conducta y emociones que impactan de forma directa e indirecta los contextos en que se desarrolla. De ahí que sea importante que reflexione en cuanto a su participación en el proceso de intervención y en la sociedad.

El conocimiento que pueda adquirir el clínico, también, le da información acerca de sus puntos ciegos, áreas de oportunidad y cambios que son notorios con el transcurso del tiempo. Esto le hace tener una visión más amplia de sus capacidades, limitaciones y recursos.

El terapeuta, en realidad, no puede predecir ni controlar la información que es interpretada por el consultante. Si el terapeuta logra responsabilizarse de lo que le corresponde, permitirá que el proceso de cambio siga su curso. El terapeuta debe estar atento a nuevas condiciones para desempeñar su trabajo y abrir distintos espacios en donde pueda intervenir o aportar ideas para lograr el bienestar y la satisfacción propia y de los otros.

Las intervenciones del terapeuta familiar impactan en el macrosistema para percibir o construir los problemas de forma específica, o bien, se pueden orientar a disminuir los

efectos de las situaciones de crisis o de reacomodo familiar para que estos intervengan negativamente en los demás.

El principal reto, al cual se enfrenta el terapeuta, es trabajar con todos los miembros que lleguen a consulta, sin importar su edad, su posición económica o prejuicios que interfieran negativamente en su labor. La mayor satisfacción se da cuando realiza su trabajo con amor y compromiso, porque eso va a ser notorio en diferentes espacios.

Al elaborar este capítulo encontré un libro *El terapeuta y sus errores* del cual deseo retomar ideas que me ayudaron para reflexionar y observar mi propio desempeño como terapeuta, entre estas ideas, expuestas por Jaqueline Fortes, están: la conciliación de múltiples voces durante la supervisión, la prisa por ayudar a resolver o superar el malestar familiar, las necesidades emocionales del terapeuta, las narraciones que el mismo terapeuta tiene sobre sí mismo, la severa autocrítica, y la distancia física y emocional (Fortes, Aurón, Gómez, y Pérez, 2009).

El primer punto, la conciliación entre múltiples voces durante la supervisión produjo en mí una serie de sensaciones ambivalente, reflexivas y de confusión. Dado que, en un par de casos sucedió que con el equipo de terapeutas en formación existía en acuerdo claro acerca del mensaje que se deseaba hacer llegar a la familia y un desacuerdo con la supervisión, la cual presionaba para que el terapeuta abandonara lo que le dictaba su cabeza o lo que le habían dicho los consultantes para ofrecerles un mensaje con el cual no había una convicción de que sería de utilidad, cayendo en una profecía autocumplidora de “no va a funcionar”. Cuando eso me ocurrió, yo reaccioné con enojo, impotencia y desagrado hacia mí misma por no defender y sostener mi propia voz, lo cual tenía que trabajar para que no fuera un obstáculo en mí actuar.

Otra situación que me sacudía como terapeuta era interpretar que yo misma estaba acelerando los procesos de cambio con el fin de tener “altas terapéuticas” en el tiempo que duraba el semestre. Muchas veces me cuestioné ¿qué tanto estaba yo marcando los ritmos?, ¿qué tanto era el consultante quien nos manifestaba que estaba listo para la separación con

el terapeuta?, ¿qué tanta conciliación hay entre el tiempo del terapeuta, el consultante y el proceso terapéutico?, entre muchas dudas que me surgían sobre las cosas que no preguntaba sobre el proceso mismo.

Con mucha frecuencia me preguntaba sobre las necesidades del terapeuta, puesto que había momentos en que los comentarios de retroalimentación de cada caso hacían parecer que el terapeuta estaba obstaculizando el cambio, se caía en errores e incongruencias como descalificar o desconfirmar las ideas, preguntas y propuestas que compartía el terapeuta principal en cada uno de los casos. Yo reflexionaba constantemente sobre las necesidades emocionales del terapeuta, ¿cómo afectaban estas situaciones en el desempeño y en el proceso de cada caso?

Las narraciones que había preconcebido sobre mí misma y las que fui cambiando a lo largo de los dos años de formación me han hecho modificar la visión que tengo sobre mí, dado que al ingresar a la Maestría consideraba que casi no poseía recursos de intervención, me percibía muy inexperta y con pocas aportaciones para la discusión. Después escuché voces que me subrayaban mi capacidad para reflexionar, analizar, asociar situaciones y mi pensamiento que iba más allá de la comunicación (capacidad para metacomunicar). Ahora me doy cuenta de que todos esos recursos los tenía antes de ingresar, pero que se han ido enfocando a situaciones más precisas.

El descubrimiento de los efectos que la autocrítica tiene en los terapeutas, los consultantes y, especialmente, en mí misma me han permitido delimitar hasta dónde puedo criticarme y criticar las ideas de los demás con fines de desarrollo y hasta dónde comienza a ser un “estorbo” que dificulta alcanzar metas, establecer vínculos y la libertad de maniobra.

Los temas de la distancia física y emocional han sido significativos en mi vida, puesto que como persona y como terapeuta me han cuestionado mucho (en diferentes contextos) el hecho de que no sea tan efusiva físicamente (abrazos, saludos de beso, etc.) con los consultantes, hasta me lo han interpretado como el temor a establecer intimidad con las personas para mantener el rol de terapeuta omnipotente y omnipresente. Personalmente, yo



no estoy de acuerdo con estas interpretaciones, simplemente que no con todas las personas me siento cómoda con ese tipo de acercamiento.

Con respecto a la distancia emocional, me ha pasado algo muy parecido, algunos compañeros han criticado de forma implacable el hecho de que yo decida no llorar con los consultantes, interpretándolo como una falta de empatía, una imposibilidad para contactar con mis propios afectos y pánico a que conozcan mi gran sensibilidad o que resulte lastimada por ellos, yo no lo logro ver así. Sino que entre mis construcciones está que el terapeuta puede ser cálido, afectivo y cercano por medio de la palabra, el lenguaje no verbal y el compromiso que tenga para ofrecer al consultante. Entonces, lo que he aprendido es que habrá quienes se sientan cómodos con esas intervenciones, yo no, pero no por eso dejo de dar cosas importantes a los consultantes.

En lo personal, yo me logro conectar con las personas, sus discursos y sus sufrimientos por medio de la palabra. Yo considero que una palabra, un gesto, una expresión verbal o no verbal tiene la posibilidad de contener, apoyar, abrigar, acompañar y atender lo que nos ofrece el otro. La forma en que establezco la empatía con los consultantes es por medio de: la mirada, el tono de voz, el volumen de mi voz, parafraseando, introduciendo el sentido del humor cuando lo considero útil, haciendo comentarios de validación, apoyo y esperanza espontáneamente y compartiendo las imágenes que me vienen a la mente mientras escucho sus discursos.

# ANEXOS

*La vie est comme une pièce de théâtre: n'importe pas la durée  
néanmoins la excellence des acteurs ce qu'importe.  
Séneca.*

*La vida es como una obra teatral: no importa la duración  
sino la excelencia de los actores es lo que importa.*

# ANEXO 1.

## MODELOS DE INTERVENCIÓN

*Quand j'utilise le mot "spirituel" je me réfère aux qualités des humain.  
Ces sont: l' affection, la participation, la honnêté,  
la discipline et l' intelligence qui ont guides par une bonne motivation.  
Dalai Lama.*

*Quando uso la palabra "espiritual" yo me refiero a las cualidades de los humanos.  
Éstos son: el afecto, la participación, la honestidad, la disciplina y  
la inteligencia que son guías para una buena motivación.*

## ANEXO 1

### TABLA DE RESUMEN DE LOS MODELOS SISTÉMICOS Y POSTMODERNOS.

MODELO	REPRESENTANTES	OBJETIVO	PAPEL DEL TERAPEUTA	RELACIÓN TERAPÉUTICA	TÉCNICAS	VENTAJAS	RIESGOS
<b>MODELOS</b>	<b>SISTÉMICOS</b>						
<b>Estructural</b>	Salvador Minuchin.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recuperar la estructura familiar funcional.</li> <li>• Impactar en la conducta, ideología y estructura familiar.</li> <li>• Modificar la posición de cada miembro de la familia.</li> <li>• Propone alternativas de interacción, comunicación y relación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directivo, empático y experto.</li> <li>• Sensibilidad hacia el problema del otro.</li> <li>• Capacidad de liderazgo.</li> <li>• Habilidad para seducir, someter, apoyar, dirigir, sugerir o conducir a la familia.</li> <li>• Pensamiento circular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertical.</li> <li>• Papel de experto.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Re-encuadre o cuestionamiento del síntoma:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escenificación</li> <li>• Enfoque</li> <li>• Intensidad</li> </ul> </li> <li>2. Re-estructuración o cuestionamiento de la estructura:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frontera</li> <li>• Desequilibrio</li> <li>• Complementariedad</li> </ul> </li> <li>3. Consolidación o cuestionamiento de la realidad:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realidades</li> <li>• Constructos cognitivos</li> <li>• Lados fuertes</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recobra estructura deseable y homeostasis.</li> <li>• El terapeuta puede expresar sus opiniones.</li> <li>• Modifica el tipo de relación familiar.</li> <li>• Pone énfasis en el contexto.</li> <li>• Intervenciones en el presente que impacten el futuro.</li> <li>• Aprovecha los elementos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posee un ideal de funcionamiento familiar.</li> <li>• La familia rígida puede insistir en sus pautas de relación.</li> <li>• Riesgo de malentendido o en las relaciones de poder.</li> <li>• No comprende intervenciones para situaciones de crisis</li> </ul>

MODELO	REPRESENTANTES	OBJETIVO	PAPEL DEL TERAPEUTA	RELACIÓN TERAPÉUTICA	TÉCNICAS	VENTAJAS	RIESGOS
Estratégico	Jay Douglas Haley y Cloe Madanés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Elaborar estrategias para el cumplimiento de objetivos.</li> <li>•Emplear tareas específicas que cumplan las metas particulares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Directivo, claro y concreto.</li> <li>•Capacidad de liderazgo.</li> <li>•Habilidad para convencer.</li> <li>•Habilidad para construir metáforas y ordalías.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Vertical.</li> <li>•Papel de experto.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Directivas directas.</li> <li>2. Directivas indirectas (metáforas, paradojas y ordalías).</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Resultados en corto tiempo.</li> <li>•La tarea puede ser asignada sólo a un miembro.</li> <li>•Las metáforas son fundamentales durante la entrevista.</li> <li>•La consigna es a la medida del cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las relaciones entre los miembros tienden a ser ambivalentes</li> <li>• El terapeuta puede mostrar poca escucha ante los sentimientos o afectos del cliente.</li> <li>• Se requiere un terapeuta experimentado.</li> </ul>

MODELO	REPRESENTANTES	OBJETIVO	PAPEL DEL TERAPEUTA	RELACIÓN TERAPÉUTICA	TÉCNICAS	VENTAJAS	RIESGOS
Terapia Breve orientado al problema	John Weakland, Donald Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a los clientes a superar crisis.</li> <li>• Trabajar a partir de la definición del problema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directivo, claro y concreto.</li> <li>• Capacidad para concretar la queja.</li> <li>• Evitar perder el objetivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertical.</li> <li>• Papel de experto.</li> </ul>	<p>A. Intervenciones principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.</i></li> <li>2. <i>El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.</i></li> <li>3. <i>El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.</i></li> <li>4. <i>El intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.</i></li> <li>5. <i>Confirmar las sospechas del acusador a través de un</i></li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aprovecha la postura del cliente.</li> <li>• Enfatiza la importancia de la postura del terapeuta.</li> <li>• Resultados en poco tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con personas poco concretas este modelo no es adecuado.</li> <li>• Seleccionar las dimensiones de la queja.</li> <li>• La familia puede adoptar problemas distintos a su propia queja.</li> </ul>

					<p><i>intento de defensa propia.</i></p> <p>B. Intervenciones generales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>No apresurarse.</i></li> <li>2. <i>Los peligros de una mejoría.</i></li> <li>3. <i>Un cambio de dirección.</i></li> <li>4. <i>Cómo empeorar el problema.</i></li> </ol>		
MODELO	REPRESENTANTES	OBJETIVO	PAPEL DEL TERAPEUTA	RELACIÓN TERAPÉUTICA	TÉCNICAS	VENTAJAS	RIESGOS
Milán	Mara Selvini Palazzoli Gianfranco Cecchin, Luigi Boscolo y Guiliana Prata.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el juego familiar.</li> <li>• Mostrar la función del síntoma en cada uno de los miembros del sistema.</li> <li>• Definir las relaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cercano emocionalmente.</li> <li>• Capacidad para leer entre líneas para descubrir el juego oculto.</li> <li>• Comparte las decisiones con la familia.</li> <li>• Aceptar las</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertical tendientes a la horizontalidad.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Connotación positiva.</li> <li>2. Paradoja y contraparadoja.</li> <li>3. Rituales.</li> <li>4. Mandatos trigeracionales.</li> <li>5. Circularidad, neutralidad e hipotetización.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden trabajar varios terapeutas a la vez o solamente uno.</li> <li>• Posee técnicas aplicables en múltiples situaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la aplicación de paradojas el terapeuta puede transmitir un mensaje erróneo si no tiene clara la función del</li> </ul>

		familiares.	descalificaciones. • No entrar en simetría.			• El terapeuta se puede hacer escuchar pese a la sordera familiar.	síntoma en el sistema. • Se requiere de terapeutas arriesgados. • El terapeuta puede aterrarse con el “no cambio”.
<b>MODELOS</b>	<b>PUENTE</b>						
<b>MODELO</b>	<b>REPRESENTANTES</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PAPEL DEL TERAPEUTA</b>	<b>RELACIÓN TERAPÉUTICA</b>	<b>TÉCNICAS</b>	<b>VENTAJAS</b>	<b>RIESGOS</b>
<b>Terapia breve enfocada a las Soluciones</b>	Steve de Shazer y William O’Hanlon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rescatar los recursos y fortalezas personales y familiares para resolver la queja.</li> <li>• Acompañar a la familia consultante hacia un futuro libre del problema.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica, amplía y subraya las excepciones.</li> <li>• Elige temas centrales.</li> <li>• Identifica los recursos del cliente.</li> <li>• Elige cuando estar en silencio.</li> <li>• Adapta su lenguaje al del cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertical tendiente a la horizontalidad</li> <li>• Papel de experto, sólo cuando es útil.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntas presuposicionales .</li> <li>2. Preguntas de avance rápido.</li> <li>3. Intervenciones sobre el patrón de la queja.</li> <li>4. Intervenciones sobre el patrón del contexto.</li> <li>5. Tarea genérica.</li> <li>6. Tarea de fórmula.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La resistencia no existe.</li> <li>• Se centra en las fortalezas del cliente.</li> <li>• Aprovecha las preferencias sensoriales del cliente.</li> <li>• La realidad se construye.</li> <li>• El terapeuta jamás duda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La reflexión no es requisito para el cambio.</li> <li>• No se interesa por el pasado.</li> <li>• Ignora información que no le sea útil.</li> <li>• Se corre el riesgo de que el</li> </ul>



			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoya y aconseja.</li> </ul>			<p>del cambio logrado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se centra en el aquí y el ahora.</li> </ul>	<p>cliente no se sienta escuchado.</p>
MODELO	REPRESENTANTES	OBJETIVO	PAPEL DEL TERAPEUTA	RELACIÓN TERAPÉUTICA	TÉCNICAS	VENTAJAS	RIESGOS
Post-Milán	Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un diálogo en donde se mantenga la circularidad, la neutralidad / curiosidad y la hipotetización sobre lo que ocurre con el terapeuta.</li> <li>• Auto observación terapéutica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorreflexivo, introspectivo y sensible hacia lo que le ocurre.</li> <li>• Se contacta con su sistema de creencias, conductas y afectos para identificar lo que le ocurre durante el proceso.</li> <li>• Interés por el tiempo lógico propio y de los consultantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertical tendiendo a la horizontalidad.</li> <li>• El terapeuta se renueva constantemente a partir de su introspección.</li> <li>• La cibernética de segundo orden juega un papel importante.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntas de interacción.</li> <li>2. Preguntas de pasado, presente y futuro.</li> <li>3. Preguntas de diferenciación o explicativas.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El proceso terapéutico es compartido.</li> <li>• El terapeuta continúa formándose a lo largo del tiempo.</li> <li>• Se permiten intervenciones irreverentes según la intervención.</li> <li>• Se pone especial atención al tiempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El terapeuta puede elegir no escuchar lo que está produciendo en el discurso del consultante.</li> <li>• El terapeuta puede tener dificultades para manejar lo que obtiene en la interacción.</li> </ul>

MODELOS	POSTMODERNOS						
MODELO	REPRESENTANTES	OBJETIVO	PAPEL DEL TERAPEUTA	RELACIÓN TERAPÉUTICA	TÉCNICAS	VENTAJAS	RIESGOS
Narrativa	Michael White y David Epston	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Separar a la persona del problema.</li> <li>• Deconstruir las historias de dolor o sufrimiento.</li> <li>• Co-construir mejores historias.</li> <li>• Fomentar la agencia personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cercano.</li> <li>• Creativo.</li> <li>• Capacidad para jugar con el tiempo en los relatos.</li> <li>• Sentido del humor.</li> <li>• Curioso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horizontal.</li> <li>• Conversación entre iguales.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Externalización</li> <li>2.Deconstrucción</li> <li>3.Elaboración de historias alternativas.</li> <li>4.Identificación de acontecimientos extraordinarios.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quitar o disminuir la responsabilidad en situaciones de riesgo (violencia, delito, etc.).</li> <li>• Forma nuevas realidades.</li> <li>• No se enfoca al origen del problema.</li> <li>• Combate el fracaso y la persistencia del problema.</li> <li>• Fomenta la cooperación y ofrece opciones de diálogo.</li> <li>• Diferencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir relatos en donde las personas no se identifiquen.</li> <li>• Eliminar la responsabilidad sobre los hechos.</li> <li>• Tratar de externalizar temas como: alcoholismo, consumo de sustancias, conductas delictivas y violencia.</li> </ul>

MODELO	REPRESENTANTES	OBJETIVO	PAPEL DEL TERAPEUTA	RELACIÓN TERAPÉUTICA	TÉCNICAS	VENTAJAS	RIESGOS
Colaborativo	Harry Goolishian y Harlene Anderson	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conversar de distintos temas, importantes para la familia.</li> <li>• Enfatizar la importancia del lenguaje.</li> <li>• Promover la agencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ético.</li> <li>• Sensible.</li> <li>• Capacidad para reflexionar.</li> <li>• Curiosidad genuina.</li> <li>• Novedoso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horizontal.</li> <li>• No existen las jerarquías dentro del proceso terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existen técnicas, sólo una postura que se adapta al cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No atribuyen significados a la conversación.</li> <li>• Escucha con reflexión.</li> <li>• Involucra personas significativas para el cliente.</li> <li>• Los problemas se traducen a dilemas.</li> <li>• Modifica la identidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de falta de rigurosidad del modelo.</li> <li>• No recomendable en pacientes escépticos del tipo de relación.</li> <li>• Respeto a la postura del cliente.</li> <li>• Funcionar como experto.</li> </ul>

MODELO	REPRESENTANTES	OBJETIVO	PAPEL DEL TERAPEUTA	RELACIÓN TERAPÉUTICA	TÉCNICAS	VENTAJAS	RIESGOS
Equipo de Reflexión	Tom Andersen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realiza diálogos sobre los diálogos.</li> <li>• Reflexionar sobre lo que ocurre interna o exteriormente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No critica ni juzga los comentarios del consultante.</li> <li>• No posee verdades absolutas ni impone significados propios.</li> <li>• Respetuoso y Curiosidad.</li> <li>• Contribuye con el cambio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Horizontal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existen técnicas, pero si variaciones del proceso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trabaja con el equipo completo.</li> <li>• Plantea preguntas más no interpreta.</li> <li>• La responsabilidad es compartida.</li> <li>• El consultante dirige.</li> <li>• El equipo puede diferir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar comentarios que se interpreten negativamente.</li> <li>• Algún miembro del equipo no se conecta con la narración.</li> <li>• Prolongación excesiva del tiempo de sesión.</li> </ul>

Tabla 18. Resumen de los modelos sistémicos, puente y postmodernos utilizados en Terapia Familiar.

ANEXO 2.  
CUESTIONARIO "PERCEPCIÓN  
DEL CAMBIO"  
(VERSIÓN "A", "B" Y "C")

*Seulement il y a une chose qui détermine qu'une acte est beau ou méchant,  
tout dépend de si augment la quantité d'amour dans le monde, est beau.  
S'il sépare les gent, il est méchant.  
Leon Tolstoi.*

*Sólo hay una cosa que determina que un acto es bueno o es malo,  
todo depende si aumenta la cantidad de amor en el mundo, es bueno.  
Si separa a la gente, es malo.*

## ANEXO 2

### FORMAS A, B Y C CUESTIONARIO “LA PERCEPCIÓN DEL CAMBIO EN PSICOTERAPIA”

FOLIO: \_\_\_\_\_

FORMA A (SUPERVISOR)

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan una serie de afirmaciones entre las cuales usted debe elegir la que mejor se ajuste a su percepción sobre el cambio, basado en los datos que reporta la familia consultante y el terapeuta durante la sesión. Marque con una cruz la opción que describa de mejor forma el cambio que está observando.

#### EJEMPLO:

Si piensa que la familia tiene dificultad para cambiar y la afirmación dice “cree que actualmente la familia tiene la facilidad para cambiar”. Se contesta.

A.  
Totalmente  
de acuerdo

B.  
De acuerdo

C.  
Indiferente

D.  
En  
desacuerdo

~~E.  
Totalmente en  
desacuerdo~~

#### I. ÁREA PERSONAL

1.- Considera que han disminuido las quejas o malestares de la familia consultante.

A.  
Totalmente  
de acuerdo

B.  
De acuerdo

C.  
Indiferente

D.  
En  
desacuerdo

E.  
Totalmente en  
desacuerdo

2.- Opina que la percepción que tiene la familia consultante sobre sí misma se ha modificado.

A.  
Totalmente  
de acuerdo

B.  
De acuerdo

C.  
Indiferente

D.  
En  
desacuerdo

E.  
Totalmente en  
desacuerdo

3.- Considera que la familia consultante comprende mejor lo que ocurre entre ellos.

A.  
Totalmente  
de acuerdo

B.  
De acuerdo

C.  
Indiferente

D.  
En  
desacuerdo

E.  
Totalmente en  
desacuerdo

4.- Percibe cambios en la salud física de algún miembro de la familia consultante.

A.  
Totalmente  
de acuerdo

B.  
De acuerdo

C.  
Indiferente

D.  
En  
desacuerdo

E.  
Totalmente en  
desacuerdo

5.- Considera que la familia consultante tiene mayor facilidad para tomar decisiones.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

6.- Ha mejorado el desempeño de la familia consultante en alguna de estas áreas: casa, escuela o trabajo.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

7.- Considera que la familia consultante posee más recursos o herramientas para resolver sus problemas.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

8.- Considera que, hasta este momento, se han cumplido algunos de los objetivos de la familia consultante desde que inició la terapia.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

9.- Considera que la terapia ha fortalecido las cualidades de la familia consultante.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

10.- Cree que ha cambiado la forma en que la familia consultante organiza sus actividades.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

## II. ÁREA FAMILIAR / PAREJA

11.- Considera que ha mejorado la relación de pareja o entre padres en la familia consultante.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

12.- Piensa que ha mejorado la relación entre los demás miembros de la familia.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

13.- Considera que la familia consultante tiene mayor participación en actividades dentro de su hogar.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

14.- Cree que se ha modificado la forma en que se comunica la pareja consultante entre ellos.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

15.- Opina que los miembros de la familia consultante pasan más tiempo, ahora que antes, en actividades agradables.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

16.- Ha notado cambios en la habilidad para poner reglas, límites y consecuencias en la familia consultante.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

17.- Considera que el subsistema conyugal o parental coincide con la opinión de otros miembros acerca del problema principal.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

18.- Cree que la percepción del terapeuta ha cambiado sobre la forma en que ve a la familia consultante.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

19.- Considera que la frecuencia, los temas y la forma en que la familia consultante discute ha cambiado.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

20.- Opina que ha cambiado la forma en que se comunica la familia consultante.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo



### III. ÁREA SOCIAL

21.- Considera que la familia consultante comprende mejor a las personas que le rodean.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

22.- Piensa que la familia consultante tiene más habilidades para iniciar y continuar una conversación con personas que acaba de conocer.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

23.- Considera que la familia consultante tiene mayor facilidad para hablar con otras personas acerca de sus problemas o preocupaciones.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

24.- Cree que la familia consultante ha mejorado su relación con amigos, vecinos y compañeros de trabajo.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

25.- Opina que la familia consultante tiene mayor facilidad para iniciar una conversación con alguien que no conoce.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

26.- Considera que la familia consultante tiene más apoyo, de las personas a su alrededor, a partir de buscar ayuda terapéutica.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

27.- Cree que la familia consultante ha notado que las personas a su alrededor se acercan más.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

28.- Considera que ha cambiado la cantidad de tiempo que pasa la familia consultante con otras personas u otros lugares.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

29.- Opina que ha cambiado la forma en que la familia consultante convive con su familia extensa.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

30.- Ha percibido alguna diferencia en la relación que tiene la familia consultante con vecinos, amigos y compañeros de trabajo o escuela.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

#### IV. ÁREA EMOCIONAL / PSICOLÓGICA

31.- Considera que la familia consultante tiene más facilidad para expresar sus

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

32.- Cree que la familia consultante percibe mayor capacidad para expresar su afecto a los demás.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

33.- Percibe que ha mejorado el estado de ánimo general de la familia consultante.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

34.- Cree que la familia consultante tiene más facilidad para expresar sus emociones (enojo, amor, alegría, miedo, etc.).

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

35.- Piensa que la familia consultante tiene una percepción más positiva hacia el futuro.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

36.- Considera que la familia consultante tiene mayor facilidad para afrontar los problemas cotidianos.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

37.- Cree que ha cambiado la forma en que la familia consultante puede ver la situación que los hizo comenzar la terapia.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

38.- Cree que la familia consultante se siente mejor ahora que antes de iniciar el tratamiento terapéutico.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

39.- Cree que la familia consultante tiene más claridad en la forma de ver el problema.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

40.- Considera que la familia consultante se siente diferente consigo misma.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

## CUESTIONARIO “LA PERCEPCIÓN DEL CAMBIO EN PSICOTERAPIA”

FOLIO: \_\_\_\_\_

**FORMA B (TERAPEUTA)**

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentan una serie de afirmaciones entre las cuales usted debe elegir la que mejor se ajuste a su percepción sobre la familia que está atendiendo, basado en los datos que reporta la familia consultante durante la sesión. Marque con una cruz la opción que describa de mejor forma el cambio que está observando.

### EJEMPLO:

Si cree que la familia tiene dificultad para cambiar y la afirmación dice “cree que actualmente la familia tiene la facilidad para cambiar”. Se contesta.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<del><b>E.</b> Totalmente en desacuerdo</del>
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	---

### I. ÁREA PERSONAL

1.- Considera que han disminuido las quejas, síntomas o problemas de la familia consultante.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

2.- Opina que la percepción que tiene el paciente identificado sobre sí mismos se ha modificado.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

3.- Considera que la familia consultante comprende mejor lo que ocurre entre ellos.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

4.- Percibe cambios en la salud física de la familia consultante o en alguno de sus miembros.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

5.- Considera que la familia consultante tiene mayor facilidad para tomar decisiones.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

6.- Ha mejorado el desempeño de la familia consultante en alguna de estas áreas; casa, escuela o trabajo.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

7.- Considera que la familia consultante posee ahora más recursos o herramientas para resolver sus problemas.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

8.- Considera que se han cumplido algunos de los objetivos que la familia consultante tenía al iniciar la terapia.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

9.- Considera que la terapia ha fortalecido las cualidades de la familia consultante.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

10.- Cree que ha cambiado la forma en que la familia consultante organiza sus actividades.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

## II. ÁREA FAMILIAR / PAREJA

11.- Considera que ha mejorado la relación de pareja o de padres en la familia consultante.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

12.- Piensa que ha mejorado la relación del paciente identificado con los demás miembros de la familia.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

13.- Considera que la familia consultante tiene mayor participación en actividades dentro de su hogar.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

14.- Cree que se ha modificado la comunicación entre los miembros de la pareja o entre los padres.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

15.- Opina que la familia consultante pasa más tiempo en grupo, que antes, en actividades agradables.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

16.- Ha notado cambios en la habilidad para poner reglas, límites y consecuencias en la familia consultante.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

17.- Considera que el resto de la familia coincide con la opinión de otros miembros acerca del problema.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

18.- Cree que la percepción acerca de la forma en que ve a la familia consultante ha cambiado.

**A.**  
Totalmente de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En desacuerdo

**E.**  
Totalmente en desacuerdo

19.- Considera que la frecuencia, los temas y la forma en la que discute la familia consultante ha cambiado.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

20.- Opina que ha cambiado la forma en que la familia consultante se comunica.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

### III. ÁREA SOCIAL

21.- Considera que la familia consultante comprende mejor a las personas que les rodean.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

22.- Piensa que la familia consultante tiene más habilidades para iniciar y continuar una conversación con personas que acaba de conocer.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

23.- Considera que la familia consultante tiene mayor facilidad para hablar con otras personas sobre sus problemas o preocupaciones.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

24.- Cree que ha mejorado la relación de la familia consultante con amigos, vecinos y compañeros de trabajo.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

25.- Opina que la familia consultante tiene mayor facilidad para iniciar una conversación con alguien que no conoce.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

26.- Considera que la familia consultante tiene más apoyo de las personas a su alrededor a partir de buscar ayuda terapéutica.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

27.- Cree que la familia consultante ha notado que las personas a su alrededor se acercan más.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

28.- Considera que ha cambiado la cantidad de tiempo que pasa la familia consultante con otras personas.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

29.- Opina que ha cambiado la forma en que convive la familia consultante con la familia extensa.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

30.- Ha percibido alguna diferencia en la relación que tiene la familia consultante con vecinos, amigos y compañeros de trabajo o escuela.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

#### IV. ÁREA EMOCIONAL / PSICOLÓGICA

31.- Considera que la familia consultante tiene más facilidad para expresar sus

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

32.- Cree que la familia consultante percibe que tiene mayor capacidad para expresar su afecto a los demás.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------



33.- Percibe que ha mejorado el estado de ánimo general de la familia consultante.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

34.- Cree que la familia consultante tiene más facilidad para expresar sus emociones (enojo, amor, alegría, miedo, etc.).

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

35.- Piensa que la familia consultante tiene una percepción más positiva hacia el futuro.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

36.- Considera que la familia consultante tiene mayor facilidad para afrontar los problemas cotidianos.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

37.- Cree que ha cambiado la forma en que la familia consultante puede ver la situación que los hizo comenzar la terapia.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

38.- Cree que la familia consultante se siente mejor ahora que antes de iniciar el tratamiento terapéutico.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

39.- Cree que la familia consultante tiene más claridad en la forma de ver el problema.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

40.- Considera que la familia consultante se siente diferente consigo misma.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

## CUESTIONARIO “LA PERCEPCIÓN DEL CAMBIO EN PSICOTERAPIA”

### FORMA C (CONSULTANTE)

NOMBRE DEL CONSULTANTE DEL SERVICIO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ FAMILIA: \_\_\_\_\_

MIEMBROS QUE ASISTEN: \_\_\_\_\_ LUGAR DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE CONSULTA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SESIÓN: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** El siguiente cuestionario deberá ser llenado por un solo integrante de la familia que esté asistiendo a terapia. A continuación le presentamos una serie de afirmaciones en las cuales usted debe elegir marcando con una cruz, cuál es la opción que describe de mejor forma su percepción sobre su situación actual en relación al tratamiento terapéutico.

#### EJEMPLO:

Si cree que la familia tiene dificultad para cambiar y la afirmación dice “cree que actualmente la familia tiene la facilidad para cambiar”. Se contesta.

A.  
Totalmente  
de acuerdo

B.  
De acuerdo

C.  
Indiferente

D.  
En  
desacuerdo

~~E.  
Totalmente en  
desacuerdo~~

#### I. ÁREA PERSONAL

1.- Han disminuido sus quejas, problemas o malestares.

A.  
Totalmente  
de acuerdo

B.  
De acuerdo

C.  
Indiferente

D.  
En  
desacuerdo

E.  
Totalmente en  
desacuerdo

2.- Se siente mejor con usted mismo.

A.  
Totalmente  
de acuerdo

B.  
De acuerdo

C.  
Indiferente

D.  
En  
desacuerdo

E.  
Totalmente en  
desacuerdo

3.- Comprende mejor lo que ocurre consigo mismo.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

4.- Ha notado cambios positivos en su salud física.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

5.- Considera que tiene mayor facilidad que antes para tomar decisiones.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

6.- Ha mejorado su desempeño en alguna de estas áreas: casa, escuela o trabajo.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

7.- Considera que posee habilidades, recursos o herramientas para resolver sus problemas.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

8.- Considera que, hasta este momento, se ha cumplido alguno de los objetivos que se propuso al iniciar la terapia.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

9.- Considera que la terapia ha fortalecido sus propias cualidades.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

10.- Ha cambiado la forma en que organiza sus actividades.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

## II. ÁREA FAMILIAR / PAREJA

11.- Ha mejorado su relación de pareja o con el padre o madre de sus hijos.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

12.- Ha mejorado la relación con su familia inmediata (pareja e hijos).

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

13.- Considera que tiene mayor participación en actividades familiares dentro de su hogar.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

14.- Tiene mayor comunicación con su pareja o con el padre o madre de sus hijos.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

15.- Pasa ahora más tiempo que antes con su familia en actividades agradables.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

16.- Ha notado cambios en su habilidad para poner reglas, límites o consecuencias hacia sus hijos.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

17.- Considera que el resto de su familia coincide con su opinión sobre el problema principal.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

18.- Ha cambiado la forma en que ve a su familia.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

19.- Ha cambiado la frecuencia, los temas o la manera con la que discute con su familia.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

20.- Ha cambiado la forma en que se comunica con su familia.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

### III. ÁREA SOCIAL

21.- Comprende mejor a las personas que le rodean.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

22.- Piensa que tiene más habilidades para iniciar y continuar una conversación con personas que acaba de conocer.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

23.- Considera que tiene mayor facilidad para hablar con otras personas sobre sus problemas o preocupaciones.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

24.- Ha mejorado su relación con amigos, vecinos y compañeros de trabajo.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

25.- Tiene mayor facilidad para iniciar una conversación con alguien que no conoce.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

26.- Ha sentido más apoyo de las personas a su alrededor a partir de buscar ayuda terapéutica.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

27.- Ha notado que las personas a su alrededor se acercan más a usted o a su familia.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

28.- Ha cambiado la cantidad de tiempo que pasa con otras personas que no pertenezcan a la familia.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
------------------------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------	---------------------------------------

29.- Ha cambiado la forma en que convive con otras personas.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

30.- Ha notado diferencia en su relación con vecinos, amigos y compañeros de trabajo o escuela.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

#### IV. ÁREA EMOCIONAL / PSICOLÓGICA

31.- Siente que tiene más facilidad para expresar sus sentimientos (amor, culpa, agradecimiento, etc.).

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

32.- Siente que tiene mayor capacidad para expresar su afecto o cariño a los demás.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

33.- Ha mejorado su estado de ánimo general.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

34.- Cree que tiene más facilidad para expresar sus emociones (enojo, amor, alegría, miedo, etc.).

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

35.- Piensa que el futuro será más positivo.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

36.- Tiene mayor facilidad para afrontar los problemas cotidianos.

<b>A.</b> Totalmente de acuerdo	<b>B.</b> De acuerdo	<b>C.</b> Indiferente	<b>D.</b> En desacuerdo	<b>E.</b> Totalmente en desacuerdo
---------------------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------------------------	--

37.- Usted y su familia han cambiado la forma de ver la situación que le hizo comenzar la terapia.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

38.- Cree que ahora usted y su familia se sienten mejor que antes.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

39.- Cree que tiene más claridad en la forma de ver el problema.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo

**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

40.- Ahora se siente diferente con su familia y con consigo mismo.

**A.**  
Totalmente  
de acuerdo

**B.**  
De acuerdo



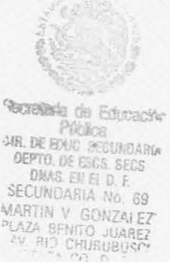
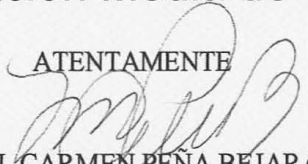
**C.**  
Indiferente

**D.**  
En  
desacuerdo

**E.**  
Totalmente en  
desacuerdo

## ANEXO 3 CONSTANCIAS

a) Taller de “Comunicación sin violencia”. Secretaría de Educación Pública (SEP).  
Ponente.

 SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA	
<p>SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA ESC. SEC. DNA. No. 69 “MARTIN V. GONZALEZ”</p>	
<p>SE OTORGA EL PRESENTE</p>	
<p><i>RECONOCIMIENTO</i></p>	
<p>A la Lic. <u>CHRISTIAN SANDOVAL ESPINOZA</u></p>	
<p>Por haber impartido el Taller de Comunicación sin Violencia con una duración de 6:00 hrs., el día 22 de mayo de 2009; a los alumnos de Educación Media de este plantel.</p>	
 <p>Secretaría de Educación Pública DIR. DE EDUC. SECUNDARIA DEPTO. DE ENCS. SECS DNAS. EN EL D. F. SECUNDARIA No. 69 MARTIN V. GONZALEZ PLAZA BENITO JUAREZ AV. RIO CHURUBUSCO</p>	<p>ATENTAMENTE  <u>MA. DEL CARMEN PEÑA BEJARANO</u> DIRECTORA DEL PLANTEL</p>
<p>Mayo de 2009</p>	





Universidad Nacional Autónoma de México  
Colegio de Ciencias y Humanidades  
Plantel Sur



Otorgan la presente

# Constancia

al

***Profr. Christian Sandoval Espinoza***

Por participar como instructor en el Programa *Respondiendo a las necesidades de los alumnos para elevar su aprovechamiento académico*, realizado del 15 de agosto al 17 de abril, en las instalaciones del Plantel, con una duración de 80 horas.

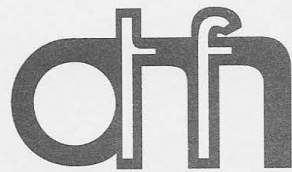
Atentamente  
"Por mi raza hablará el espíritu"  
México, D.F., 16 de abril de 2010.

Lic. Jaime Flores Suaste  
Director del Plantel

100 UNAM  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
1929 - 2010

b) Taller de "Respondiendo a las necesidades de los alumnos para aumentar su rendimiento académico". Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Sur (CCH Sur). Ponente.

- c) Congreso Nacional de Terapia Familiar: "Ser, estar y trascender". Asociación Mexicana de Terapia Familiar A. C. (AMTF). Asistente.



**Asociación Mexicana  
de Terapia Familiar, A.C.**

Otorga la presente

# **C O N S T A N C I A**

a

**Christian Sandoval Espinoza**

Por su ASISTENCIA al

**XI Congreso Nacional de Terapia Familiar**



**"SER, ESTAR Y TRASCENDER EN LA TERAPIA FAMILIAR",**

realizado del 14 al 17 de noviembre de 2008 en la Ciudad de  
Querétaro, Querétaro. México

**Dra. Montserrat Castañón Canet**  
Presidenta

**Dra. María Emma Espejel Aco**  
Coordinadora de la Comisión Científica

- d) Diplomado en “Terapia Familiar Sistémica”. Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Secretaría de Salud. Asistente.



**SALUD**  
SECRETARÍA  
DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES  
DE SALUD Y ALTA ESPECIALIDAD  
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

OTORGAN LA PRESENTE

**C O N S T A N C I A**

Al Psic. Christian Sandoval Espinoza

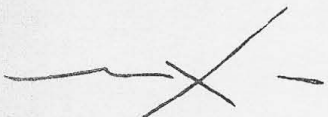
POR SU ASISTENCIA AL

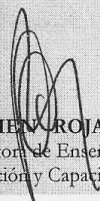
**Diplomado  
Terapia Familiar Sistémica**


IMPARTIDO DEL 2 DE FEBRERO AL 6 DE DICIEMBRE DE 2008  
LOS DÍAS SÁBADOS

CON UNA DURACIÓN DE 164 HRS.

MÉXICO D. F., A 6 DE DICIEMBRE DE 2008

  
DR. CARLOS J. CASTAÑEDA GONZÁLEZ  
Director del Hospital

  
DRA. CARMEN ROJAS CASAS  
Subdirectora de Enseñanza,  
Investigación y Capacitación

  
PSIC. MARTHA LETICIA  
ROSAS LAURRABAQUIO  
Jefa de Capacitación y Desarrollo

e) Curso taller para cuidadores de personas envejecidas frágiles. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Ponente.



Un nuevo



para servirte mejor

EL INSTITUTO DE SEGURIDAD DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE  
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
DELEGACION ESTADO DE MEXICO  
SUBDELEGACION MEDICA

otorga la presente

## CONSTANCIA

A

**LIC. PSIC. CHRISTIAN SANDOVAL ESPINOZA**

Como

**PONENTE**

Con el Tema:

**“PROCESO DE MUERTE”**

EN EL

**“3er CURSO TALLER PARA CUIDADORES DE PERSONAS ENVEJECIDAS  
FRAGILES”**

**CON SEDE EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR TLALNEPANTLA**

El día 20 de noviembre de 2008.

(1 hora)

Toluca Méx. Noviembre de 2008.

  
**DR. MIGUEL ANGEL VILLAMARES GARCIA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA,  
INVESTIGACION Y CALIDAD

  
**DR. SERGIO HERNANDEZ ARELLANO**  
SUBDELEGADO MEDICO

- f) III Congreso Internacional de la Sociedad Cubana de Psicología y VIII Taller Internacional de Psicología Latinoamericana y del Caribe. Ponente.



III Congreso Internacional de Psicología  
Bienal en Santiago de Cuba

VIII Taller Internacional de Psicología  
Latinoamericana y del Caribe

# Certificado

A: Christian Sandoval Esforzoza

por haber participado en calidad de ponente

Trabajo: La construcción representacional del cambio  
en el proceso terapéutico sistémico desde tres visiones:  
(dos créditos)  
el consultante, el terapeuta y el supervisor.

Dado en Santiago de Cuba a los 9. días del  
mes de abril de 2009.

  
Angela N. Caballero Batista  
Directora Carrera de Psicología,  
Universidad de Oriente

  
María del Pilar Soteras del Toro  
Presidenta Sociedad Cubana de Psicología  
Filial Santiago de Cuba

  
Rosa María Reyes Bravo  
Comisión Científica



- g) III Congreso Internacional de la Sociedad Cubana de Psicología y VIII Taller Internacional de Psicología Latinoamericana y del Caribe. Asistente.



h) XXXVIII Coloquio de Investigación de la FES Iztacala. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Ponente.



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

El Comité Organizador otorga la presente constancia a:

**Christian Sandoval Espinoza**

Por su participación en el Simposio:

***Terapia Familiar***, con el tema: "La percepción del cambio terapéutico en consultantes, terapeutas y supervisores"

en este evento, celebrado del 25 al 27 de Agosto del 2009

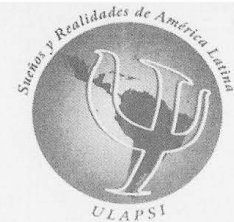
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

*Myrna Val Mf.*

**MTRA. MYRNA MIRIAM VALERA MOTA**  
Coordinadora del Comité



i) III Congreso Latinoamericano de Psicología ULAPSI 2009. Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología. Ponente.



La *Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco*  
y la *Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*

extienden la presente

## ***Constancia***

**Christian Sandoval Espinoza**

**"La construcción representacional del cambio en el proceso  
terapéutico sistémico desde tres visiones"**

por su participación en el

***III Congreso Latinoamericano de Psicología ULAPSI 2009***

realizado en la Ciudad de México, del 9 al 11 de septiembre de 2009.

Dr. Cuauhtémoc V. Pérez Llanas  
Rector de Unidad

Mtro. Miguel Ángel Castillo  
Coordinador de la Licenciatura en Psicología

Mtro. J. Joel Vázquez Ortega  
Presidente del Congreso







extienden la Presente

# Constancia

A:

## CHRISTIAN SANDOVAL ESPINOZA

por su Participación

**1er CONGRESO INTERNACIONAL  
TERAPIA BREVE: Individuo - Pareja - Familia  
EL CAMBIO QUE TRANSFORMA  
25 horas**

Guadalajara, Jalisco., México 30, 31 de Octubre y 1 de Noviembre de 2009



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE ATEMAJAC

Dr. Vicente Muñiz Juárez  
Coordinador del Congreso

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA  
Lic. Raymundo Calderón Sánchez  
Jefe de Departamento Psicología UNIVA



Dr. Felipe Gutierrez Gutierrez  
Director General C.E.FA.P.

j) Primer Congreso Internacional de Terapia Breve: Individuo, Pareja y Familia. Tema: "El Cambio que transforma". Centro Especializado en la Familia y Pareja (CEFPAP). Asistente.



extienden la Presente

# Constancia

A:



## CHRISTIAN SANDOVAL ESPINOZA

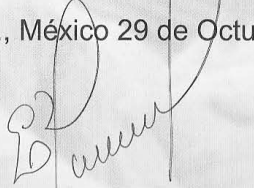
por su Asistencia al TALLER PRECONGRESO

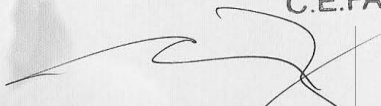
**1er CONGRESO INTERNACIONAL  
TERAPIA BREVE: Individuo - Pareja - Familia  
EL CAMBIO QUE TRANSFORMA  
TALLER PRECONGRESO 4 HORAS**

Guadalajara, Jalisco., México 29 de Octubre de 2009




  
 UNIVERSIDAD DEL VALLE DE Atemajac  
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

  
 Psic. Raymundo Calderón Sánchez  
 Jefe de Departamento Psicología UNIVA

  
 Dr. José Oscar Aldana Torres  
 Ponente

k) Taller del Primer Congreso Internacional de Terapia Breve: Individuo, Pareja y Familia  
 “El Cambio que transforma”. Centro Especializado en la Familia y Pareja (CEEFAP).  
 Asistente.

1) Primer Encuentro Internacional de Psicoterapia. Centro de Atención y Prevención Psicológicas (CAPPS). Asistente.

**CAPPS**  
CENTRO DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN PSICOLÓGICAS

El Centro de Atención y Prevención Psicológicas se orgullecen en entregar el presente



# Reconocimiento

**A:** CHRISTIAN SANDOVAL ESPINOZA

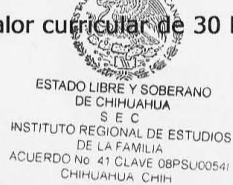
Por su asistencia al:

## 1er Encuentro Internacional de Psicoterapia.

Celebrado en el Marco del Tricentenario de la Ciudad de Chihuahua, Chih. México.

Lic. Carlos M. Borrueal Baquera  
Presidente Municipal de Chihuahua.

Octubre 6 y 9 del 2009.  
Con valor curricular de 30 hrs.



Lic. Ana Julieta Colomo Arreola.  
Directora CAPPSI.

Dra. Cloe Madanes, Dr. David Epston., Dra Marcela Polanco., Dra. Martha Campillo., Dr. Erick Garcia., Dra. Evan Imber-Black., Dr. Lanscelles Black.,  
Dr. Fernando Garcia., Dr. Giorgio Nardone., Dr. Jeffrey K. Zeig., Dra. Liliana Borges., Dr. Juan Vives., Dr. Julio Vallejo., Dra. Leslie Sokol., Dra. Mggie  
Carey., Dr. Humberto Maturana., Dra. Ximena Davila

- m) Primer Encuentro Internacional de Psicoterapia. Centro de Atención y Prevención Psicológicas (CAPPS). Taller.



# REFERENCIAS

*La premier responsabilité du humain est trouver  
une idée qui lui motive pour vivre et mourir.  
Kierkegaard.*

*La principal responsabilidad de un hombre es encontrar  
una idea que lo motive para vivir y morir.*

## REFERENCIAS

- Aguirre, M. y Álvarez, M. (2007). Historias para Contarse y Crecer Juntos. Cap. I y II. México: Alom.
- Andersen, T. (1994). El Equipo Reflexivo. España: Gedisa.
- Anderson, H. (2001). Becoming a Postmodern Collaborative Therapist: A Clinical and Theoretical Journey. Part I and II. Journal of the Texas Association for Marriage and Family Therapy. EUA.
- ANUIES (2003). Anuario Estadístico: Licenciatura en Universidades e Institutos Tecnológicos. Gobierno Federal. México.
- American Psychological Association. (2009). Publication Manual of the American Psychological Association (6ta. Ed.). Washignton, DC. EEUU.
- Arango, C. (2006). Médicos se Enfrentan ya a la Segunda Generación de Anoréxicas. [www.gacetamedica.com](http://www.gacetamedica.com). 14 de abril. España.
- Armendáriz, R. (2002). Programación Neurolingüística: Transforma tu Vida. Cap. VII. México: Pax-México.
- Aurón, F., Rubli, D., Sánchez M., M.E., Franklin, A. y Desatnik, O. (1995). Qué Piensan y Cómo Ven la Familia a los Terapeutas: Encuentros y Desencuentros. Revista de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar.
- Baringoltz, S. (2002). La Psicoterapia Constructivista y el Terapeuta: Algunas Consideraciones. Revista Sistemas Familiares. Año 18. Vol. 1. Buenos Aires, Argentina.
- Bertalanffy, L. (1991). Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, Desarrollo y Aplicaciones. 8va Reimpresión. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P., y Toffanetti, D. (2004). Historia de la Terapia Familiar: Los Personajes y las Ideas. España: Paidós.

- Bosch, M. (2006). Una Crítica Sistémica de la Teoría de la Comunicación Humana. Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria. Buenos Aires, Argentina.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2008). La Terapia Sistémica de Milán. Terapia Familiar. Capítulo 15. España: Paidós.
- Botella, L. y Vilaregut, A. (2000). La Perspectiva Sistémica en Terapia Familiar: Conceptos Básicos, investigación y Evolución. Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación. Universidad Ramon Llull. Brasil.
- Calleja, I. (2001). La Metáfora Psicoterapéutica Frente a las Distorsiones Comunicacionales: “Óyeme Sordo pues te Hablo Muda”. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Carreras, A. (1993). Conocimiento, Ciencia y Realidad. Seminario Interdisciplinar de la Universidad de Zaragoza. 115-157 pp. Zaragoza, España.
- Castellanos, J.L., Guerrero, K.L. y Vela, R. del C. (2007). Las Características de los Usuarios y del Servicio de la Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Profesionales de Iztacala. Texto no publicado. FES Iztacala: UNAM.
- Cecchin, G, Lane, G. y Ray W. (2002). Irreverencia: Una Estrategia de Supervivencia para Terapeutas. México: Paidós.
- CEDAW (2010). 7° y 8° Informe Consolidados de México sobre el Cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Gobierno Federal. México.
- Chemama, R. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. México: Amorrortu Editores.
- Coll-Hurtado, A. y Córdova y Ordóñez, J. (2006). La Globalización y el Sector de los Servicios en México. Boletín del Instituto de Geografía. No. 61. 114-131 pp. México: UNAM.
- COMUNIDAD ANDINA (2002). Indicadores Sociales. América Latina.

- CONAPO (2000). Proyecciones de la Población Económicamente Activa, de la Matrícula Educativa, de los Hogares y de las Viviendas y de la Población por tamaño de localidad. Gobierno Federal. México.
- CONAPO (2004). Encuesta Nacional del Empleo. Gobierno Federal. México.
- CONAPO (2010). Consejo Nacional de Población. Gobierno Federal. México.
- Cueli, J. (2008). Teorías de la Personalidad. Cap. 4. 2da. Edición. México: Trillas.
- Dallos, R. (1996). Sistema de Creencias Familiares: Terapia y Cambio. Cap. VIII. 1ra edición. Barcelona, España. Paidós.
- Desatnik. M., O. (2009). Las Relaciones Escolares: Una Visión Sistémica. Cap. 1. 1ra. Edición. México: Castellanos.
- Eguiluz, L. de L. (2005). Terapia Familiar: su Uso Hoy en Día. México: Pax.
- “El Siglo de Durango” (2004). Estadísticas de Suicidio: Durango vs. México vs. El Mundo. 10 de enero. Publicación estatal. México.
- ENADIS (2010). Encuesta Nacional sobre la Discriminación en México. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Gobierno Federal. México.
- ENDIREH (2003). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Gobierno Federal. México.
- ENDIREH (2006). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Gobierno Federal. México.
- Espinosa S., M. R. (2002). Familia, Adolescencia e Identidad: Procesos Psicosociales y Terapéuticos. Psicoterapia y Familia. Vol. 15. No. 2, 39-48pp. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Tesis de Maestría. México: UNAM.
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). Constructivismo y Psicoterapia. 3ra Edición. España: Biblioteca de Psicología.



- Ferreiro, E. (2000). *Sistemas de Estructura, Constructivismo y Educación*. Cap. III. 43-66pp. Santa Fe, Argentina: Homosapiens Ediciones.
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (2003). *La Táctica del Cambio: Cómo Abreviar la Terapia*. 4ta. Edición. Capítulos II, IV, V y VII. México: Herder.
- Fortes, J., Aurón, F., Gómez, M. E., y Pérez, J. (2009). *El Terapeuta y sus Errores: Reflexiones sobre la Terapia*. 1ra. Edición. México: Trillas.
- GDF (2009). *Encuesta sobre Violencia intrafamiliar del D. F. Gobierno del Distrito Federal*. México.
- GDF (2010). *Demografía del Distrito Federal*. Gobierno del Distrito Federal. México.
- GDF (2010). *Estadísticas de Aborto Voluntario en la Zona Metropolitana*. Gobierno del Distrito Federal. México.
- Gutiérrez Camacho, X. T., (2008). *Un acercamiento al Trabajo con Metáforas en la Redefinición de la Identidad de Género dentro de la Terapia Sistémica y Posmoderna*. Cap. III. Tesis de Maestría. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. México: UNAM.
- Haley, J. (1987). *Terapia de Ordalía: Caminos Inusuales para Modificar la Conducta*. Cap. I. Argentina: Amorrortu.
- Heylighen, F. (2001). *Cybernetics and Second Order Cybernetics*. University of Brussels. EUA.
- Hoffman, L. (2005), *Fundamentos de la Terapia Familiar*. 248-255pp. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ibáñez, T. (1994). *Psicología Social Construccionalista*. 153 - 216 pp. Jalisco, México: Universidad de Guadalajara.
- Imber-Black, E. (2009). 1er. Encuentro Internacional de Psicoterapia. *Rituales en Familia y Terapia Familiar*. Conferencia. Octubre. Chihuahua, Chih. México.

- Imber-Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. (1988). *Rituales y Rituales Familiares*. Cap. III. México: Gedisa.
- INEGI (2000). *XII Censo General de Población y Vivienda*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Gobierno Federal. México.
- INEGI (2003). *Mujeres y Hombres*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Gobierno Federal. México.
- INEGI (2005). *II Conteo de Población y Vivienda*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Gobierno Federal. México.
- INEGI (2008). *Características de la Población Mexicana*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Gobierno Federal. México.
- INEGI (2009). *Estadísticas de empleo*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Gobierno Federal. México.
- INEGI (2009). *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Gobierno Federal. México.
- INEGI (2009). *Estadísticas sobre Disponibilidad y Uso de Tecnología de Información y Comunicaciones en los Hogares*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Gobierno Federal. México.
- Keeney, B. (2001). *Estética del Cambio*. Cap. 3. Barcelona, España: Paidós.
- “La Jornada” (2005). *La Depresión, Enfermedad del Siglo XXI, Afecta en México a 10 Millones*. Periódico del 23 de febrero. México.
- “La Jornada” (2009). *La Automedicación, práctica generalizada en México, grave riesgo para la salud: Especialista*. Periódico del 11 de noviembre. México.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (2009). *Metáforas de la Vida Cotidiana*. 8va. Edición. España: Cátedra.

- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. 1ra. Edición. España: Paidós.
- Levi-Strauss, D. (1980). Las Estructuras Sociales. Cap. I. México: Amorrortu.
- Limón, G. (2005)<sup>1</sup>. Terapias Postmodernas: Aproximaciones Construccionalistas. Cap. 1 y 2. México: Pax.
- Limón, G. (2005)<sup>2</sup>. El Giro Interpretativo en Psicoterapia: Terapia, Narrativa y Construcción Social. Cap. 1 y 2. México: Pax.
- López M., M.S. (2008). Satisfacción en el Servicio de las Familias Atendidas en la Clínica del Instituto Latinoamericano de Estudios acerca la Familia. Tesis de Maestría. Instituto Latinoamericano de Estudios sobre la Familia. México: ILEF.
- Martínez, J. y Figueroa, M. (2009). Cuadernillo de Ayuda para el Acompañamiento Psicosocial a Víctimas de Abuso Sexual. P. 20-22. México.
- Mc Namee, S., y Gergen, K. (1996). La Terapia como Construcción Social. 1ra Edición. México: Paidós.
- Medina, M. (2004). El Enfoque Sistémico Construccionalista: Consideraciones sobre su Aplicación en el Contexto de Orientación Profesional. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Calí, Colombia.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y Terapia Familiar*. Séptima Reimpresión. Barcelona, España: Gedisa.
- Minuchin, S y Fishman, H., (2008). *Técnicas de Terapia Familiar*. Reimpresión. México: Paidós.
- O'Hanlon, W. H. Y Weiner-Davis, M. (1989). *En Busca de Soluciones: Un Nuevo Enfoque en Psicoterapia*. México: Paidós.
- Olmedo, J. F. (2009). La metáfora como Herramienta en la Psicoterapia Ericksoniana. Licenciatura en Psicología. FES Zaragoza. México: UNAM.

- Pakman, M. (1997). Construcciones de la Experiencia Humana. Vol. II. Cap. 2, 4, 6 y 8. Barcelona, España: Gedisa.
- Papalia, D., Olds, S., y Feldman, R. (2005). Psicología del Desarrollo: de la Infancia a la Adolescencia. Novena Edición. México: Mc Graw Hill.
- Papp, P. (1988). El Proceso del Cambio. Cap. I al VI. Barcelona, España. Paidós.
- Payne, M. (2000). Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales. Cap. II. México: Paidós.
- PNUD (2010). La Verdadera Riqueza de las Naciones: Caminos al Desarrollo Humano. Informe sobre Desarrollo Humano. Edición del vigésimo aniversario. Programa de las Naciones Unidas hacia el Desarrollo. EU: PNUD.
- Presidencia de la República (2006). Sexto Informe de Gobierno. Gobierno Federal. Anexo.
- Presidencia de la República (2010). Cuarto informe de Gobierno Federal. México.
- Ramos, A. (2006). Los anoréxicos en tratamiento pasan de 20 a 120 en dos años. [www.gacetamedica.com](http://www.gacetamedica.com). Boletín trimestral. 30 abril. España.
- Rodríguez G., C. Y Kozolchyk, M. (2009). La Develación de la Conciencia y la Construcción del Bienestar en los Adolescentes. Cap. 1 - 3. 1ra. Edición. México: Castellanos.
- Rosenberg, M. B. (2008). Comunicación no Violenta: Un Lenguaje de Vida. 2da. Reimpresión. Argentina. Gran Aldea Editores.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). Terapia Familiar: Modelos y Técnicas. México: Manual Moderno.
- Sauceda, J. M., Fernández, O., Cuevas, M.L., Fajardo, A., y Maldonado J. M. (2006). Adaptación Psicosocial y Psicopatología de Niños con Enuresis y sus Hermanos: Un Estudio Comparativo. Vol. 63. 107-114 pp. México: Boletín Médico del Hospital Infantil de México.

- Secretaría del Medio Ambiente (2008). Convención del Marco de las Naciones unidas sobre el Cambio Climático. Anexo 1. Gobierno Federal. México.
- SEDESOL (2010). Primer Informe Trimestral. Secretaría de Desarrollo Social y Humano. Gobierno Federal. México.
- SEGOB (2010). Cuarto Informe de Labores. Secretaría de Gobernación. Gobierno Federal. México.
- Selvini, M. (1990). Crónica de una Investigación: La Evolución de la Terapia Familiar en la Obra de Mara Selvini Palazzoli. 1ra Edición. México: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1991). Paradoja y Contraparadoja: Un Nuevo Modelo en la Terapia de la Familia con Transacción Esquizofrénica. México: Paidós.
- Simon, F., Stierlin, H. y Wynne, L. (1993). Vocabulario de Terapia Familiar. España: Gedisa.
- SNS (2000). Boletín de Información Estadística, Recursos y Servicios, Vol. III. Gobierno Federal. México.
- SSA-DF (2006). Anuario Estadístico del Distrito Federal. Secretaría de Salud. México.
- SSA-DF (2010). Estadísticas de Abortos Provocados Legalmente en el Distrito Federal. Secretaría de Salud. Gobierno del Distrito Federal. México.
- SSA (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Secretaría de Salud. Gobierno Federal. México.
- SSA (2007). Diez Principales Causas de Muerte en los Mexicanos. Secretaría de Salud. Gobierno Federal. México.
- SSA-IPN (2008). Encuesta Nacional sobre las Adicciones. Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Psiquiatría “Juan Ramón de la Fuente Muñoz”. Proyecto Federal. México.

- Szprachman, R. (2005). Evaluación de los Resultados en Psicoterapia Investigando el Uso del ILOP. Revista Sistemas Familiares. Año 22. Vol. 3. Buenos Aires, Argentina.
- UNICEF (2000). Convención de los Derechos del Niño. Declaración de los Derechos del Niño. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. EU: UNICEF.
- UNICEF (2010). Informe de Acción Humanitaria UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Internacional: UNICEF.
- Vázquez, R. (2010). Las metáforas: Objeto e Instrumento de Estudio. Aportaciones a la Investigación Educativa. Vol. 11. No. 1. Art. 6. Enero. Universidad de Cádiz. España: Forum: Qualitative Research.
- Vela, F. (2004). Transición Demográfica, Estructura por Edad y el Desempleo de los Jóvenes en México. México: UAM.
- Von Bertalanffy (1998). Teoría General de los Sistemas. México. Fondo de Cultura Económica.
- Von Föerster, H. (1991). Las Semillas de la Cibernética. Barcelona, España: Gedisa.
- Warren, H. (1996). Diccionario de Psicología. 3ra. Edición. México: Fondo de Cultura Económica.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, J. (2006). Teoría de la Comunicación Humana: Interacciones, Patologías y Paradojas. Cap. 1 al 4. México: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (2007). Cambio. 1ra Edición. 12 Impresión. México: Heder.
- Wheelwright, P. (1979). Metáfora y Realidad. España: Espasa Calpe.
- White, M. y Epston, D. (1993). Medios Narrativos para fines Terapéuticos. España: Paidós.
- Zeigh, J. y Gilligan, S. (1990). Terapia Breve: Mitos, Métodos y Metáforas. Cap. II. Argentina: Amorrortu.