



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

UNA PROPUESTA DE INTERVENCION EN CRISIS POR MEDIO DEL
MODELO DE TERAPIA DE POSIBILIDADES DE BILL O'HANLON

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
JOSE LUIS CASTELLANOS GUEVARA

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

MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

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.....	8
1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	14
2.- Características de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	20
2.1 Descripción de los escenarios	20
2.2 Análisis sistémico de los escenarios	22
2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.....	23

II. MARCO TEÓRICO

1.- Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo	28
1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	28
1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	54

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1.- Habilidades Clínicas Terapéuticas	107
1.1 Análisis y discusión teórica-metodológica de un tema e intervención clínica pertinente en tres casos de familias atendidas.....	107
1.2 Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.....	125
2.- Habilidades de Investigación	130
2.1 Reporte de investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa..	130
3.- Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria	135

3.1 Elaborar y presentar productos tecnológicos que sirvan para la atención de los usuarios o para programas de prevención en la comunidad, o bien para los programas de formación de los terapeutas	135
3.2 Desarrollar y presentar programas de intervención comunitaria	136
3.3 Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado en foros académicos	137
4.- Habilidades de compromiso y ética profesional	138
4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional	138

IV. CONSIDERACIONES FINALES

1.- Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	143
2.- Incidencia en el campo psicosocial	145
3.- Reflexión y análisis de la experiencia.....	146
4.- Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo	147
Bibliografía	149

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

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

En México, desde los años 70's y hasta la fecha se han presentado fuertes crisis económicas derivadas del neoliberalismo, que han llevado a padecer dificultades en los sistemas de salud, educación y seguridad nacional, afectando al sistema de creencias de los mexicanos. Desde entonces el término "crisis" es uno de los más escuchados en los medios de comunicación de todo el país.

Las crisis económicas que se han experimentado han tenido una afectación más local o nacional, pero en fechas más recientes, durante el año 2008 se comenzó a construir una percepción de "crisis económica mundial". A partir de entonces, la palabra "crisis" se convirtió en una de las más mencionadas por los medios de comunicación de todo el mundo. Este hecho, fue uno de los motivos que influyó en querer profundizar en torno a esta temática, pues a lo largo de la Residencia en Terapia Familiar, se tuvo la oportunidad de comprender y aplicar diferentes ideas, que ayudaron a sistemas familiares e individuales a enfrentar sus crisis a través de la utilización de sus propios recursos, para crecer a partir de éstas; por lo tanto en este trabajo se muestra y se propone que las ideas sistémicas, cibernéticas y posmodernas de la Terapia Familiar pueden contribuir a entender y a disolver las diversas problemáticas y sus consecuencias que se pueden crear respecto a las crisis, no sólo de los sistemas individuales y familiares, sino también de sistemas más amplios que se pueden ver afectados por la actual crisis económica mundial.

1.1 Características del campo psicosocial

Resulta difícil delimitar un campo psicosocial muy concreto después de que se ha estudiado por dos años el pensamiento sistémico-cibernético y las ideas posmodernas. Pues inmediatamente asalta la pregunta: ¿cuál campo psicosocial?, y es que son tantos los que puede haber, que es complicado tomar alguna decisión. Sin embargo, para no dejar de lado a ninguno, se trató de abarcar un campo psicosocial más general: "El Mundo".

El mundo en la actualidad, según el Programa para las Naciones Unidas y el Medio Ambiente (2007), se caracteriza por una población que supera los 6,700 millones de personas, una economía globalizada que tendía a expandirse hasta el año 2007, así como cambios tecnológicos que han revolucionado los patrones de comunicación, gracias al crecimiento de las telecomunicaciones y de internet. Todas estas diferencias en: la población, la economía y en la tecnología, han ocasionado un aumento en la demanda de los recursos naturales, característica muy concreta e importante del actual campo bio-psico-social mundial.

Para la Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo (por sus siglas en inglés WCED), se debe de apreciar un contexto interrelacionando las cuestiones: medioambientales, económicas y sociales, con el fin de conocer cómo se encuentra el “Desarrollo sostenible” en un determinado campo bio-psico-social (PNUMA, 2007).

Aunque para los organismos institucionales de la ONU, el medio ambiente es una prioridad interrelacionada con lo social y lo económico, esto no resulta así en los intereses cotidianos de la población en general. Parecería que el orden de importancia del actual contexto sería: economía, sociedad y medio ambiente, todos estos desligados entre sí. Para verificar esta idea, basta con escuchar o leer cualquier medio de comunicación y se encontrará una preocupación y un particular interés por la economía tanto local, como global, sobre todo bajo el nombre de “crisis económica mundial”.

De hecho, podría ser imperdonable que en una descripción del actual campo psicosocial no se incluya a la presente crisis económica, pues de verdad es algo que permea las historias y las narrativas de los contextos micro y macrosociales contemporáneos; se podría decir que es una característica principal de esta época, pero ¿qué es esta crisis?, ¿en qué consiste este motivo principal que llevó a la elaboración del presente trabajo?

Para la mayoría, la presente crisis económica entre otras muchas cosas fue una sorpresa, aunque no para Nouriel Roubini de la Universidad de Nueva York. Según Loungani (2009), Roubini es considerado “el profeta de la crisis”, ya que predijo que un colapso del sector inmobiliario de Estados Unidos provocaría quiebras de bancos y una profunda recesión. Ya en el 2005 y cada vez más en 2006, él se preguntaba: ¿cómo era que Estados Unidos que parecía un mercado emergente con la escalada de los precios de los activos, las prácticas crediticias laxas de sus sectores financiero y empresarial y los grandes déficit en cuenta corriente, no estuviera en bancarrota? En septiembre de 2006 Roubini advirtió a un auditorio de funcionarios técnicos del FMI que había un riesgo superior al 50% de que Estados Unidos cayera en recesión al año siguiente. Por el mismo tiempo Roubini también predijo, que el resto del mundo no se desconectaría de la situación de Estados Unidos.

Lamentablemente estas predicciones se hicieron realidad, ya para finales del año 2007, los comentarios de Roubini dejaron de ser especulaciones para convertirse en una realidad que sacudía a todo el globo terráqueo. Una realidad muy particular para la que no se tenían precedentes, a excepción de la crisis económica de 1929 en Estados Unidos.

Alicia Bárcena (2009) Secretaria Ejecutiva de la Comisión Económica para el Desarrollo de América Latina y el Caribe (CEPAL), señala que esta crisis se generó fuera de las fronteras de América Latina, y se desencadenó a una gran velocidad. En marzo de 2008 se presentaron los primeros síntomas con la devaluación de la firma “The Bear Stearns Companies, Inc.”, que era uno de los bancos de inversión más grande de E. U., de valer 5 mil millones de dólares, en una semana fue comprado por sólo 236 millones de dólares. Ya para el mes de octubre de 2008, los mercados de valores mundiales habían perdido 7 trillones de dólares.

La crisis financiera afectó muy rápidamente a la vida cotidiana de las personas, con lo que la economía mundial entró en una recesión empujada por la enorme destrucción de la riqueza (estimada en un 25% de la existencia mundial) y el aumento generalizado de la incertidumbre. Todo esto, agravó la restricción crediticia y la destrucción de puestos de trabajo, provocando un aumento en el desempleo. Esta crisis es global porque se propaga con gran rapidez por todos los rincones del planeta y porque ningún país puede salir por sí solo de ella (Bárcena, 2009).

Para algunos medios de comunicación, hay diversos factores que influyeron en el surgimiento de la actual crisis económica, entre los que se destacan: la crisis crediticia e hipotecaria, los altos precios de las materias primas, la sobrevaloración del producto, la crisis alimentaria mundial, una elevada inflación planetaria, la amenaza de una recesión en todo el mundo, así como la desconfianza en los mercados, entre otros muchos factores.

El economista de la UNAM Eduardo Loria (2009) comenta que la recesión global golpea con particular agresividad a todo el mundo. Para este académico de la UNAM, los principales datos macroeconómicos han adquirido dimensiones dramáticas y cada vez se relacionan más con los hechos de la gran depresión de los años treinta. También el especialista señala que cada vez son más los analistas económicos que advierten que la economía mundial atravesará por una fase recesiva que puede fácilmente turnarse deflacionaria al menos por dos años más. Por lo que la falta de liquidez, la insolvencia financiera, las quiebras de empresas y de particulares, así como la explosión de las cifras de desempleo, seguirán a pesar de los múltiples rescates que han emprendido prácticamente todos los gobiernos. Es notorio que hasta la publicación del artículo de Loria en febrero de 2009, aún no había ningún dato que diera señales de una corrección de este sombrío rumbo.

No hay país del mundo que parezca estar aislado de este desplome económico y aún las economías del Este Asiático (que durante décadas habían tenido cifras y desempeños económicos y sociales impresionantes) ahora se muestran con enorme vulnerabilidad, debido justamente a su dependencia de los mercados internacionales. Por ejemplo: Singapur, Hong Kong, Malasia y China están siendo altamente afectadas, pues sus exportaciones como proporción de su producto representan el 190%, 170%, 95% y 40%, respectivamente (Loria, 2009).

Incluso para abril de 2009 los informes financieros dan cuenta de que la producción industrial de Estados Unidos cayó un 1,5% en marzo de 2009, mientras que China informó su menor crecimiento trimestral en casi 2 décadas, y como estos datos, hay más que involucran a otros países como India, Alemania, España, y varios más (AméricaEconomía, 2009).

Ante esto, se puede afirmar que nos encontramos ante una de las crisis más fuertes de la actual era globalizada. La mayoría de las personas no recuerda haber vivido una crisis financiera a escala mundial, y la experiencia que se tiene de los años 30 resulta alarmante, pues en ese tiempo los gobiernos no pudieron preservar la integración

económica, ni responder en forma coordinada. Parece que la globalización está perdiendo fuerza con la actual crisis económica, ya que poco a poco comienza a resurgir el proteccionismo nacionalista, y las empresas de gran movilidad mundial comienzan a retornar a sus países. Así la globalización se encuentra en el origen y la evolución de la crisis (Pisani-Ferry & Santos, 2009).

Otra característica de esta crisis, es que sea excepcionalmente profunda y extendida en el tiempo, según las afirmaciones de Marco E. Terrones, Alasdair Scott y Prakash Kannan, asesores del Fondo Monetario Internacional en sus perspectivas de la economía mundial de abril de 2009; pues para ellos, las recesiones mundiales sincronizadas son más prolongadas y profundas que otras, debido a la debilidad de la demanda externa, especialmente si Estados Unidos, el mayor consumidor del mundo, también se encuentra en recesión.

Todos estos datos macroeconómicos terminan por afectar a la población común y corriente, pues al haber menos dinero se consumen cantidades menores de productos, lo que lleva a un déficit en las ventas por parte de las industrias y empresas que se ven forzadas a reducir su planta laboral, con lo que se incrementan los desempleos y así se produce una gran problemática psicosocial, ya que las familias dejan de percibir ingresos económicos, lo que puede derivar en estrés y desesperación, al no saber que hacer ante determinados gastos fijos necesarios para el sostenimiento de cualquier sistema familiar.

Y ante este campo psicosocial, ¿qué se puede hacer?

Oliver Blanchard, destacado economista, teórico y ahora economista en jefe del FMI, recomienda que ante la crisis se deben de hacer tres cosas: 1) intervenir a toda costa para impedir la caída de la demanda, y por consiguiente de la oferta, 2) recapitalizar los bancos, las deudas de corporativos, así como las de familias, y 3) elevar al máximo el consumo y la demanda. Lo anterior, porque la demanda fue la que colapso primero, por lo que para él hay que enfocar todos los esfuerzos de ese lado (Loria, 2009).

De esta manera parece que la “única” salida es el fomento del consumismo, que demanda mayores recursos naturales, con lo que se olvida, que la actual crisis económica no es la “única” dificultad que el mundo presenta.

El 9 de abril de 2009, Alicia Bárcena, Secretaria Ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en una clase magistral dijo lo siguiente: “El mundo entero fija hoy su atención en la crisis financiera internacional, pero hay otras urgencias que no pueden ser postergadas, como los efectos del cambio climático sobre nuestro planeta. En este tema no va a haber paquetes de rescate”, declaró.

Quizás el material que nos da una información más detallada al respecto, es el último de una serie de informes emblemáticos del PNUMA (Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente): el GEO₄. Este informe evaluó en el año 2007 el estado de la atmósfera, de la tierra, del agua y de la biodiversidad mundiales. Es el trabajo más completo de la ONU sobre el medio ambiente, fue preparado por unos 390 expertos y revisado por más de 1000 de todo el mundo (PNUMA, 2007).

El objetivo del GEO₄ no es presentar situaciones hipotéticas deprimentes y sin salida, sino hacer una llamada de acción urgente. A pesar de esto, el mismo PNUMA (2007) reconoce que no ha dejado de ser una institución débil, que carece de los suficientes recursos y atención de los gobiernos, pues aunque el cambio climático es una "prioridad mundial" que exige voluntad política y liderazgo, esta prioridad se encuentra con una "asombrosa falta de sentido de la urgencia" y una respuesta mundial "lamentablemente inadecuada".

En este Reporte Final de Competencias, sólo se destacan algunos de los interesantes datos que presenta el GEO-4. Éste último reporta, que el calentamiento global está ocurriendo ahora, ya que 11 de los 12 últimos años (1995-2006) han sido los más calientes desde 1850, la media de las temperaturas globales ha aumentado 7,4°C desde 1906. Se prevé que el cálculo más aproximado de aumento en este siglo oscile entre 1,8°C y 4°C. Algunos científicos creen que el aumento de 2°C en la temperatura media global por encima de los niveles preindustriales es un umbral a partir del cual la amenaza de un daño grave e irreversible es verosímil (PNUMA, 2007).

La prueba visible de este calentamiento se encuentra en el retroceso de una serie de glaciares de montaña, los cambios de los patrones de precipitación y las corrientes oceánicas, así como la creciente frecuencia e intensidad de las olas de calor, temporales de inundaciones y sequías en algunas regiones, entre otros. Todos estos fenómenos afectan la disponibilidad de agua y seguridad alimentaria de millones de personas. Se espera que el creciente calentamiento provoque cambios en el ámbito geográfico y el carácter estacional de ciertas enfermedades infecciosas, incluidas las infecciones de transmisión como la malaria y el dengue, así como las infecciones derivadas de la comida como salmonelosis (PNUMA, 2007).

La elevación del nivel del mar provocada por la expansión térmica del agua y por el derretimiento de los glaciares y de los mantos de hielo, continuará durante el futuro predecible y tendrá consecuencias enormes en potencia: pues más del 60% de la población en el mundo vive a una distancia de 100 kilómetros de la costa. Por si esto fuera poco, es posible que el aumento de la acidificación y de las temperaturas del océano afecten también a la seguridad alimentaria mundial. A pesar de esta descripción del contexto bio-psico-social, las tendencias actuales no favorecen un proceso de estabilización de las emisiones de gas de efecto invernadero, por ejemplo, el sector de la aviación fue testigo de un aumento del 80% en el número de kilómetros que se cubrieron entre 1990 y 2003, mientras que el transporte marítimo aumentó la carga de mercancías de los 4000 millones de toneladas de 1990 a los 7.100 millones de 2005. Todo esto bajo la idea de aumentar lo más que se pueda el consumismo (PNUMA, 2007).

En lo que respecta a la contaminación, el GEO₄ reporta que la exposición ambiental causa casi un cuarto de todas las enfermedades. Además calcula que más de dos millones de personas en todo el mundo mueren de forma prematura debido a la contaminación del aire fuera y dentro de los hogares. Parte del progreso que se ha conseguido para reducir la contaminación en los países desarrollados ha sido a costa de aquellos que están en vías de desarrollo, a donde se están exportando ahora la producción industrial y sus efectos (PNUMA, 2007).

Por otra parte, el uso insostenible de la tierra está causando degradación (una amenaza tan grave como la del cambio climático) y la pérdida de biodiversidad. El primer factor afecta a una tercera parte de la población mundial, a través de la contaminación, la erosión del suelo, el agotamiento de los nutrientes, la escasez de agua, la salinidad y la perturbación de los ciclos biológicos. En cuanto a la biodiversidad, cerca del 60% de los servicios de ecosistemas que se han evaluado están degradados ó se han utilizado de forma insostenible (PNUMA, 2007).

Los principales cambios en el uso de la tierra a escala mundial desde 1987 han sido la pérdida de bosques (una media de 73.000 km² anuales) y el correspondiente aumento de las tierras de cultivo, áreas urbanas y pastos/zonas forestales. La intensidad del uso de la tierra para producción agrícola ha aumentado drásticamente desde 1987. A escala regional, la producción de cereales ha aumentado un 25% en Asia y Pacífico, un 37% en Asia Occidental y un 40% en Latinoamérica y el Caribe. La producción por hectárea ha aumentado de una media mundial de 1,8 toneladas en la década de 1980 a las 2,5 toneladas de hoy en día (PNUMA, 2007).

El cambio climático, el mal uso y la degradación de los ecosistemas acuáticos y la sobreexplotación de las poblaciones de peces están transformando el estado del entorno acuático. El consumo de pescado se triplicó desde 1961 a 2001. El número de capturas se ha quedado estancado o ha descendido lentamente desde la década de los 80. Las subvenciones han creado un exceso en la capacidad de pesca; se calcula que representan un 250% más de lo que se necesita para capturar la producción sostenible de los océanos. Además los cambios actuales en la biodiversidad son los más rápidos que se han visto en la historia del ser humano. Las especies se están extinguiendo a un ritmo cien veces mayor que el que se aprecia en los registros de fósiles. De los grupos de vertebrados principales que se han evaluado exhaustivamente, más del 30% de los anfibios, el 23% de los mamíferos y el 12% de las aves se encuentra en peligro (PNUMA, 2007).

Para 2025 se prevé que el descenso del agua haya aumentado en un 50% en los países en vías de desarrollo y en un 18% en el mundo desarrollado. Además El *GEO₄* dice: "El peso cada vez mayor de la demanda de agua llegará a ser intolerable en los países donde este recurso escasea." La calidad del agua también está descendiendo, ya que está contaminada por patógenos microbianos y por un exceso de nutrientes. El agua contaminada sigue siendo la mayor causa de enfermedad humana y de mortalidad a nivel mundial. Con todo esto, hay menos recursos que compartir: la cantidad de tierra por persona es de casi un cuarto de la que había hace un siglo (PNUMA, 2007).

Ante todo esto, sigue dominando el modelo de desarrollo "norteño", por ejemplo, con crecientes desarrollos urbanos basados en la dependencia de los coches. Hay demasiadas evidencias de desarrollo en perjuicio del medio ambiente, y demasiado pocos signos de medioambiente para el desarrollo. Sin embargo, es este último concepto el que necesita un empujón en el mundo en desarrollo, al mismo tiempo que es necesario frenar el consumo del mundo desarrollado. Común en todas las regiones es el hecho de que la población del mundo ha alcanzado un estado en el que la cantidad de recursos necesaria

para mantenerlo supera lo que hay disponible, la huella ecológica de la humanidad es de 21,9 hectáreas por persona, mientras que la capacidad biológica de la Tierra es de sólo 15,7 hectáreas por persona (PNUMA, 2007).

Pero para los economistas, la solución es fomentar aún más el consumo, ¿será ésta, una adecuada y sobre todo ecológica solución o alternativa?

El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente dice que el mundo no se enfrenta a crisis mundiales independientes: la "crisis medioambiental", la "crisis de desarrollo", y la "crisis energética", pues todas estas son una sola crisis. Habitualmente, las respuestas de las políticas ambientales se han concentrado en reducir las presiones o en enfrentarse a los efectos. Es de reconocerse que esto está cambiando hacia formas de transformar las fuerzas que crean dichas presiones, incluyendo el crecimiento económico y de la población, el consumo de los recursos y los valores sociales. Sin embargo, cambiar estas fuerzas suelen afectar a los intereses de grupos poderosos capaces de influenciar las decisiones políticas. Enfrentarse a los problemas más persistentes exige desplazar el medio ambiente desde la periferia hasta el centro de la toma de decisiones (PNUMA, 2007).

Es de destacarse que la destrucción sistemática de los recursos naturales, ha alcanzado un nivel que supone un reto para la viabilidad de los sistemas económicos. De hecho es probable que se intensifiquen las demandas de recursos de la tierra y los riesgos para la sostenibilidad, pues el crecimiento de la población, el desarrollo económico y la urbanización impulsarán la demanda de más comida, agua, energía y materias primas. Incluso como ya se comentó en párrafos anteriores: posiblemente uno de los factores que propicio la actual crisis económica fue el desabasto de alimentos.

Por eso, en un contexto de esta naturaleza, Alicia Bárcena (2009) enfatiza que la crisis puede convertirse en una oportunidad para redefinir los paradigmas del desarrollo económico dominantes, así como para pensar en una nueva arquitectura financiera internacional y en un nuevo rol para el Estado, en el que se proteja a los sectores más vulnerables de la sociedad y en el que se busque que la rentabilidad privada no conspire contra el bienestar general.

Alicia Bárcena (op. cit.) agrega que se tiene que construir una nueva ecuación entre mercado-estado-sociedad, y yo explicitaría al medio ambiente, pues los últimos 25 años se han vivido bajo la esperanza de que el mercado todo lo resuelve. Se pensó que la sociedad perfecta es aquella gobernada por mercados en lo posible sin Estado, en donde se confunde la idea del ciudadano con la del consumidor, la actual crisis económica y ambiental pone fin a esa ilusión. Se tiene que tener una regulación más allá de los mercados financieros, pues éstos no resuelven por sí solos a la pobreza y la desigualdad por un lado, y las amenazas del cambio climático, por el otro.

Como una de muchas conclusiones, el presente campo bio-psico-social, se puede representar por medio del concepto de crisis, pues ofrece una oportunidad para cambiar a las organizaciones que no están funcionando, pero al mismo tiempo también presenta el

peligro de no hacer los ajustes necesarios y con ello intensificar las deficiencias antes descritas.

Ésta es una pequeñísima muestra de las macronarrativas dominantes del año 2009, que se tomaron como base para construir la percepción del actual campo psicosocial, sobre el que se elabora el presente Reporte Final de Competencias de la Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala.

1.2 Principales problemas que presentan las familias

Para muchos terapeutas sistémicos es limitante el que un terapeuta familiar con enfoque sistémico sólo se avoque a atender familias, dejando de lado el tratamiento de sistemas más amplios. Harlene Anderson (1999) al respecto opina que el trabajar una terapia sistémica-cibernética, o posmoderna únicamente con familias, oscurece la aplicabilidad del enfoque de los sistemas relacionales a otras asociaciones humanas, como: individuos, grupos de trabajo, grupos de edad y sistemas sociales más extensos. Para ella, practicar la terapia familiar restringe el tratamiento a una configuración social particular, desaprovechando con ello el cambio paradigmático que se centra en las relaciones entre sistemas humanos y sus problemas.

De similar manera, Ricardo Ramos (2009) prefiere auto-nombrarse: “terapeuta relacional-sistémico”, en vez de ubicarse como terapeuta familiar, pues para él, el interés de la terapia sistémica se centra en las relaciones, más que en las familias.

Al considerar estas opiniones, se extiende el campo de aplicación de las Terapias Sistémicas y Posmodernas a contextos más amplios que los de las familias. De esta manera se pueden dar aportaciones a problemas de ámbitos más extensos, pues las ideas que colaboran a mejorar la organización de una familia, pueden ayudar a mejorar las relaciones y la organización de una sociedad. Esta es la razón por la que el presente trabajo no se limita a hablar de los principales problemas que presentan las familias, sino que se refiere a la construcción de dificultades de sistemas, en este caso de un sistema muy concreto, nuestro país, con el objetivo de comprender cómo algunas de las problemáticas que se perciben en México pueden impactar el bienestar familiar e individual de los mexicanos, que serán las personas a las que se dirigirá nuestro trabajo terapéutico, pues son los que han financiado los conocimientos que se exponen en este Reporte.

Urie Bronfrenbrenner (1987) dice: “Las capacidades humanas y su realización dependen, en gran medida, del contexto más amplio, social e institucional” (p. 19). Retomando este comentario, se considera que las relaciones, organización y actividades de una familia, están interrelacionadas con su contexto inmediato más amplio, con lo que se justifica que para especificar, describir o construir cualquier problemática de un sistema se considere y contemple lo que ocurre en su micro, meso, exo y macrosistemas.

El macrosistema u organización cultural más general en el que participamos como mexicanos es el bloque latinoamericano. Según Alicia Bárcena (2009), desde su mirada oficialista de la CEPAL, Latino América también se vio sorprendida por la actual crisis en

un período histórico de “bonanza y progreso” en las finanzas macroeconómicas, que no se apreciaba en la región desde hacia más de cuarenta años, sin embargo cuando la crisis se desató se amenazaron seriamente los logros económicos y sociales que se habían conseguido desde un punto de vista neoliberal.

Según un informe de abril de 2009 del Fondo Monetario Internacional, América Latina decrecerá en un 1,6%. Para los especialistas del FMI, los impactos más fuertes se esperan en los dos países más grandes de la región: México -3,7%, y Brasil -2,2%, aunque todos los países sin excepción muestran una significativa desaceleración y, con pocas excepciones, una disminución del PIB por habitante. Con esto se prevé que en la región latinoamericana la tasa de desempleo pueda elevarse a niveles cercanos al 9%, lo que traería aparejado un aumento de la informalidad y un aumento de los niveles de pobreza.

El economista de la UNAM, Eduardo Loria (2009), también visualiza una contracción del PIB y una elevación sustancial del desempleo para 2009 y 2010 en México. De cualquier forma parece que los mexicanos estamos acostumbrados a vivir con crisis económicas. Desde que estalló la crisis de la deuda en 1982, la economía mexicana fue sometida a intensos y penosos períodos de ajuste y estabilización que tuvieron como objetivo contener la crisis financiera e inflacionaria del momento, así como impulsar una serie de cambios profundos en la forma en que estaba organizada la economía para generar y distribuir la riqueza. El resultado observado durante el último cuarto de siglo lleva a concluir que la economía mexicana nomás no ha podido contar con un período de crecimiento sostenido, ni ha generado los cambios necesarios para mejorar las condiciones productivas para un crecimiento de calidad, con aumento del empleo, los salarios y la competitividad.

La situación económica de México no parece que vaya a mejorar; para Alfredo Coutiño, economista senior de Moody's Economic, la recesión de la economía mexicana podría ser similar a la “crisis del tequila” de 1995 y podría registrar una contracción de entre 4% y 5%, o incluso 6% o 7% como ocurrió en el 95. Para este analista la economía de México se desplomó drásticamente a principios de 2009, por los efectos de la recesión estadounidense, pero también por una política económica que reaccionó con timidez y tardíamente. A pesar de la responsabilidad del gobierno mexicano, en la actual crisis el destino de nuestro país depende de las políticas económicas de Estados Unidos, pues México tiene una fuerte relación de dependencia de la economía estadounidense (Cox, 2009).

Por el momento, la economía ha tenido solidez para enfrentar los impactos del canal financiero, gracias a que se aprovechó la bonanza de años anteriores para acumular reservas, disminuir su endeudamiento y repactarlo en mejores condiciones. Pero si el escenario actual se prolonga o profundiza, lo que no puede descartarse, el año próximo se tendrían más dificultades (ECLAC, 2009).

Sin embargo los primeros síntomas de una agudización de la crisis en México se comienzan a presentar, por ejemplo: durante el primer mes del 2009, la tasa de población desocupada alcanzó un máximo histórico de 5.0% de la Población Económicamente Activa (PEA), de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). En ese mismo mes de enero se perdieron alrededor de 336 mil 414 empleos, 0.96% más que el año pasado durante el mismo período. Los analistas creen que las principales causas se derivaron de recortes masivos en plantas y empresas, así como paros técnicos relacionados con la desaceleración económica estadounidense. Ante esto, de enero a marzo de 2009 se registraron 220 mil retiros por desempleo de las Administradoras de Fondos para el Retiro (Afore), lo que significó el doble de lo reportado en el mismo periodo del año pasado (NOTIMEX, 2009).

Ante esta tendencia negativa, para el 28 de abril de 2009 el INEGI daba a conocer que la actividad económica en México se había desplomado en febrero en un 10.8% en términos reales respecto al mismo mes del año de 2008, siendo la peor caída de la tasa anual desde 1993; este dato fue considerado por los analistas como un indicador de la tendencia de la economía mexicana en el sector agrícola, industrial y de servicios.

Con estos datos, parece que las familias mexicanas lentamente se introducen al túnel de la crisis en el que se encuentra todo el mundo.

Hay que destacar que como en el resto del mundo, la crisis económica no es el único reto que enfrentamos los latinoamericanos. El GEO-4 muestra para Latinoamérica y el Caribe otras situaciones que también deberían de ser prioritarias como: la urbanización extensiva y no planificada, las amenazas a la biodiversidad y los ecosistemas terrestres, la degradación costera, la contaminación marina y la vulnerabilidad regional al cambio climático (PNUMA, 2007).

Latinoamérica y el Caribe es la región más urbanizada del tercer mundo. Entre 1987 y 2005 la población urbana creció del 69% a 77% de la población total. La pobreza urbana sigue siendo un problema clave: el 39% de las familias de las ciudades viven por debajo del umbral de la pobreza y el 54% de los extremadamente pobres viven en ciudades. La contaminación atmosférica se controla y gestiona mejor en grandes ciudades como Ciudad de México y Santiago de Chile, pero está aumentando en ciudades medianas y pequeñas, donde es más difícil acceder a los recursos y el control de las tecnologías para la gestión del área urbana (PNUMA, 2007).

En México, de acuerdo a datos del INE (Instituto Nacional de Ecología) la población del país creció de 97.5 a 104.9 millones de habitantes en el periodo de 2000 a 2005. La tasa media de crecimiento anual de la población en ese periodo fue de 1.26%. Los hombres conformaron 48.7% de la población y las mujeres 51.3%. Se prevé que la población aumente a 129.6 millones en 2050 y la edad promedio pasará de 28.3 a 42.7 años en el periodo 2005-2050. Por último, es muy importante destacar que según información proporcionada por la Secretaría de Desarrollo Social, en 2004 el porcentaje de la población en condiciones de pobreza era de 47% del total.

Otro dato importante, es que en nuestro país los recursos naturales y el medio ambiente están sometidos a tendencias de deterioro crónicas que se expresan en elevadas tasas de pérdida de biodiversidad, deforestación, erosión de suelos, desertificación, contaminación de las principales cuencas hidrológicas y contaminación atmosférica en las grandes zonas metropolitanas. Estas tendencias se agravan por una distribución territorial de asentamientos humanos y actividades económicas totalmente inadecuada respecto a la distribución espacial de los recursos hídricos, ya que la mayor densidad de población se presenta en las zonas centro, norte y noroeste, donde el agua es escasa, mientras que las regiones menos habitadas del sureste concentran la mayor parte del recurso hídrico (INE, op. cit.).

Al hacer estudios de vulnerabilidad se han considerado los posibles efectos del cambio climático sobre la agricultura, asentamientos humanos, zonas costeras, desertificación y sequía meteorológica; ecosistemas forestales, recursos hidrológicos y los posibles efectos sobre los sectores energético e industrial. Algunos de estos resultados relevantes se presentan dividiendo el territorio nacional en tres grandes zonas geográficas (norte, centro y sur) (INE, op. cit.).

Zona norte: En caso de que se presentara una duplicación en las concentraciones atmosféricas de CO₂, los climas áridos y semiáridos del norte de México podrían aumentar su área de influencia, mientras que los semifríos desaparecerían. Alrededor del 10% de todos los tipos de vegetación de los ecosistemas forestales se verían afectados por las condiciones secas y cálidas. Grandes extensiones de pastizales y de bosques templados resentirían la presencia de climas más calientes, por lo que podrían incrementarse las zonas con bosques tropicales secos y muy secos, así como las zonas de matorrales desérticos. Resultaría probable que determinadas áreas de la región norte del país, ya no serían aptas para el cultivo de maíz de temporal. Un posible aumento en el nivel del mar afectaría la laguna deltaica del río Bravo en Tamaulipas (INE, 2009).

Zona centro: Por concentrar el mayor volumen de población y actividades económicas, esta zona presentaría una situación de alta vulnerabilidad. Los climas templados húmedos y subhúmedos tenderían a desaparecer en esta zona, aumentando los secos y los cálidos. La sequía y la desertificación, aun cuando en la actualidad presentan grados bajos, aumentarían y se agravarían los problemas de disponibilidad de agua. Los campos de cultivo de maíz de temporal pasarían de ser medianamente aptos a no aptos. Los ecosistemas forestales más afectados en la región central del país serían los bosques templados y los bosques húmedos. La zona costera también se consideraría vulnerable al ascenso del nivel del mar (INE, op. cit.).

Zona sur: La zona sur del país es la que, para distintos escenarios, presenta los menores impactos ante un cambio climático. Por ejemplo, los recursos hídricos no rebasarían los índices de vulnerabilidad considerados en el estudio, aunque en el caso de las costas del Golfo de México y del Mar Caribe se presentan regiones susceptibles al ascenso del nivel del mar. Las zonas de producción de petróleo son las más sensibles, principalmente las que forman parte del conjunto de actividades industriales. En agricultura, de presentarse dicho cambio, la superficie apta para el cultivo de maíz de temporal desaparecería en las

regiones sur y sureste, y la franja costera considerada como no apta se extendería hacia el interior (INE, op. cit.).

También México, por su ubicación geográfica, topografía y aspectos socioeconómicos, es especialmente vulnerable a los impactos de la variabilidad y el cambio climático. Los fenómenos El Niño o La Niña, así como condiciones hidrometeorológicas extremas, han resultado en graves daños y desastres en diversos sectores socioeconómicos del país (INE, op. cit.).

La República Mexicana, en particular sus costas, presentan vulnerabilidad variable al impacto de diversos fenómenos naturales, principalmente huracanes e inundaciones, así como deslizamientos y movimientos telúricos. Lo anterior se debe a las características climáticas derivadas de la localización geográfica del país en la zona subtropical, a las características geomorfológicas, a la dinámica de las placas tectónicas que originan temblores y maremotos, y a los factores asociados al estado de la vegetación y a la fisiografía. Otros factores fundamentales de la vulnerabilidad a los riesgos naturales son la concentración de la población y el desarrollo productivo. De los riesgos naturales destacan los ciclones o huracanes debido a sus efectos anuales en la población, principalmente de mayo a noviembre, que causan inundaciones, grandes pérdidas económicas e incluso la pérdida de vidas humanas (INE, op. cit.).

El país tiene una alta incidencia de ciclones por estar ubicado en cuatro de las seis regiones generatrices de ciclones del mundo (SEGOB-CENAPRED, 2006). En las zonas cercanas a México, los ciclones tropicales se desarrollan en el Océano Atlántico, donde se tiene un promedio de once ciclones tropicales por temporada, de los cuales seis alcanzan la categoría de huracán; mientras que en el Océano Pacífico del Noreste se tiene un promedio de quince ciclones tropicales por temporada, de los cuales ocho llegan a la categoría de huracán (INE-IMTA, 2006). Entre 1980 y 2004, impactaron las costas de México 92 ciclones tropicales, de los cuales 42 tenían intensidad de huracán al llegar a tierra. Para los últimos cinco meses de 2005 se registraron veintitrés tormentas tropicales y algunos huracanes, lo cual no había sucedido para un periodo tan corto en el Golfo de México, en septiembre y octubre emergieron los huracanes Emily, Stan y Wilma, que causaron graves impactos en Tamaulipas, Nuevo León, Yucatán, Veracruz, Hidalgo, Puebla, Oaxaca, Chiapas y Quintana Roo. En promedio, cada año 3.8 de estos fenómenos afectan al país, de los cuales 1.4 a las costas del Golfo de México y el Caribe, y 2.4 a las del Pacífico (INE, 2009).

Hay que señalar que en las últimas décadas, los fenómenos naturales han dejado en México daños con un costo promedio anual de 100 vidas humanas y cerca de 700 millones de dólares (SEMARNAT, 2009).

La falta de agua también es un tema prioritario, sobre todo en el Valle de México, pues mientras que en Campeche la disponibilidad de agua es de 25,840 m³/hab./año, en el Distrito Federal y el Estado de México la disponibilidad de agua es de 190m³/hab/año, la más baja del país. Justo en esta zona existe gran desigualdad en la distribución de agua,

a lo que se agrega el hecho de que en esta parte del país se asienta el 77% de la población y se genera el 85% del PIB (INE, 2009).

A nivel nacional la disponibilidad natural media per capita nacional de agua pasará de 4,505 m³/hab/año en 2004, a 3,808 m³/hab/año en 2025, sin considerar el cambio climático, por lo que México ya se encuentra entre los países con baja disponibilidad de agua. Entre los factores que agudizan el problema de disponibilidad de agua, se encuentra la falta de mantenimiento de las redes de distribución, que ocasiona fugas considerables, así como el uso de agua potable en numerosos procesos que podrían usar agua de menor calidad, por ejemplo, el riego de áreas verdes, algunos procesos industriales y el agua para sanitarios, esto de acuerdo con la Comisión Nacional del Agua.

El efecto más directo del cambio climático en la salud humana es y será el de los golpes de calor, el cual tiene mayor impacto en la población mayor de 65 años y en las personas con enfermedades previas. En el caso de México la mortalidad por golpe de calor parece estar asociada con el calentamiento, especialmente en estados con temperaturas extremas. Los estados con mayor mortalidad son Sonora y Baja California. Mediante registros climáticos y de mortalidad de 1979 al 2003 se observa que en 1998, uno de los años más calurosos de las últimas décadas, se incrementaron las muertes por esta causa. En el caso de Sonora, los incrementos en un grado centígrado llevan a incrementos significativos en la mortalidad por golpe de calor de alrededor de 1.2%, mientras que en Baja California el incremento promedio es de casi 1.3%. Por ello, se puede decir que el riesgo de muertes por golpes de calor aumentará en el futuro por efecto del calentamiento global del planeta que llevará a que en esta región de México se presenten incrementos entre 1 y 2 °C en los próximos veinte años, a menos que se trabaje en una estrategia de protección con los grupos más vulnerables, es decir, los adultos mayores (INE, 2009).

Otra amenaza surgió a finales del mes de abril de 2009, pues se detectó un nuevo virus de influenza porcina A/H1N1 que se comenzó a propagar en territorio nacional, causando muertes humanas en sus inicios según la Secretaría de Salud (2009), con lo que comenzaron a crecer los temores de una pandemia, a tal punto que el 24 de abril de 2009, se cancelaron las clases de todas las escuelas públicas y privadas del Distrito Federal y del Estado de México, con el objetivo de prevenir la propagación de esta enfermedad, situación que no había ocurrido desde el temblor de 1985, y para el 27 de abril del mismo año se había extendido esta medida a los 32 estados del territorio mexicano, además de que varios países habían comenzado a levantar un cerco sanitario hacia los productos mexicanos, aspecto que influyó en el derrumbe de la Bolsa Mexicana de Valores y en un mayor retroceso de la economía nacional.

Indudablemente todas estas problemáticas impactan en los procesos psicológicos individuales de las personas; simplemente al escuchar todas estas dificultades, la ansiedad y la angustia pueden comenzar a surgir en el lector, pues es realmente preocupante la actualidad económica, ambiental y de salud, por lo que no se duda que ante este panorama las personas y familias experimenten dificultades psicológicas, que muy probablemente se traduzcan en trastornos psicológicos como depresión, ansiedad,

fobias, adicciones, etc; y es que es obvio que estas crisis se extenderán a otros ámbitos como la seguridad, la vivienda, la alimentación y la educación, entre otros; al respecto el Secretario de Hacienda Agustín Carstens, a finales del mes de mayo de 2009 declaraba que el gobierno presentaría un déficit de \$300,000 millones de pesos debido a la actual crisis económica y de salud que había experimentado la nación, con lo que se corría el riesgo de descuidar los programas gubernamentales creados para resolver estas problemáticas. Además de todo esto, es necesario tomar en cuenta el impacto que estos hechos tienen en las relaciones interpersonales de los mexicanos, previendo un aumento de los índices de violencia entre individuos en las familias y en la sociedad, pues ante este estrés económico, se pueden producir tensiones familiares entre cónyuges, hijos, hermanos, así como entre vecinos, con lo que las cifras de delitos como los robos se pueden ir a la alza.

Ante este escenario, son varias las problemáticas que se pueden construir en las familias como consecuencia de las crisis que se han estado comentando; así podemos suponer que una persona que pierde su trabajo ante la poca demanda del producto de su empresa, se sienta triste o como dicen algunos psiquiatras “deprimido”, además puede sentirse muy angustiado y estresado, lo que podría derivar en “violencia intrafamiliar”, y hasta en una violencia social, pues también se puede crear la fantasía de que esa persona roba y hasta mata a alguien por conseguir dinero. Se puede construir toda una tragedia de este hecho y de otros más como la escasez de agua, calentamiento global, etc., ¿pero sería terapéutico?, pues ¿a quién se ayudaría al profundizar sólo en la problemática?

Lo bueno es que también se pueden construir otras posibilidades; de esta forma, quizás la persona que pierde su trabajo, podrá crear el negocio que siempre soñó, o a lo mejor se podría acercar más a su familia, o valorar más otros aspectos de la vida. También puede ser que con los retos ecológicos se cobre conciencia y se cambien las políticas de mercado para favorecer a las políticas de medio ambiente, pues como dice Edgar Morin (2007) “Tenemos que esperar lo inesperado, la única esperanza que nos puede unir como humanidad es el peligro ambiental”.

Ante todo esto pareciera que la mayor problemática de una familia y de cualquier otro sistema sería el no encontrar, aprovechar o saber cómo crecer a partir de una crisis, o también se podría decir, que el peor problema de una familia sería el construir una narrativa de la crisis saturada por problemas, de tal forma que no permitiera que el sistema visualizara otras alternativas. Para orientar a las familias y a los demás sistemas a otras posibilidades, las Terapias Familiares Sistémicas-Cibernéticas y las Terapias Posmodernas ofrecen varias ideas y alternativas que se profundizaran a continuación.

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

Las psicoterapias han abordado a las crisis a través de las “intervenciones en crisis”; éstas, regularmente son aplicadas a situaciones de emergencia, de desastres o de catástrofes. Incluso el término de “intervención en crisis” se remonta a los trabajos de

Lindemann y sus colaboradores, tras el incendio del centro nocturno *Coconut Grove* en Boston el 28 de noviembre de 1942, en donde murieron 493 personas (Slaikou, 2000).

A partir de entonces se han elaborado diversas propuestas para atender “situaciones de emergencia o de crisis”, por lo general este tipo de intervenciones se consideran terapias breves, ya que una situación de *crisis* llega a presentar la característica de una desorganización y confusión que trastocan la concepción de temporalidad, lo que puede derivar en una sensación de “urgencia”; y como dice Marcelo Pakman (1996):

A más urgencia para resolver un problema menos complejidad ha de ser incluida en su formulación y más simplistas y reduccionistas serán los pensamientos con los que se aborde. Al mismo tiempo, cuanto más complejidad incluyamos, más puede retardarse la acción e, inclusive, llegar al extremo de la parálisis. Buena parte del “arte terapéutico” descansa en la habilidad para decidir cuánta complejidad ha de ser incluida en nuestro abordaje al problema a enfrentar, como para ser capaces de actuar con eficacia (p. 173).

De esta manera es como se ha utilizado la terapia breve en los diferentes modelos de intervención en *crisis*, pues parece ser un modelo que satisface a las características de este tipo de procesos. En nuestro país son conocidos y aplicados las intervenciones en crisis de Karl Slaikou (2000) y de Leopold Bellack (1993), sobre todo en los centros gubernamentales encargados de brindar apoyo psicológico a la población que así lo solicita, tal es el caso de organismos como SAPTEL en la zona urbana del Valle de México, o de SALME en la ciudad de Guadalajara, sólo por mencionar algunos.

Para Slaikou (2000), la intervención en crisis es:

un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimiza y las probabilidades de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones de vida) se maximiza (p. 6).

La intervención de Slaikou (2000) se puede subdividir en dos fases: 1) La intervención de primera instancia, denominada primeros auxilios psicológicos y 2) La intervención de segunda instancia, concebida también como terapia para *crisis*. La primera ayuda psicológica se debe de brindar de inmediato, es un procedimiento que toma poco tiempo y lo puede dar cualquier asistente comunitario. La terapia para *crisis* está encaminada a facilitar la resolución psicológica de la *crisis*, toma más tiempo, de semanas a meses y la brindan terapeutas (Slaikou, op. cit.).

Por su parte, la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia de Bellack (1993), es una intervención breve basada en la teoría psicoanalítica, en la que primero se profundiza en conocer los antecedentes de la persona y del síntoma, con el objetivo de poder hacer una formulación de la estructura psicodinámica de la persona, que permita una intervención planificada.

En lo que respecta a las intervenciones en crisis de las Terapias Familiares Sistémicas y de las Terapias Posmodernas, no se tienen modelos específicos para intervenir en situaciones de crisis, a excepción del trabajo de Frank S. Pittman (1991) en el proyecto

Denver. Este proyecto consistía en estudiar las crisis que podían ser derivadas a un hospital psiquiátrico, aplicando una terapia familiar que consideraba los siguientes 7 pasos:

- 1) Respuesta de emergencia: Intervenir rápidamente, para reducir la sensación de emergencia y centrar la atención en la crisis específica y en los cambios precisos que ella requiere.
- 2) Involucrar a la familia: cerciorarse de que todos aquellos que tal vez tendrán que cambiar estén involucrados en comprender el cambio.
- 3) Definir la crisis: responder a las interrogantes: “¿Por qué ahora?” y “¿Qué se protege de un cambio, por encima de todo, mediante esta crisis?”; determinar si la situación es un golpe inesperado y único, una crisis de desarrollo previsible, una crisis estructural recurrente, o una crisis de cuidador.
- 4) Prescripción general: Se mitiga la sensación subjetiva de emergencia, para posibilitar el proceso de cambio de una forma sutil.
- 5) Prescripción específica: Se asignan tareas simbólicas o reales que puedan resolver la crisis.
- 6) Vencer la resistencia al cambio: se determina quien impide el cambio, cómo se impide y por qué; se debe de detectar lo que se protege del cambio a toda costa.
- 7) Terminación: Se evita que el terapeuta se convierta en un cuidador que sea obstáculo para el cambio.

Para Pittman (op. cit.) las intervenciones en crisis no se limitan a situaciones de emergencia, ya que este tipo de intervención se puede realizar ante el estrés provocado por las crisis propias del desarrollo de una persona y de una familia. Este autor también sugiere que al comenzar a hacer una intervención en crisis, se normalice la manifestación del estrés propio de este tipo de sucesos.

El resto de las aportaciones de los terapeutas familiares sistémicos y de los terapeutas posmodernos, se refieren a ideas más teóricas que pueden ayudar a entender las crisis de una manera más cibernética y constructorista, lo que puede conseguir un mayor beneficio de las situaciones de crisis.

Así los terapeutas del MRI, perciben que los sistemas en *crisis* intentan atender a los avisos de regulación que emiten las mismas *crisis*, sólo que lo hacen de una manera errónea; concluyen que lo que mantiene los problemas en los sistemas son sus intentos de solución, para ellos el problema por el que persisten las crisis es por la falta de cambio en los sistemas que se aferran a su manera de proceder, más que a eventos traumáticos. A partir de este momento se comenzó a estudiar al cambio relacionado con la estabilidad, más que como antagónicos, como complementarios. Esta idea fue la que los llevó a pensar en dos tipos de cambio: El cambio 1 que se refiere al cambio que promueve la estabilidad, para que un sistema alterado recupere su homeostasis; esto es, el cambio que mientras más cambian las cosas más siguen permaneciendo las mismas. Y el cambio de tipo dos, que algunos conocen como el cambio del cambio; que se refiere al cambio

que promoverá un cambio en el sistema, y se dará al modificar las reglas que gobiernan la estructura y el orden interno (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1999).

Pareciera que las resoluciones de las *crisis* más graves y crónicas necesitan por lo general de cambios de tipo 2, ya que cuando se requiere este tipo de cambio y no se da, las *crisis* se vuelven más intensas. Watzlawick, Weakland y Fisch (1999), proponen una intervención psicoterapéutica de 4 etapas para producir el cambio que exige una crisis:

- 1) Una clara definición del problema en términos concretos, en el que se debe de saber diferenciar los problemas de los pseudoproblemas, ya que por ejemplo puede ocurrir que alguien asista a terapia con la intención de cambiar a otro.
- 2) Una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas, esto ayuda a explorar cuál ha sido la solución intentada que no ha producido el cambio, es útil conocerla con el fin de evitarla; además al hacer esto también se revelará qué es lo que mantiene la situación que ha de ser cambiada, y dónde ha de ser aplicado el cambio.
- 3) Una clara definición del cambio concreto a realizar, pues muchas de las veces una persona no obtiene lo que desea ante la vaguedad de sus metas.
- 4) La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio. Para lograr esto es importante tener muy claro dos cosas: a) el objeto de cambio es la solución intentada, pero equivocada, y b) la táctica elegida es traducida al propio lenguaje de la persona, es decir, se presenta el plan utilizando el modo en que la persona conceptualiza la realidad.

Se propone en el presente trabajo que todas estas ideas que en la práctica han ayudado a diferentes sistemas individuales, familiares, empresas, etc., también podrían ayudar a las crisis económicas y medioambientales, pues si en la actualidad estamos viviendo estas intensas crisis es porque las soluciones que se han intentado se han convertido en el problema.

Para el terapeuta familiar Jay Haley, las *crisis* son propias de los períodos de transición de un sistema en su curso evolutivo (y no solamente de catástrofes), éstas, llegan a generar pautas problemáticas de coalición y experiencias sintomáticas en y entre los elementos de un sistema, como lo es: la familia; que es la principal organización a la que Haley dedica sus trabajos. Incluso el tercer libro de Jay Haley (2007), trata sobre la especificación de estas etapas de transición que pueden provocar crisis en las familias y por ende en cualquier ser humano: 1. Periodo de galanteo, 2. El matrimonio y sus consecuencias, 3. El nacimiento de los hijos y su crianza, 4. Las etapas intermedias de la vida conyugal, 5. El periodo en que los padres se destetan de los hijos, y 6. El retiro de aquellos y su vejez.

Uno de los objetivos de la terapia familiar estratégica, según Cloé Madanes (1993); es el de establecer objetivos claros y programar una intervención con el fin de ayudar a que los clientes sobrelleven sus *crisis* que enfrentan en determinadas etapas de la vida familiar.

Para los terapeutas estratégicos un problema es un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas, pues la epistemología con que se aborda este tipo de modelo es sistémica, por lo que no considera a ningún sujeto aislado, sino siempre en relación a un contexto social. Los síntomas que presente un sistema, son contratos entre seres humanos adaptados a las relaciones que ellos mantienen. El terapeuta se incluye en tales relaciones, pues para este enfoque es el terapeuta el que define el problema de una manera que sea posible solucionarlo.

Después de que el terapeuta define el problema de modo que se pueda solucionar, se fija un objetivo concreto y se interrumpen las secuencias problemáticas introduciendo mayor complejidad y alternativas. Para Haley (2006) el cambio no se produce con la comprensión, sino con la acción, para que surja el cambio se necesita actuar, por lo tanto el terapeuta debe de prescribirle a su paciente directivas directas o metafóricas.

Haley (1993) reconoce que ante una *crisis* familiar en la que las personas corren peligro, el terapeuta deberá de asumir una postura directiva, ante la cual el terapeuta tomará decisiones y asumirá una mayor responsabilidad en nombre de personas a quienes su estado anímico no se los permite. Además, para Jay Haley (op. cit.), las *crisis* son los momentos en los que más se puede hacer por las personas y en los que más se demanda o se le exige a un terapeuta, con lo que estos eventos se deben de aprovechar para obtener el máximo beneficio, pues probablemente una vez que pase el momento de *crisis* se impedirá el cambio y se demorará la resolución de las dificultades hasta la próxima dificultad. Por lo tanto, en la terapia estratégica muchas de las veces se fomentarán las *crisis*, durante los procesos psicoterapéuticos.

Keeney y Ross (1993) sintetizan la aplicación de la terapia estratégica de Jay Haley de la siguiente manera:

- 1) Definir el problema en términos resolubles.
- 2) Trazar distinciones que permitan observar la organización secuencial del problema.
- 3) Proponer una teoría explicativa para la organización de la secuencia, basado en la jerarquía social.
- 4) Distinguir los diferentes tipos de jerarquías que existen en la organización, por medio de hacer observaciones sobre coaliciones establecidas.
- 5) Contemplar todo esto bajo los estadios evolutivos de la familia.

Las ideas de la terapia estratégica también se pueden utilizar en sistemas más amplios que las familias, sobre todo en las crisis que se han construido entorno a acuerdos humanos, según la organización de ciertas jerarquías sociales.

Otras alternativas para abordar las crisis son las Terapias Posmodernas. Para este tipo de epistemología, son las formas de conversación social negociadas las que brindan los recursos necesarios para que una persona crea que está en crisis. Estas formas de conversación se construyen en la interacción; así para que una persona piense que padece una crisis, debe de participar lo suficiente en las formas de discurso de la

comunidad y contribuir a la construcción de lo que se entiende por *crisis* (McNamee, 1996). Como se puede notar el posmodernismo se caracteriza por su especial énfasis en el lenguaje, es decir en la interacción mutua para la construcción de mundos personales de significados.

Por ejemplo, los constructivistas como von Foerster señalan, que una vez que las crisis son ubicadas en el dominio cognitivo, se vuelven posibles de cambio a través de una elección del lenguaje adecuado; lenguaje que él sugiere: sea co-generado en un proceso terapéutico. Por su parte Maturana y Varela (1987), comentan que una *crisis* es considerada para ellos, como un momento en la vida de una persona, en la que la vulnerabilidad se da en el lenguaje (Pakman, 1996).

Para el construccionismo social, una *crisis* se crea dentro de una comunidad. Desde la perspectiva discursiva, la *crisis* se contempla como un fenómeno construido localmente y no como un “problema” individual. Teniendo un pensamiento de este tipo, se tendrá cuidado de que en un proceso de terapia no se impongan las construcciones culturales que contribuyan a la *crisis*; más bien se tendrá en mente y se trabajará la existencia de diferentes comunidades discursivas, que abran la posibilidad de que se den nuevas maneras de actuar. Esto se puede conseguir cuestionando continuamente las premisas y los mundos de la vida local de una comunidad, como lo es la creencia de que la *crisis* es lo peor que puede pasarle a alguien, pero algunas veces quizás bajo este *irreverente* enfoque (Cecchin, 2002), también sea necesario cuestionar que las *crisis* son oportunidades (McNamee, 1996).

De esta forma las *crisis* dejan de ser esos monstruos espantosos que de repente nos toman por sorpresa, para convertirse en una narración construida en una comunidad, como puede ser la comunidad creada entre un terapeuta y un paciente (McNamee, op.cit.).

En conclusión, para los construccionistas sociales, como Sheila McNamee (1996) una crisis:

Se convierte en un maravilloso momento, adecuado para liberarse de las ideas de “corrección”, “objetividad” y “aceptación”; y para rediseñar y reconstruir el propio lugar dentro de la narración, dentro de la historia de la vida en curso. Pero el éxito o fracaso de esa empresa sólo pueden darse dentro del ámbito discursivo (pp. 230-231).

En el Construccionismo social, las personas pasan de tener *crisis* a construirlas. Una forma de conseguir una construcción de la *crisis* en terapia, es la utilización de la terapia de posibilidades de Bill O’Hanlon (2008).

El modelo de posibilidades de Bill O’Hanlon, antes conocido como Terapia Centrada en soluciones, es una de las terapias que se puede considerar posmodernista. Este tipo de terapia hace una propuesta muy concreta para la intervención en *crisis*. De hecho O’Hanlon en el año 2005 publicó un libro traducido al español como: “*Creecer a partir de la crisis*“. En él se expone, de una manera sencilla algunos de los principios de la terapia centrada en soluciones y de posibilidades que pueden ser útiles en una *crisis*. En este

Reporte Final de Competencias se profundizará en este tipo de intervención en el capítulo III, demostrando su efectividad en tres casos de familias atendidas, más cabe aclarar que la propuesta de O'Hanlon no se limita a ser aplicada sólo con familias, ya que puede ser una alternativa que introduzca posibilidades en el abordaje de las crisis que nos amenazan a nivel local e internacional.

2.- Características de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico

2.1 Descripción de los escenarios

La Residencia en Terapia Familiar del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM de la FES Iztacala, tiene tres diferentes escenarios para llevar a cabo las Prácticas Clínicas Supervisadas: La Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, el CCH Azcapotzalco y la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla.

Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala

La Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala está ubicada en el Edificio de Endoperiodontología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. En ese edificio se destinó un espacio para que los alumnos de la Residencia en Terapia Familiar brindaran el servicio de psicoterapias sistémicas y psicoterapias posmodernas a la población que así lo solicita.

Este espacio consta de 2 salas divididas por un espejo unidireccional, lo que forma una cámara de Gesell. En una de las salas se sitúa al sistema consultante y al terapeuta, en ese mismo lugar también se encuentran alrededor de 8 sillas algunas veces apiladas una sobre otra con el objetivo de utilizar sólo las requeridas por un determinado sistema, esto brinda la posibilidad de tener un escenario flexible y adaptable a cada sistema que requiere de la psicoterapia. También en el mismo sitio se encuentra una video cámara digital apoyada en un tripie, se requiere de ambos objetos porque todas las sesiones que se tienen, requieren ser grabadas. Otro aparato electrónico que se encuentra en ese lugar es un teléfono inalámbrico, que se introduce también a la sesión con el objetivo de que se tenga una comunicación con el equipo terapéutico. Por último también se describe a una mesa de madera que por lo general se encuentra cerca del terapeuta y que es utilizada para sostener un paquete de pañuelos desechables, que llegan a ofrecerse cuando alguno de los pacientes lo requiere.

En la otra sala, detrás del espejo, se reúnen el equipo terapéutico, las supervisoras y en algunos semestres un equipo de observadores. En este sitio hay aproximadamente 8 ó 9 sillas individuales y una hilera de 3 sillas hasta el final de este salón. También se tiene una televisión y una mesa en la que ésta se apoya; dicho monitor sirve para ver y sobre todo escuchar lo que acontece al otro lado del espejo en el sistema que es observado. En este lugar se encuentra ubicado otro teléfono inalámbrico, con el que las supervisoras llaman a los terapeutas cuando tienen alguna duda o sugerencia. También se cuenta con un pizarrón blanco para escribir con marcadores algunos mensajes. Además esta habitación tiene en algunas de sus paredes los horarios que organizan las sesiones psicoterapeutas, y ahí mismo se encuentra un garrafón de agua. Otros objetos son dos

archiveros para guardar los expedientes y al lado de éstos, se puede apreciar un mueble de computadora y una computadora junto con un teléfono.

CCH Azcapotzalco

En el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco de la UNAM el servicio de Terapia Familiar se brinda en la sala de lectura que se encuentra en el edificio del SILADIN. En este espacio también se ha construido una cámara de doble visión, por lo que se cuenta con un espejo unidireccional que divide al espacio en dos ambientes diferentes. Aunque cabe señalar que es una cámara muy distinta a la de la de la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, pues mientras que en esta última el espejo divide a dos salas con proporciones casi iguales, en el CCH el espejo unidireccional fue instalado en una sala más grande y solo en una de sus esquinas, con lo que se tiene una sala mucho más pequeña que la otra. En la sala más pequeña es donde se reúne el equipo terapéutico, las supervisoras y en algunos semestres el equipo de observadores; en este sitio se tiene alrededor de 10 asientos, una televisión por medio de la cual se escucha todo lo que ocurre en la terapia, un interfono con el que las supervisoras se comunican con el terapeuta cuando tienen alguna sugerencia o duda, y además una mesa en la que se colocan varios objetos.

En la sala más grande de la cámara Gesell del CCH, es dónde tiene lugar la intervención terapéutica entre el sistema consultante y el terapeuta; también en este sitio se cuenta con varios sillones, alrededor de unos 10 que por lo general se encuentran alrededor de una mesa redonda; cuando se va a tener un encuentro terapéutico se jalan al frente del espejo unidireccional los sillones necesarios para que la familia pueda sentarse y también para que pueda ser observada por el equipo de terapia. Enfrente de este sistema terapéutico se ubica la cámara que se apoya sobre un tripié fijo, y en una de las paredes hay una bocina por la que se pueden recibir los mensajes de las supervisoras. También se encuentra un pizarrón, un garrafón de agua y un pequeño sofá cerca de la puerta.

Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla

En la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla se tienen las sesiones de las Prácticas Supervisadas en el consultorio de la psicóloga de ese centro de salud. En este sitio no se cuenta con un espejo unidireccional, lo que se tienen son varias sillas, aproximadamente una 15, además se cuenta con una televisión, una cámara digital y un tripié para apoyarla; un pizarrón blanco en el que se escriben los mensajes al terapeuta, ya que cuando se tiene una sesión de psicoterapia: el terapeuta acerca las sillas necesarias para que sus pacientes se sienten, el acomodo de las sillas se hace dejando que los pacientes den la espalda al resto de los terapeutas y al pizarrón, mientras el psicoterapeuta queda frente al equipo de terapeutas, supervisoras, equipo de observación y pizarrón blanco, en éste se le apuntan las sugerencias de la sesión con un marcador.

2.2 Análisis sistémico de los escenarios

Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala

El sistema de atención con que se da el servicio en la Clínica de Terapia Familiar es abierto a cualquier persona que lo solicite. La solicitud se hace llenando una papeleta que se encuentra en un buzón ubicado al lado de la puerta de la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala en el Edificio de Endoperiodontología. Cuando se han completado los datos requeridos, la persona debe introducir el documento que llenó en el buzón. Éste será revisado por la encargada de la Clínica que canalizará al solicitante con alguno de los terapeutas de la residencia; una vez que un terapeuta del programa posee los datos, tiene el compromiso de agendar una cita con los solicitantes para iniciar un proceso psicoterapéutico; esta llamada para acordar la primera sesión, también puede aprovecharse para recabar algunos datos importantes sobre la familia consultante, los antecedentes del síntoma, entre otros.

Después de que se acude a la primer sesión, se siguen programando encuentros subsecuentes cada 15 días los martes y jueves con el objetivo de brindar una psicoterapia familiar, esto continua sucediendo hasta que el sistema terapéutico total lo requiere. El costo de este servicio es de \$50 y este dinero debe de ser pagado en la caja de la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) de la FES Iztacala, ahí se le otorga al paciente dos papeletas, de las cuales una debe de ser entregada al terapeuta, para llevar un control de los pagos.

CCH Azcapotzalco

En la Clínica de Terapia Familiar del CCH Azcapotzalco, los pacientes son canalizados por el Departamento de Psicopedagogía del Colegio de Ciencias y Humanidades Azcapotzalco. Este organismo universitario sólo refiere a terapia familiar a los alumnos del plantel y a sus familias, sobre todo cuando consideran que éstos mantienen dificultades: académicas, familiares, emocionales y sociales. Además de los alumnos, también se le ofrece el servicio a personas que laboran en la institución, como son profesores, personal administrativo, entre otros.

El modo de operar del sistema de atención de la Clínica de Terapia Familiar del CCH es: 1) un miembro del equipo de terapeutas se dirige al Departamento de Psicopedagogía de la institución, 2) éste da al terapeuta varios casos que han sido recogidos a lo largo del semestre; 3) éstos casos se reparten entre los terapeutas de la Residencia en Terapia Familiar; 4) cada terapeuta se contacta con el sistema que solicita ayuda y aprovecha este contacto para recabar datos sobre el sistema que mantiene el problema, y sobre antecedentes, una vez hecho esto, da la cita para la primer reunión terapéutica.

Se tienen reuniones de psicoterapia hasta que el sistema terapéutico total lo determina, es de destacar que esta atención no tiene ningún costo.

Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla

En la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla la psicóloga de la institución de este centro de salud, es quien determina y canaliza cuáles casos deberán de ser atendidos por los alumnos de la Residencia en Terapia Familiar; así es como semestre a semestre entrega dos casos a cada terapeuta familiar; éste último se pone en contacto con las familias o pacientes solicitantes con el objetivo de hacer una entrevista telefónica y también para dar una primer cita de terapia. Después de la primera sesión, se llegan a tener tantas citas de psicoterapia como el sistema lo requiera.

La población que se atiende en la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE está constituida exclusivamente por derechohabientes, sus familiares y los trabajadores del mismo Instituto, lo que implica que el servicio como parte de la institución no tiene un costo.

Es de destacar que en este centro de salud se tienen varias diferencias en relación con los otros dos escenarios de la Prácticas Clínicas Supervisadas; por ejemplo en este escenario el terapeuta debe de usar una bata blanca, además después de cada encuentro psicoterapéutico se tiene que llenar un formato requerido por el ISSSTE que se entrega a la psicóloga de este organismo con el objetivo de tener un control institucional.

2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico

El trabajo clínico que se realizó a lo largo de la Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala, fue diverso según los semestres que se cursaron, ya sea por el tipo de participación que se desempeñó, o por la sede en la que se tuvieron las prácticas, o también por la familia o consultante que se atendió.

Así, al cursar el 1° semestre de la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología, en los meses de septiembre a diciembre del año 2007; se tuvo la oportunidad de pertenecer a un sistema terapéutico que brindó el servicio de terapia familiar a varios sistema familiares en dos diferentes sedes. Las sedes en las que se ofreció el servicio de terapia familiar fueron el CCH Azcapotzalco y la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla.

En el CCH Azcapotzalco se atendieron durante el semestre de septiembre de 2007 a diciembre del mismo año: 5 casos, por medio de cinco diferentes compañeros terapeutas:

Pacientes	Terapeutas
Giovanni Camacho Servin	Mónica Ayala Mira
Mirna Nayeli Hernández García	Violeta Adlai Hernández Mtz.
Erika Zuñiga	Laura Susana Núñez Becerra
Claudia Lizeth Molina Mtz.	Alejandra Pilloni
Familia: Olivares Castillo	Cristian Eduardo Treviño Guerson

Estos terapeutas contaron con la supervisión de la Mtra. en Terapia Familiar Juana Bengoa. Además fueron apoyados por un equipo de observadores compuesto por mí y las siguientes compañeras psicólogas: Claudia Elisa Canto Maya, Karla Lorena Guerrero Enríquez, María Angélica Quirino Romo y Erika Tepancal Gómez; en este primer semestre la participación que se tuvo sólo fue de observar el trabajo que desempeñaron los compañeros del tercer semestre.

En la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla, se atendieron los siguientes casos a cargo de los siguientes terapeutas:

Pacientes	Terapeutas
Familia Orozco García	Mónica Ayala Mira
Isidra Varela Santiago	Mónica Ayala Mira
Familia Ordoñez Correa	Violeta Adlai Hernández Mtz.
Familia Silva García	Violeta Adlai Hernández Mtz.
Familia Bravo Trigo	Laura Susana Núñez Becerra
Familia Ávila Martínez	Laura Susana Núñez Becerra
Familia Ramos Salazar	Alejandra Pilloni
Amparo Batres Palacios	Alejandra Pilloni
Ma. Esther Miranda	Cristian Eduardo Treviño Guerson
Verónica Hdz. Vázquez	Cristian Eduardo Treviño Guerson

Todas estas sesiones fueron supervisadas por la Mtra. Carmen Susana González Montoya y por la Mtra. María Rosario Espinosa Salcido. También en esta sede se contó con el apoyo del equipo de observadores anteriormente descrito.

La forma como se trabajó en ambas sedes fue por medio de una pre-sesión seguida de la sesión terapéutica; luego se hacía una pausa con el equipo y después se regresaba con el paciente para darle el mensaje elaborado en la pausa por el terapeuta, supervisoras y equipo de observación. Por último, una vez que se despedía al paciente, se tenía una etapa de post-sesión, en la que se revisaba el encuentro terapéutico y se planeaba la siguiente intervención.

Los modelos que se utilizaron fueron: El Modelo de Terapia Breve del MRI, El Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, El Modelo de Terapia de Milán y El Modelo de Terapia Narrativa de Michael White.

Durante el segundo semestre de la 7° generación de la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología de la UNAM, que comprendió los meses de febrero a julio de 2008, se realizaron las Prácticas Clínicas Supervisadas II en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, a cargo de las Doctoras: María Suarez Castillo, Luz de Lourdes Equiluz Romo e Iris Xóchitl Galicia Moyeda.

Estas Prácticas Clínicas, fueron aprovechadas por mí y por las compañeras psicólogas: Claudia Elisa Canto Maya, Karla Lorena Guerrero Enríquez, María Angélica Quirino Romo y Erika Tepancal Gómez. En este semestre ya no se contó con la participación de un equipo de observadores.

La atención psicoterapéutica se brindó a las siguientes familias, a través de varios terapeutas:

Pacientes	Terapeutas
Familia Gracida Lechuga	José Luis Castellanos Guevara
Familia Rodríguez Alba	Erika Tepanctal Gómez
Familia Vega Escamilla	María Angélica Quirino Romo
Familia Arano Mosqueira	Claudia Elisa Canto Maya
Familia Arteaga Zavala	Karla Lorena Guerrero Enríquez
Familia Mercado Bravo	José Luis Castellanos Guevara
Familia Zamora	María Angélica Quirino Romo
Familia Zamudio González y Karina Mago González	Karla Lorena Guerrero Enríquez
Paciente Juana Flores Barrios	Claudia Elisa Canto Maya
Paciente Gabriela Carreón Guerrero	Erika Tepanctal Gómez

Las sesiones psicoterapéuticas se llevaron a cabo los días martes y jueves cada quince días. Quien esto escribe se responsabilizó directamente de la atención de la familia Gracida Lechuga los días martes y de la Familia Mercado Bravo los días jueves. A la primer familia antes mencionada se le dio de alta, mientras que a la última citada con anterioridad se le dio una alta parcial, pues dejaron de asistir a las sesiones de psicoterapia, por lo que se hizo el cierre del proceso de forma telefónica.

En este semestre no se tuvo equipo de supervisión y se continuó trabajando con el formato de: 1) Pre-sesión, 2) Sesión, 3) Pausa, 4) Mensaje del equipo y 5) post-sesión. Los modelos psicoterapéuticos utilizados fueron: El Modelo de Terapia Estratégica de Jay Haley, el Modelo de Terapia Breve del MRI, el Modelo Estructural, y la Terapia Narrativa de Michael White.

En lo que respecta al tercer semestre de la 7° generación de la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología de la UNAM, que comprendió los meses de agosto a diciembre de 2008, se realizaron las Prácticas Clínicas Supervisadas III en la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla y en el CCH Azcapotzalco de la UNAM, a cargo de las Maestras: Carmen Susana González Montoya, María del Rosario Espinosa Salcido, Argelia Gómez Ávila, Carolina Rodríguez González y Laura Edith Pérez Laborde.

A estas Prácticas Clínicas, asistieron las psicólogas: Claudia Elisa Canto Maya, Karla Lorena Guerrero Enríquez, María Angélica Quirino Romo y Erika Tepanctal Gómez y quien esto escribe.

Además se contó con la presencia de un equipo de observación de terapeutas que cursaban el 1° semestre de la Residencia en Terapia Familiar, los nombres de estos psicólogos son: Selene Domínguez Boer, Ana Monroy Sosa, Juan Manuel Montiel Génova, Iliana Riquelme Sáenz y Christian Sandoval Espinosa.

La atención psicoterapéutica se brindó a las siguientes familias y pacientes individuales en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE Tlalnepantla:

Pacientes	Terapeutas
Alma Rosa López Castañeda	María Angélica Quirino Romo
Familia Díaz Mejía	María Angélica Quirino Romo
Familia Elizondo Esparza	José Luis Castellanos Guevara
Familia Espinosa González	José Luis Castellanos Guevara
Familia Granados Velázquez	Claudia Elisa Canto Maya
Familia Hernández Román	Karla Lorena Guerrero Enríquez
Familia Martínez Hidalgo	Karla Lorena Guerrero Enríquez
Familia Martínez Olguín	Claudia Elisa Canto Maya
Familia Ortega Salas	Erika Tepancal Gómez
Familia Navarrete Mendoza	Erika Tepancal Gómez
Familia Rodríguez Villagran	Karla Lorena Guerrero Enríquez

La atención psicoterapéutica que se brindó en el CCH Azcapotzalco, fue a las siguientes familias y pacientes individuales:

Pacientes	Terapeutas
Ana Elizabeth Colín Gómez	María Angélica Quirino Romo
Celia Nayeli Paz Castillo	Erika Tepancal Gómez
Familia Cerón Santos	Claudia Elisa Canto Maya
Familia Ventura Rojas	José Luis Castellanos Guevara
Maco Antonio Meza Lara	Karla Lorena Guerrero Enríquez

A mi se me asignó la familia Elizondo Esparza, la familia Espinosa González en el ISSSTE y la familia Ventura Rojas en el CCH Azcapotzalco. A los tres casos se les dio de alta definitiva.

Las sesiones se llevaron a cabo los martes y jueves de los meses de septiembre a diciembre de 2008, y sólo un martes y dos jueves del mes de enero de 2009, estos días correspondientes al 2009, se decidió dar seguimiento sólo a algunos pacientes.

Como ya se ha expuesto, todas y cada una de las sesiones de psicoterapia de las Prácticas Supervisadas III se dividieron en 5 partes:

- 1) Pre-sesión: se leía un acta de sesión en la que se explicaban los datos generales de los pacientes, miembros de la familia que asistirán a la cita, un resumen de la reunión anterior, las hipótesis que sustentaban las intervenciones y los objetivos que se pensaban llevar durante la terapia que comenzaría en algunos minutos. Además en este momento también se recababan algunas sugerencias y correcciones que se creían pertinentes de llevar a cabo.
- 2) Sesión: Una vez leída el acta, se pasaba a comenzar la sesión de psicoterapia, esta etapa, por lo general duró 1 hora, y durante ésta, los miembros del equipo terapéutico daban sus sugerencias por teléfono en el CCH y por medio de un pizarrón en la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE Tlalnepantla, ya que en

esta última sede, no se contó con una infraestructura que permitiera tener un espejo unidireccional que separara al equipo de la intervención psicoterapéutica.

- 3) Pausa de la sesión: Unos minutos antes al término de la terapia, se tuvo una reunión con todo el equipo de psicoterapeutas, con el objetivo de consultar las opiniones de los compañeros terapeutas, los observadores y las supervisoras.
- 4) Conclusión de la sesión: Después de haber estado en reunión con el equipo terapéutico, se pasaba de nuevo con los pacientes y se les daba el mensaje acordado entre todos los terapeutas que conformaban el equipo de terapia, muchas de las veces, se les dieron sugerencias o tareas que tenían que hacer en los días subsiguientes al encuentro psicoterapéutico, que por cierto serían reportados en la siguiente sesión, pues si era necesario se les citaba para otra ocasión. También hubo ocasiones en las que se intentó utilizar un equipo reflexivo, por lo que algunos terapeutas del equipo pasaban en esta etapa y expresaban sus opiniones delante de los consultantes.
- 5) Post-sesión: En esta parte, se analizaba lo ocurrido en la terapia, se daban sugerencias y retroalimentaciones de lo ahí observado, era un momento de mucho aprendizaje para todo el sistema terapéutico total.

Los modelos de psicoterapia que se utilizaron en este semestre fue el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, El Modelo de Terapia Breve del MRI, El Modelo de Terapia Narrativa y El Modelo de Terapia de Milán.

Para el 4º Semestre de la Residencia en Terapia Familiar, se llevaron a cabo las Prácticas Clínicas Supervisadas IV en el periodo comprendido entre los meses de febrero a junio de 2009, bajo la supervisión de las Doctoras: María Suarez Castillo, Luz de Lourdes Eguiluz Romo e Iris Xóchitl Galicia Moyeda.

A estas Prácticas Clínicas, asistieron el equipo formado por las compañeras psicólogas: Claudia Elisa Canto Maya, Karla Lorena Guerrero Enríquez, María Angélica Quirino Romo, Erika Tepancal Gómez y quien esto escribe. En las Prácticas Supervisadas IV no se contó con el apoyo de un equipo de observadores.

La atención psicoterapéutica se brindó a las siguientes familias, los martes y jueves cada 15 días:

Pacientes	Terapeutas
Familia González Tapia	José Luis Castellanos Guevara
Familia González Rojas	María Angélica Quirino Romo
Nora Elsa García Jaramillo	Claudia Elisa Canto Maya
Familia Salinas García	Erika Tepancal Gómez
Familia Romero Hernández	Karla Lorena Guerrero Enríquez
Familia Luna Estrada	José Luis Castellanos Guevara
Familia Sánchez Herrera	Karla Lorena Guerrero Enríquez
Familia Rojas Morelos	Erika Tepancal Gómez
Familia Riviera Medina	Claudia Elisa Canto Maya
Familia Lorenzo Rivera	María Angélica Quirino Romo

Las familias que atendí fueron la familia González Tapia y la Familia Luna Estrada, ambas familias fueron dadas de alta de forma definitiva en menos de 6 sesiones. Durante los encuentros terapéuticos se mantuvo el esquema de: pre-sesión, sesión, pausa, mensaje y post-sesión. Los Modelos de Terapia que se utilizaron fueron: El Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones y Terapia Narrativa de Michael White.

El siguiente cuadro expone de forma resumida, el trabajo que realicé con las familias que se atendieron a lo largo de la Residencia en Terapia Familiar:

Semestre	Familia	Modelo de Terapia	Número de Sesiones	Resultado
2°	Familia Gracida Lechuga	Modelo de Terapia Estratégica	10	ALTA
2°	Familia Mercado Bravo	Modelo de Terapia Estratégica	5	ALTA PARCIAL
3°	Familia Elizondo Esparza	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones	7	ALTA
3°	Familia Espinosa González	Modelo de Terapia Breve del MRI	8	ALTA
3°	Familia Ventura Rojas	Modelo de Terapia Estratégica	6	ALTA
4°	Familia González Tapia	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones	6	ALTA
4°	Familia Luna Estrada	Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones	5	ALTA

II. MARCO TEÓRICO

1.- Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo

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

Análisis teórico conceptual de la Teoría General de Sistemas

Bertalanffy (1984) reconoce que la noción sistémica es tan vieja como la filosofía europea. Pues puede partir de la visión holista aristotélica, expresada en la frase: “El todo es más que la suma de sus partes”. Lamentablemente esta visión fue eliminada en los posteriores desarrollos de la ciencia occidental; sin embargo, los problemas en ella contenidos, tales como el orden e intencionalidad de los sistemas vivientes, en lugar de ser resueltos, se negaron y soslayaron, al optar por las ideas de Descartes, de reducir los fenómenos complejos a partes y procesos elementales.

El método cartesiano dio resultado cuando los hechos observados podían dividirse en cadenas causales aisladas, es decir, en relaciones entre dos o pocas variables, pero la situación se agravó cuando hubo que estudiar la organización de los seres vivos, incluso el del átomo, además del más simple de los sistemas, el del protón (Von Bertalanffy, 1984).

Así fue como los problemas de los sistemas pertenecían al campo de la filosofía; ya que por falta de una nueva epistemología no tenían cabida en la ciencia clásica, que se oponía a cualquier cambio en el paradigma fundamental, tanto de la causalidad de un solo sentido, como de la descomposición en unidades elementales (von Bertalanffy, 1984).

Las ideas precursoras sobre los sistemas abiertos nacieron alrededor de los años 20's. En la primera mitad del año de 1921, Wertheimer deriva de sus investigaciones sobre la percepción humana que el hombre percibe totalidades organizadas; para 1924 aparecen los resultados de las investigaciones del llamado fenómeno *Phi* y las *Gestalten Físicas* de Köhler; en 1925 Lotka se ocupó del concepto general de los sistemas; aproximadamente por 1926 Lewin inicia el desarrollo de la Teoría del Campo, mismo año en que Bertalanffy postula su concepción orgánica en biología (Eguiluz, 2006).

La concepción orgánica en la biología de von Bertalanffy era una nueva concepción, que se proponía explicar a la organización completa de los fenómenos vitales, en su coordinación de partes y procesos. Este programa orgánico obtuvo una extensa aceptación y fue el germen de lo que más tarde se conocería como la teoría general de sistemas (von Bertalanffy, op. cit.).

El concepto como tal de la Teoría General de Sistemas fue formulado por primera vez por von Bertalanffy oralmente en los años treinta, y en varias publicaciones después de la Segunda Guerra Mundial. En un principio el proyecto se estimó una fantasía, pero en el curso de 15 años, aquella se convertiría en una disciplina legítima y en objeto de

enseñanza universitaria, pues planteaba problemas básicos y difíciles que aún no se han resuelto en su totalidad (von Bertalanffy, op. cit.). Pero la publicación de la Teoría General de Sistemas ya estructurada fue hasta el año de 1947, obviamente por el biólogo austriaco Ludwig von Bertalanffy (Eguiluz, op. cit.).

Dentro de la Teoría General de Sistemas existe una serie de principios teóricos básicos que es importante comprender, para poder entender y utilizar los postulados a los que llega:

Sistema: Es un conjunto de objetos y sus relaciones, y las relaciones entre los objetos y sus atributos. Los objetos son las partes del sistema, que en la mayoría se refieren a entidades físicas (neuronas, átomos, personas, etc.), aunque también pueden referirse a objetos abstractos (reglas, procesos, variables matemáticas, etc.). Los atributos son las propiedades o características que tienen los objetos ya sean físicos o abstractos. Por esto un sistema puede ser cualquier “todo” que consista en componentes que interactúan (Eguiluz, op. cit.).

El sistema se considera una caja negra; sus relaciones con el medio ambiente y otros sistemas se representan gráficamente en diagramas de bloque y flujo. La descripción de sistemas se da en términos de inputs y outputs; su descripción externa consiste, en términos de comunicación (intercambio de información dentro del sistema, y entre éste y el medio ambiente) y del control de la actividad del sistema con respecto al medio ambiente (retroalimentación), utilizando la definición de cibernética que se debe a Wiener. La descripción interna es esencialmente estructural, esto es, procura describir la conducta de los sistemas en término de las variables de estado y de su interdependencia. La descripción externa es funcional; la conducta del sistema se describe en términos de su interacción con el medio ambiente (von Bertalanffy, op. cit.).

La complejidad de los sistemas puede ser comprendida de dos formas: 1) como la suma de los elementos considerados aisladamente, a este tipo de comprensión se le conoce como característica sumativa, ó 2) también puede comprenderse no sólo como número y clase de sus elementos, sino también por las relaciones que existen entre ellos, este último tipo de comprensión se conoce como de características constitutivas (Eguiluz, op. cit.).

Es importante destacar que existen sistemas abiertos y sistemas cerrados. Al referirse a los sistemas biológicos abiertos, Bertalanffy señala que “los organismos vivos son en el fondo sistemas abiertos, es decir sistemas que intercambian energía circundante”. Mientras que los sistemas cerrados quedarían comprendidos entre la física y la química, entendiéndose aquellos sistemas que no efectúan ningún tipo de intercambio con su medio ambiente (von Bertalanffy, op. cit.).

El concepto de sistema aplicado en la terapia familiar aparece en el concepto de sistema relacional (Eguiluz, op. cit.).

Otro concepto importante es el de sinergia. Esta es una propiedad que tiene un objeto cuando una o alguna de sus partes en forma aislada, no explica ni permite predecir el

comportamiento del todo. Otros autores como Inmaculada Ochoa definen este principio como totalidad (Ochoa, 1995).

La recursividad, es la propiedad de los sistemas que les permite entender como un sistema se vincula verticalmente con otros sistemas, tanto mayores como menores, siendo los primeros suprasistemas y los segundos subsistemas. El concepto de orden jerárquico es también una propiedad importante, que implica una diferenciación progresiva en los sistemas que va de lo más simple a lo más complejo a través de formaciones estructurales diferenciadas y la acumulación de un mayor número de elementos (Ochoa, op. cit.).

El concepto de equifinalidad es utilizado para hablar de una importante característica de los sistemas biológicos, la posibilidad que tiene el sistema de alcanzar el mismo resultado; partiendo de diferentes condiciones iniciales y siguiendo distintos caminos (Eguiluz, op. cit.). También está la equicausalidad, significa que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. Ambas propiedades establecen la conveniencia de que se abandone la búsqueda de una causa pasada originaría de un problema (Ochoa, op. cit.).

La entropía es una medida aproximada de la desorganización y el desorden. La falta de entropía en un sistema, conocida por entropía negativa o neguentropía se refiere en términos generales al grado de orden u organización en un sistema cerrado (Eguiluz, op. cit.).

Otro término empleado en el discurso sistémico aunque no tiene su origen en la Teoría de Sistemas, sino en el campo de la Biología, es el término homeostasis que explica la constancia relativa que guardan algunas funciones realizadas por el organismo, como la temperatura, presión arterial, etc. Bertalanffy los define como los procesos merced a los cuales se mantiene constante la situación material y energética del organismo (Eguiluz, op. cit.).

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

Otros conceptos son el de causalidad circular, que describe las relaciones que mantienen los elementos de un sistema entre sí, de forma pautada, recíproca y repetitiva. El concepto de limitación explica: que cuando se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo (Ochoa, op. cit.).

Según Pedro Vargas (2007), no queda claro, cuál es el verdadero impacto e influencia de la Teoría General de Sistemas en la Terapia Familiar. Ya que para él, Bateson el epistemólogo de esta terapia, estuvo más influenciado por las ideas de la cibernética, que por la teoría de Bertalanffy. Vargas (op.cit.) al respecto comenta:

...para comprender las fuentes conceptuales de la terapia familiar sistémica, es indispensable hablar del pensamiento cibernético de científicos como Bateson, von Foerster, y resulta lejana a la luz del rastreo histórico, la influencia (si es que la hay) de la Teoría General de Sistemas (p. 22).

Sin embargo, de todos modos se reconoce que fueron tanto la cibernética como la Teoría General de Sistemas las que se tomaron como soporte teórico de la Terapia Familiar.

Watzlawick, Beavin y Don D. Jackson en su libro *Teoría de la comunicación humana*, hablan explícitamente de La Teoría de los Sistemas Generales de Ludwig von Bertalanffy, quizá esta sea la primera vez, o una de las primeras veces, en que este tipo de información fue documentada formalmente en escritos sobre terapia familiar; pues a lo largo de todo el material revisado no se observa una explicación tan explícita en estos primeros años de la terapia familiar sistémica (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1997).

En el libro de Teoría de la Comunicación Humana, se habla de que hay que considerar a la interacción como un sistema, y comentan que la teoría de los sistemas generales permite comprender la naturaleza de los sistemas interaccionales (Watzlawick, Beavin, & Jackson, op. cit.).

De esta forma se percibe a la familia como un sistema vivo que pasa por un ciclo de desarrollo, logrando niveles de complejidad crecientes. Así llega a mantener un estado uniforme, para posteriormente alcanzar la diferenciación a través de generar nuevos sistemas (Eguiluz, 2006).

En el libro de *Teoría de la Comunicación Humana*, Watzlawick, Beavin, y Jackson (1997) aterrizan los conceptos de la Teoría General de Sistemas a la familia:

Totalidad: Dentro de la familia la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros y depende de ella. Toda conducta es comunicación, y, por ende influye sobre los demás y sufre la influencia de éstos.

No sumatividad: El análisis de una familia no es la suma de sus miembros individuales. Hay características del sistema, esto es, patrones interaccionales, que trascienden las cualidades de los miembros individuales.

Retroalimentación y homeostasis: El sistema actúa sobre las entradas (acciones de los miembros o del medio) al sistema familiar y las modifica. Debe examinarse la naturaleza del sistema y sus mecanismos de retroalimentación, así como la naturaleza de la entrada (equifinalidad).

Los conceptos de información y de energía de la Teoría General de Sistemas son aplicados al proceso familiar. Información denota las señales verbales y no verbales que

indican en cada caso, para cada parte del sistema, o para esta en su totalidad, la medida en que cumple ciertas metas o propósitos ideales. Energía es un fenómeno menos asible, y denota la fuerza emocional, la repetición y duración de cada señal, la tasa de intercambio de evidenciadas en la transmisión de esas señales informativas (Umbarger, 1999).

Al aplicar los conceptos de equifinalidad y equicausalidad, en la Terapia Familiar, se resta importancia a la búsqueda de una causa pasada originaría del síntoma, por lo que hay que centrarse en el aquí y en el ahora (Ochoa, 1995).

El término de homeostasis, fue utilizado primeramente por Jackson en los sistemas familiares, para describir mecanismos patológicos, caracterizados por una excesiva rigidez y un potencial limitado de desarrollo. De ser originalmente un concepto positivo y deseable, que se trataba de alcanzar; ahora se pensaba que había que romper la homeostasis para producir un desequilibrio, esto implicaba un cambio para echar a andar de nuevo al sistema (Eguiluz, 2006). Inmaculada Ochoa (1995) utiliza estos conceptos como morfostasis y morfogénesis. La morfostasis u homeostasis es la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. Este concepto se emplea para describir cómo el cambio en uno de los miembros de la familia se relaciona con el cambio en otro miembro, es decir que un cambio en el sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo que restaura el equilibrio. La tendencia del sistema a cambiar y crecer recibe el nombre de morfogénesis; comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia, y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia.

Lo anterior también llega a ser explicado por medio de la retroalimentación negativa y positiva. A la primera se le concibe como elemento regulador dado que la desviación es contrarrestante. Mientras que la retroalimentación positiva lleva al cambio, dado que la desviación es simplificante (Eguiluz, 2006).

Para Ochoa (1995) también es importante el concepto de causalidad circular: Describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de las conductas. Entre las conductas de un sistema existe una codeterminación recíproca. Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten de forma pautada, lo cual facilita la vida cotidiana de sus integrantes, sin embargo existen secuencias sintomáticas, que es el encadenamiento de conductas que se articulan en torno al síntoma reguladas por un causalidad circular, por lo que el interés terapéutico ya no se centra en el por qué, sino en el qué, dónde y cuándo. Existe también una limitación: Cuando se adopta una determinada secuencia de interacción y disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.

Para Morin (2006) la Teoría de Sistemas ha reaccionado ante el reduccionismo, en y por el holismo, o idea del todo. Pero creyendo sobrepasar el reduccionismo, el holismo ha operado, de hecho, ha pasado a ser una reducción del todo: de ahí, no solamente su ceguera para con las partes en tanto que partes, sino su miopía para con la organización, en tanto que organización, su ignorancia de la complejidad en el seno de la unidad global.

El mismo autor comenta que debemos considerar en todo sistema, no solamente la ganancia en emergencias, sino también la pérdida de constreñimientos, sojuzgamientos, represiones. Un sistema no es solamente enriquecimiento, es también empobrecimiento y el empobrecimiento puede ser más grande que el enriquecimiento. Ante esto, para Morin la Teoría de los Sistemas no ha formulado el carácter intrínsecamente organizacional del principio de antagonismo que también existe en el concepto de sistema. Por todo lo anterior, propone que el concepto sistémico exprese a la vez: unidad, multiplicidad, totalidad, diversidad, organización y complejidad. Para él ignorar la idea de organización, es mutilar y desvertebrar el concepto mismo de sistema. La organización une, transforma, produce, mantiene (Morin, 2006).

Otro debate en torno a la Teoría General de Sistemas es su parecido e influencia en y por la Cibernética. Para algunos la Cibernética es la base técnica de la Teoría General de Sistemas (Eguiluz, 2006), por lo que la cibernética es una parte más de esta teoría. Esto último no es aceptado por los cibernéticos. Al respecto Carlos Sluzki en la introducción del libro de von Foerster titulado *Semillas de la cibernética* sostiene:

Si bien nadie discute que la Cibernética y la Teoría General de los Sistemas compartieron su cuna científica, lo cierto es que a la manera de los hermanos corsos, sus padres las separaron desde su nacimiento, para no volver a juntarse más que en secreto. Norbert Wiener y Ludwig von Bertalanffy, creadores carismáticos de las respectivas disciplinas, parecen haber llevado este cisma más por razones de territorio, se diría que de progenie. A pesar de haber crecido como si no se conocieran mutuamente, ambas disciplinas se desarrollaron durante muchos años con convergencias que sorprenden aún más que sus diferencias (1996, p. 65).

Resulta interesante que ambos autores: von Bertalanffy y Wiener, padres de la Teoría de Sistemas y de la Cibernética respectivamente, consideran a la otra teoría como su nieta, es decir como una hija de sus propias ideas. De todos modos los aportes de ambos son muy importantes para conceptualizar los fenómenos que ocurren en las familias (Suares, 2002). Como quiera que haya sido, se reconoce que La cibernética, junto con la Teoría General de los Sistemas, se tornaron en el soporte teórico de un campo que después se convirtió en la Terapia Familiar.

Para Marcelo Pakman (1996) el adjetivo sistémico, que se ha aplicado a las terapias informadas por la red conceptual mencionada, da cuenta de esa interacción entre Cibernética y Teoría General de los Sistemas, aunque para él, la Cibernética tuvo primacía en esa confluencia, porque su desarrollo se dio con gran fertilidad en el campo de las ciencias sociales, a diferencia de la Teoría de los Sistemas que quedó más limitada al mundo ingenieril de los sistemas artificiales. Jay Haley (2003) también tiene ciertas

críticas hacia esta Teoría al considerarla una teoría de la estabilidad, de la igualdad entre los miembros y que anula la responsabilidad individual.

Análisis teórico conceptual de la Teoría de la Comunicación Humana

La Teoría de la Comunicación Humana puede ser analizada de forma práctica y completa, a través de una revisión de su historia.

Lipset (1991) comienza la historia de esta teoría, remontándose al momento en que el psiquiatra suizo: doctor Jurgen Ruesch, invita a Bateson a participar en un estudio sobre la comunicación humana en la psicoterapia. Este hecho fue el que introdujo a Bateson en el terreno de la medicina psiquiátrica.

En esa investigación Bateson escudriñaba la naturaleza de la comunicación en el seno “de la tribu denominada de los psiquiatras”. A petición de Ruesch, Bateson realizó entrevistas y observaciones etnográficas entre esos profesionales, con el fin de conocer detalles sobre el intercambio de mensajes en el transcurso de una psicoterapia eficiente y con el cual se obtuvieran cambios favorables. Sostenían que las profesiones que se ocupan de la salud mental, se basaban en la comunicación, pero los psiquiatras se concretaban a hablar de la personalidad (Lipset, op. cit.).

El psiquiatra y el antropólogo, estaban ampliando los conceptos embrionarios de Norbert Wiener sobre las ideas formales acerca del intercambio de información en el campo de la comunicación. Ante esto publicaron un libro en 1951, *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. Cuando apareció el libro, la cibernética apenas daba sus primeros pasos, por lo que Ruesch y Bateson estaban a la vanguardia, e intentaron dar a conocer a los estudiosos de la conducta, sus postulados teóricos de la organización en sistemas causales circulares, Wiener admiró esos esfuerzos (Lipset, op. cit.).

Según Lipset (1991) para conseguir lo anterior Bateson utilizó los conceptos de la Teoría de la Información de Claude Shannon y Warren Weaver. Además uso conceptos provenientes de una de las conferencias sobre la analogía patrocinadas por la Fundación Macy, que describía tres tipos de codificadores: 1) digitales, 2) analógicos y 3) codificadores capaces de identificar relaciones formales entre sucesos externos. Bateson sostenía que los seres humanos y algunos otros mamíferos poseen un sistema de codificación lingüística que corresponde a la codificación digital porque tiene poca o ninguna relación con el objeto que representa, y que también poseen un sistema de comunicación no verbal, analógico que los pone en contacto más directo con el objeto que consideran.

Otra idea de las conferencias sobre cibernética que Bateson aprovechó, fue la aplicación de la Teoría de los Tipos Lógicos de Whitehead y Bertrand Rusell a las relaciones existentes entre dos diferentes canales de comunicación. En esta teoría se exponía que siempre existe discontinuidad entre una clase y los miembros que la constituyen, así la totalidad de los objetos que comparten propiedades no forman parte de esa totalidad. Ante esto, si se llega a confundir la clase con la cosa, se crean paradojas. Es importante en la teoría de los tipos lógicos conservar las diferencias entre una clase y una clase de

clases. Para Bateson, el concepto central era que “una clase no puede ser miembro de sí misma”. Parece que fue uno de los primeros en sostener que la comunicación puede provechosamente interpretarse en función de la jerarquía de niveles de abstracción o tipos lógicos. De esta forma habló de mensajes, metamensajes y meta-mensajes. Al mensaje analógico, y a todos los aspectos de la comunicación que expresan las relaciones operantes de los participantes, les daba el nombre de metamensaje o metacomunicación, pues estos podían clasificar u ordenar mensajes digitales (verbales) de un nivel de abstracción superior o lógicamente distinto (Lipset, op. cit.).

Otro aspecto de Bateson, destacado por David Lipset (1991), son sus observaciones sobre la comunicación animal. Bateson al realizar este trabajo, se dio cuenta que este tipo de comunicación transmitía un mensaje acerca de otro mensaje por medio del juego. Estas investigaciones sobre el juego se desarrollaron en las inmediaciones de Palo Alto, California, adonde Bateson se mudó en el otoño de 1949. Allí permaneció durante años como profesor huésped de antropología de la Universidad de Stanford, pero eran más importantes sus lazos con el Hospital de la Administración de Veteranos [de Guerra], en Menlo Park. Como etnólogo se le dio libertad de estudiar lo que considerara importante, realizó algunos trabajos relacionados con el alcoholismo, continuó dando atención a la psicoterapia y se mantuvo en contacto con los psiquiatras residentes.

En 1952 Bateson al conseguir apoyo económico de la Fundación Rockefeller para un proyecto de investigaciones sobre las Paradojas de la Abstracción en la Comunicación, comenzó sin proponérselo el proyecto de la Teoría de la Comunicación Humana; contrató a John H. Weakland, Jay Haley, William F. Fry y a Don D. Jackson. En estos primeros trabajos también participaron Norbert Wiener y Alan Watts, teólogo estudioso del misticismo oriental. Bateson les concedió a sus colaboradores completa libertad para estudiar lo que quisieran, siempre que se relacionará en alguna forma con las paradojas que provienen del proceso de la comunicación (Lipset, op. cit.).

Según Lipset (1991) Fry comenzó un estudio sobre el humorismo, Bateson, Weakland y Haley observaron que cuando se entrenan perros para servir de guía a los ciegos se emiten simultáneamente mensajes, ya con la voz o con el movimiento del arnés. Bateson hizo observaciones sobre los mensajes que intercambiaban un ventrilocuo y su muñeco. Se hizo una película sobre la comunicación entre niños con síndrome de dawn. Haley siguió analizando películas de temas imaginarios. Mientras Bateson estaba en plena observación del juego de las nutrias. Weakland y Haley examinaron procedimientos hipnóticos con el psiquiatra Milton H. Erickson, a quien Bateson y Mead habían consultado cuando estudiaban el trance entre los balineses.

Después el equipo comenzó a estudiar la comunicación de pacientes esquizofrénicos. Ante la esquizofrenia primero adoptaron una actitud descriptiva, más bien histórico natural que diagnóstica. Se dejó de lado la explicación intrapsíquica a favor de las secuencias de interacción, en las cuales se intercambiaban mensajes digitales y analógicos jerárquicamente organizados, Estaban de acuerdo en que las investigaciones realizadas entre dementes se aproximaban al trabajo de campo de los antropólogos, pues el lenguaje y la conducta de los pacientes eran tan susceptibles de clasificación como

cualquier dato etnográfico, por lo que se estudiaban las grabaciones y películas procurando encontrar sentido a las expresiones esquizofrénicas (Lipset, op. cit.).

A través de estos estudios con esquizofrénicos, el equipo llegó a la conclusión de que la conducta extraña del esquizofrénico parecía consistir, en la incapacidad o la renuencia a codificar mensajes, los esquizofrénicos parecían confundir la metáfora con la declaración literal y no diferenciaban entre fantasía y realidad, entre lo jocoso y lo serio, entre lo sincero y lo histriónico. Se podría decir que una persona con esquizofrenia confundía los niveles lógicos de la comunicación. El proyecto de Bateson se enfocó a las investigaciones sobre la clasificación de la comunicación esquizofrénica y el aprendizaje de esos hábitos.

En 1955 Bateson comenzó a sintetizar todos sus aprendizajes, en la Teoría del Doble Vínculo, también llamada de la doble atadura. Los del grupo prosiguieron sus observaciones sobre los esquizofrénicos y sus terapeutas, y prepararon el artículo "Toward a Theory of Schizophrenia". En 1956 apareció una visión de conjunto sobre esas investigaciones en el primer número de Behavioral Science, donde se bosquejaba el lugar que se asignaba a una jerarquía de niveles de abstracción en su concepto de la comunicación y del aprendizaje, y se afirmaba que el no respetar esa jerarquía tenía consecuencias de importancia para los esquizofrénicos y para los terapeutas (Lipset, op. cit.).

"Toward a Theory of Schizophrenia" fue realmente una matriz que dio nacimiento a la Teoría de la Comunicación Humana. En este artículo se describe una explicación de la esquizofrenia, basada en el análisis de la comunicación por medio de la teoría de los tipos lógicos. En el artículo se comenta que en un "doble vínculo": una persona haga lo que haga "no puede ganar", y postulan que una persona atrapada en una situación de doble vínculo puede desarrollar síntomas de esquizofrenia (Bateson & cols. 1993).

Bateson, Jackson, Haley y Weakland (1993) comentan que para que se de una "situación de doble vínculo" se requieren de los siguientes ingredientes:

1. *Dos o más personas.*
2. *Experiencia repetida.* Hasta el punto que se vuelve una expectativa habitual.
3. *Un mandato negativo primario,* que puede ser de las siguientes formas: a) "No hagas eso o te castigaré", o b) "Si no haces eso te castigaré". Es un aprendizaje basado en la evitación del castigo, en lugar de un contexto de búsqueda basado en la búsqueda de la recompensa, el equipo supone que el castigo puede consistir tanto en la privación de amor como en la expresión de odio o enojo, o-lo que es más devastador- en el tipo de abandono que resulta de la expresión de impotencia extrema del progenitor.
4. *Un mandato secundario que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto, y que, como el primero, está reforzado por castigos o señales que se perciben como una amenaza para la supervivencia.* Este suele comunicarse de forma no verbal, y puede chocar con cualquiera de los elementos de la prohibición primaria, esto hace que éste sea más difícil de describir que el primer mandato. La verbalización del mandato secundario puede asumir gran variedad de formas: "No

consideres esto como un castigo”, “No hagas caso de mis prohibiciones”, “No pienses en lo que no debes hacer”, etc.

5. *Un mandato terciario que prohíbe a la víctima escapar del campo*, pues implica una amenaza contra la supervivencia, estos mandatos son impuestos desde la infancia, lo que vuelve a las escapatorias como imposibles, otras veces lo que hace imposible las escapatorias son las promesas caprichosas de amor y cosas semejantes.
6. *El conjunto completo de los ingredientes, deja de ser necesario cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo según patrones de doble vínculo, pues sólo basta una secuencia de doble vínculo para desencadenar el pánico o la ira* (op. cit. pp. 25-26).

La hipótesis del equipo era que cualquier individuo que se encuentre en una situación de doble vínculo perderá la capacidad de discriminar entre tipos lógicos.

El equipo advierte que también se pueden dar dobles vínculos en las relaciones normales. Cuando una persona se encuentra atrapada en un doble vínculo responderá defensivamente de un modo similar al esquizofrénico, por lo que puede interpretar literalmente un enunciado metafórico cuando se encuentre en una situación en la que no puede dejar de responder, pues se enfrenta con mensajes contradictorios. Así los dichos que muestran que un paciente está desorientado pueden interpretarse como maneras de defenderse de la situación en que se encuentra. La patología aparece cuando la propia víctima ignora que sus respuestas son metafóricas o no puede decirlo, pues para reconocer la metáfora necesitaría reconocer que se defiende y por lo tanto de que teme a la otra persona; para el esquizofrénico, eso equivaldría a una acusación contra la otra persona, lo que sería un desastre (Bateson & cols. op. cit.).

El haber comprendido el doble vínculo y sus aspectos comunicacionales llevó a innovaciones en la técnica terapéutica, que de alguna manera comenzaron a ser sistematizados por Watzlawick, Bavelas y Don D. Jackson (1997) en su libro: *Teoría de la comunicación humana*.

Este texto comenzó a sistematizar y aterrizar los conceptos que durante años, el equipo de Palo Alto había estado ideando en torno a los efectos de la comunicación en la conducta de las personas. En él se destacaron la importancia de algunos axiomas de la comunicación que permitieron hacer un análisis de la comunicación humana y sus patologías.

Los axiomas de la comunicación propuestos por Watzlawick y colaboradores (1997) son los siguientes:

- *No es posible no comunicarse*: por más que una persona lo intente, no se puede dejar de hacerlo. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: esto influye a los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones.

- *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación:* Toda comunicación implica un compromiso y, por lo tanto define la relación. Esta es una manera de decir que una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo impone conductas. Siguiendo a Bateson estas dos operaciones se conocen como los aspectos “referenciales” y “conativos” respectivamente de toda comunicación. El aspecto referencial de un mensaje trasmite información, por lo que, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. Por otro lado, el aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y en última instancia, a la relación entre los comunicantes. El aspecto referencial trasmite los datos de la comunicación y el conativo, trasmite cómo debe de entenderse dicha comunicación. La relación también puede expresarse en forma no verbal gritando o sonriendo o de muchas otras maneras. Y la relación puede entenderse claramente también a partir del contexto en el que la comunicación tiene lugar. El aspecto relacional de una comunicación resulta, idéntico al concepto de metacomunicación. Así resumiendo: “*Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo califica al primero y es por ende una metacomunicación*”.

- *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes:* Esta característica básica de la comunicación se refiere a la interacción entre comunicantes. Para un observador, *una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambio*. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que ha sido llamado por Bateson y Jackson “la puntuación de la secuencia de hechos”. Las definiciones de los roles sólo dependen de la disposición de los organismos a aceptar el sistema de puntuación. La puntuación no es ni buena, ni mala, pues resulta evidente que la puntuación organiza los hechos de la conducta y por lo tanto es vital para las interacciones en marcha. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. El problema principal radica en la incapacidad que se tiene para metacomunicarse acerca de la respectiva manera de pautar una interacción. Así se incorpora un tercer axioma de la metacomunicación: “*La naturaleza de una relación depende de la puntuación de la comunicación entre los comunicantes*”.

- *Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente:* El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones: La comunicación humana puede tener estos dos tipos de comunicación. La primera hace referencia a la palabra y a los emblemas. Las palabras cumplen dos funciones diferentes: denotar y connotar. Denotar significa referirse a una cosa o una clase de cosas, esto no siempre es así pues una palabra puede referirse a muchas cosas, es el contexto el que encuentra el significado. Por otra parte connotar es hacer una referencia a la calidad de la cosa, siempre hay una connotación no puede no haberla. Lo que puede variar es el tipo de connotación neutra, negativa y positiva. Los

emblemas son gestos que en determinados contextos significan algo muy concreto, como las señas de un deporte, un beso, etc. Se puede decir que son gestos que han sido digitalizados, o sea que en ese contexto tienen una sola significación y ésta no depende de ninguna magnitud. Los emblemas se refieren a contenidos no a relaciones. Por otra parte la comunicación analógica es todo lo que sea comunicación no verbal, esto incluye la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción. Cabe suponer que el aspecto relativo al contenido se trasmite en forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica (Suarez, 2002).

- *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios según estén basados en la igualdad o en la diferencia:* Las relaciones pueden estar basadas en la igualdad o en las diferencias. En el primer caso los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca y así su interacción puede considerarse simétrica, ya sean debilidad o fuerza, bondad o maldad, la igualdad puede mantenerse en cualquiera de esas áreas. En el segundo caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo de gestalt y recibe el nombre de complementaria. Así la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia.

Análisis teórico conceptual de la Cibernética

Bateson sostuvo que la “Cibernética es el mayor mordisco al fruto del Árbol del Conocimiento que los humanos han dado en los últimos dos mil años” (Keeney, 1991). Y es que al entender la cibernética, se pueden comprender las pautas que organizan a todo el “universo”.

Una explicación completa de la historia de la Cibernética, es la relatada por Heinz von Foerster conjuntamente con Humberto Maturana, durante un seminario dictado en Buenos Aires, en mayo de 1988; donde von Foerster dividió la historia de la Cibernética en tres etapas (Suarez, 2002):

1. Cibernética de orden cero
2. Cibernética de primer orden o cibernética de orden uno.
3. Cibernética de segundo orden o cibernética de la cibernética, o cibernética de orden dos.

La Cibernética de orden cero: es la etapa histórica en la cual las nociones de Cibernética existían sin que las personas se dieran cuenta que aquello con lo que estaban tratando era Cibernética. Esto data desde principios del universo hasta ahora. Los seres humanos construyeron máquinas y dispositivos donde utilizaban ideas que hoy llamaríamos cibernéticas, como la vasija de Herón de Alejandría, que era una máquina que se corregía

a sí misma, esto se inventó por las festividades griegas, en las que se consumía una gran cantidad de vino (Suarez, op. cit.).

La Cibernética de primer orden: Si bien la Cibernética nace en 1940, existen teorías previas que fueron formando al campo, se puede citar la TGS de Bertalanffy, los desarrollos de Claude Bernard sobre el medio interno, lo dicho por Cannon sobre la homeostasis, y de Santiago Ramón y Cajal sobre la concepción del sistema nervioso. von Foerster (1988) dice acerca de la Cibernética de primer orden:

[...] es cuando la Cibernética se hace explícita. Sucede cuando un grupo de gente fascinante comienza a reflexionar sobre este orden, el cual ya existía pero no se había reflexionado sobre él, a las ideas generadas por este grupo se les llamo Cibernética de primer orden. Esta era, comienza alrededor de 1945 y continua hasta la fecha (von Foerster, 1988 citado en Suarez, 2002, p. 139).

Cibernética de la cibernética o cibernética de segundo orden: Marcelo Pakman (1996) dice: “La Cibernética de segundo orden surgió cuando se aplicaron los conceptos de la Cibernética al propio pensamiento cibernético. En 1972 Margaret Mead, como presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, tituló a su discurso como Cibernética de la Cibernética” (p. 142). Heinz von Foerster (1988) llama a la Cibernética de segundo orden: “Cibernética de los sistemas observantes”, y explica:

[...] Es la última era de la Cibernética, que comenzó más o menos en 1965, cuando alguna gente comienza a reflexionar sobre la reflexión de estas personas en Cibernética. Y entonces me dijeron que íbamos a tener una Cibernética de tercer orden, luego de cuarto, quinto y sexto orden, y entonces la Cibernética de segundo orden se iba a archivar y a poner en los estantes. Pero la cosa fascinante es que no existe un orden más elevado, porque el hecho es que cuando uno reflexiona sobre la reflexión se cierra un círculo de retroalimentación y ésta es la noción de clausura operacional, de modo que la Cibernética de segundo orden no puede ser trascendida, sólo puede trascenderse a sí misma dentro de sí misma (Suarez, 2002, pp. 142-143).

Durante la historia de la Cibernética la interdisciplina siempre estuvo presente. Además de los aportes de Margaret Mead, Gregory Bateson y Heinz von Foerster, se resignificaron aportes de la física, como el principio de incertidumbre de Heisenberg y la teoría de la relatividad de Einstein. También surgieron importantes aportaciones de la biología, principalmente las de Maturana y Varela con: “la noción de clausura operacional del sistema nervioso”; que llevaron a la teoría del observador, que implicaba que éste está siempre involucrado en lo que observa, y a la teoría de la autopoiesis, que surge para dar respuesta a qué es un ser vivo (Suarez, op. cit.).

En toda esta historia de la Cibernética son Gregory Bateson y Margaret Mead, los que llevan esta red de nociones al campo de las ciencias sociales. De ahí llegaría a la terapia familiar a través de los contactos de Bateson con el grupo que fundaría el Mental Research Institute después de varios trabajos en el campo de la comunicación humana y de la psiquiatría (Marcelo Pakman, 1996).

Para Wiener, la Cibernética es “la ciencia del control y de la comunicación en el animal y en la máquina”; en una palabra, es el arte de *guiar* (...). Sus temas son: la coordinación, la regulación y el control (Ashby, 1976).

Sin embargo el anterior concepto es criticado y reformulado por Bateson:

(...) obsérvese que el término “Cibernética” se ha corrompido seriamente desde que fue puesto en circulación por Norbert Wiener. Y el propio Wiener es en parte culpable de esta corrupción por haber asociado “Cibernética” con “control”. Yo prefiero utilizar el término Cibernética para describir sistemas de circuitos complejos (Bateson, 1993, p. 65).

Ante la anterior idea, la Cibernética hace un mayor énfasis en la recursividad y en la información más que en el control. Así para Bateson la Cibernética será el estudio de la autorregulación tal como se da, bien en los sistemas naturales (por ejemplo la regulación homeostática del cuerpo), bien en los sistemas artificiales (por ejemplo el termostato que regula la calefacción) (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Definida en términos muy simples, la Cibernética forma parte de una ciencia general de la pauta y la organización (Keeney, 1991). Ceberio y Watzlawick (2006) dicen que la retroalimentación aparece en las relaciones humanas como el sol cada mañana, incluso, esto lo compara con el axioma que es imposible no comunicar, de esta manera es imposible no tener retroalimentación en una interacción.

Para poder llevar a cabo la retroalimentación, se necesita del estudio de una particular complementariedad recursiva que atañe a la interrelación de estabilidad y cambio. Pues los sistemas cibernéticos son pautas de organización que mantienen estabilidad por medio de procesos de cambio. Tradicionalmente en Cibernética esta pauta de complementariedad recursiva se ha llamado realimentación. La realimentación es un método que permite estabilizar un sistema por la vía de reciclar en su interior los cambios de su ejecución pasada (Keeney & Ross, 1993).

Keeney (1991) comenta que hay dos clases de retroalimentación, la retroalimentación positiva y la retroalimentación negativa; para Maruyama (1968), la primera amplía la desviación, ó sea favorece el cambio; mientras que la segunda contrarresta la desviación, ó fomenta la homeostasis o estabilidad. Esto puede representar un problema, pues se describe al cambio y a la estabilidad como una dualidad de opuestos polares. Esta división simplemente no es cibernética, ya que para Keeney es imposible separar la estabilidad del cambio, ambas son las dos caras complementarias de la misma moneda sistémica. La Cibernética postula que es imposible cimentar un cambio si no se cuenta con un techo de estabilidad sobre él, y que a su vez la estabilidad descansa en los procesos de cambio que están por debajo.

Es importante que toda retroalimentación esté sujeta a un control de orden superior, pues sino existe una retroalimentación de la retroalimentación puede existir una intensificación descontrolada que destruya al sistema. Todo cambio en el sentido de aprendizaje, de evolución y de adaptación, proviene de un cambio controlado. Esto se da porque los sistemas complejos envuelven un ordenamiento jerárquico de retroalimentaciones. Así lo

que a veces parece ser una retroalimentación positiva es en verdad parte de una retroalimentación negativa de orden superior. Tal como afirmaba Bateson:

(...) la explicación cibernética es siempre “negativa”, pues lo que a veces se denomina retroalimentación positiva es una secuencia parcial de un proceso de retroalimentación negativo más abarcador (Keeney, 1991, p.89).

De esta forma, el especialista en Cibernética apunta su mira a las pautas subyacentes de la retroalimentación. Para poder tener una perspectiva cibernética, resulta útil conocer y usar la definición batesoniana de la “mente” como sistema cibernético. Desde esta perspectiva, la mente es un agregado de partes interactuantes, dotado de una estructura de retroalimentación. Por ejemplo: la mente de un ciego que cruza una calle incluye por fuerza su bastón, que sin duda forma parte del proceso de retroalimentación que lo guía. Esta perspectiva de las complementariedades cibernéticas, transforma nuestra manera de conocer, encaminándonos hacia la visión estética que los poetas han tenido siempre (Keeney, op. cit.).

Bateson (citado en Brand, 1974) al respecto de todo lo anterior dice:

La verdad que importa no es una verdad de preferencias sino una verdad de complejidades...es una trama interactiva total en curso...en la que bailamos la danza de Shiva. La danza de Shiva incluye todas las complementariedades cibernéticas: bien/mal, salud/patología, estética/pragmática, totalidad/parte, familia/individuo, cibernética de la cibernética/ cibernética simple, recursivo/lineal progresivo (Keeney, 1991, pp. 217-218).

Para Keeney (1991), el primer paso para generar una descripción cibernética de la terapia familiar consiste en examinar algunas de las distinciones básicas que nos suministra nuestro lenguaje, como la de terapeuta y cliente, patología y salud, sistema y ecología. Cada una de estas distinciones presupone un “sí-mismo” delimitado y separado de un ambiente que le sirve de telón de fondo.

La Cibernética nos exige deshacer nuestras maneras tradicionales de conocer, y reconstruir el mundo de otro modo, discerniendo las pautas que conectan recurrentemente a terapeuta y cliente, síntoma y cura, diagnóstico e intervención. Se deben de procurar esos nombres de otra manera, re-encuadrando los nombres de modo que signifiquen aproximaciones, abreviaturas de pautas más complejas del proceso cibernético, como referencias a pautas y no a cosas (Keeney, op. cit.).

Keeney (1991) también habla de otras dos reglas fundamentales para discernir un sistema cibernético. En primer lugar, debe percibirse la organización recursiva. Los fragmentos de conducta sintomática han de insertarse en una secuencia recursiva de conductas, donde se puede ver a diferentes personas involucradas. Un segundo criterio de existencia de un sistema cibernético, más importante que el anterior, es que debe poseer una estructura de retroalimentación, o sea, su proceso recursivo debe de incorporar la autocorrección. Así la mera enumeración de los hechos que ocurren antes y después de la conducta sintomática no bastan para identificar un sistema cibernético; se

habrá detectado dicho sistema si tales sucesos están estructurados recursivamente por vía de la retroalimentación.

Con todos estos datos, Lynn Hoffman (2002) sugiere que la tarea del terapeuta familiar consiste en identificar los ciclos recursivos problemáticos y planear intervenciones directas para ellos, a través de crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino para un cambio adecuado. El terapeuta debe de ser capaz de distinguir no sólo la retroalimentación simple que mantiene el problema presentado por su cliente, sino también la *retroalimentación de orden superior* que mantiene esos procesos de orden inferior. El objetivo del terapeuta es activar el orden del proceso de retroalimentación que permita a la ecología perturbada autocorregirse (Keeney, op. cit.).

En síntesis la conducta sintomática permite que el sistema cibernético comunique que una cierta premisa epistemológica es errónea, ineficaz o deformada. La corrección, originada en un proceso inconsciente, cobra forma a través del absurdo, que sirve de plataforma para cambiar la premisa epistemológica deformada. De esta manera las metas de la terapia serán dos: 1) permitir que se despliegue la efectivización sintomática, generando así un absurdo, y 2) ayudar al sistema a evolucionar hacia una estructura distinta para el mantenimiento de su organización. La primer meta en términos cibernéticos exige establecer una adecuada retroalimentación autocorrectiva, lo cual se produce cuando el individuo, pareja, familia se topan con el absurdo de las premisas, que subyacen en su conducta, interacción o coreografía. La segunda meta del cambio está vinculada a las estructuras alternativas que puede generar un sistema luego de ser corregidas sus premisas erróneas; pronto veremos que estas nuevas pautas y estructuras hacia las cuales puede evolucionar un sistema son, por lo común, una sorpresa tanto para el terapeuta como para el cliente (Keeney, op. cit.).

Si un terapeuta bloquea una efectivización sintomática (síntoma, dolor, padecimiento) probablemente refuerce una premisa epistemológica errónea, corriendo el riesgo de que el síntoma se intensifique hasta alcanzar el grado de patología. La Cibernética señala que las técnicas terapéuticas deben permitir que la conducta sintomática cree un planteamiento dramático para el sistema que sufre el problema; cooperando con la comunicación sintomática, los clientes pueden sobrellevar este ritual del absurdo. En estas técnicas se incluyen: La prescripción del síntoma, la atribución de una connotación positiva a éste, y su intensificación deliberada para llevarlo a lo absurdo. Así el terapeuta es como el director, el síntoma genera el libreto y la familia son los personajes, todo lo que hace el terapeuta es preparar la escena y colaborar para que se despliegue el drama (Keeney, op. cit.).

Ya desde el principio de la Cibernética, esta tenía sus críticos, como Lawrence Frank quien decía que el progreso de la Cibernética encerraba elementos irónicos, pues decía:

Hemos depositado una confianza exagerada en prototipos de máquinas construidas por el hombre, en los proyectiles teledirigidos y otros complicados artefactos electrónicos. Los hemos aceptado como modelos o indicadores que sirvan para comprender los organismos

vivos que proporcionan la Naturaleza, y nos hemos acostumbrado a considerar los organismos en función de lo que el hombre previamente fabricó (Lipset, 1991, p. 203).

Esto tiene que ver en que aún cuando se aceptan las ideas cibernéticas, los terapeutas familiares tienen dificultades en comprender el verdadero sentido de la interdisciplinariedad que caracteriza a la Cibernética y al lenguaje que en ella se utiliza (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Morin (2006) comenta de la Cibernética:

(...) después de haber superado, en el concepto de máquina, el reduccionismo que descompone el todo en sus elementos, ha desarrollado el reduccionismo que remite todos los seres máquina vivos o naturales al modelo de la máquina artificial. En lugar de inscribir a la máquina artificial en su genealogía y su generatividad, ha hecho del autómeta artificial el modelo universal (p. 286).

Lo anterior es explicado por el mismo autor cuando dice que a la Cibernética le falta un principio de complejidad y un sustrato de organización, que le permita incluir la idea de desorden. Por esto es incapaz de concebir la reorganización permanente, el antagonismo y el conflicto, propios de la originalidad de los seres vivos – máquina naturales.

Y agrega:

Así la Cibernética da un esqueleto de organización a lo vivo, pero le retira la vida. Incapaz de introducir la vida en una máquina artificial, una Cibernética tal, es demasiado capaz de introducir su ausencia de vida en nuestras vidas individuales y nuestra vida social, y de ahí las consecuencias a la vez debilitantes en el plano teórico y eventualmente aterradoras en el plano práctico (Morin, 2006, p. 287).

Otra de las críticas a la Cibernética simple, era que no daba cabida al observador o ingeniero, quien era el que debería de calibrar los mecanismos ante los errores, lo que incluía a una retroalimentación de un orden superior. La “Cibernética de la cibernética” fue la atención a esta crítica, con lo que se pegó un salto en el orden de recursión y se situó al observador como parte integral del sistema observado. Keeney (1991) subraya que la Cibernética de la cibernética no exige el abandono de la Cibernética simple, no insta a un desprendimiento de los conceptos de la retroalimentación simple; más bien la Cibernética de la cibernética es un orden superior de recursión que la Cibernética simple. La Cibernética de la cibernética se ocupa de la homeostasis de la homeostasis, del control del control, de la estabilidad de la estabilidad, del cambio del cambio, y de la retroalimentación de la retroalimentación.

Análisis teórico conceptual de los fundamentos del Constructivismo

Para Mahoney (2005) el constructivismo se expresa en una variedad de perspectivas sobre la experiencia humana. No es algo nuevo o limitado, pues ya la filosofía oriental lo había anticipado con las enseñanzas de Lao Tse (s. VI a. C.) y Buda (560-477 a. C.). El príncipe Siddharta (Buda) comprendió que cumplimos un papel importante en la construcción de nuestros mundos gracias al significado de nuestros pensamientos,

fantasías y de todas las formas de imaginación. En el libro de sus reflexiones espirituales (Damapada) comienza así:

Somos lo que pensamos.
Todo lo que somos surge con los pensamientos.
Con los pensamientos creamos el mundo.

En la cultura occidental antigua, los aspectos esenciales del constructivismo fueron enunciados por el filósofo presocrático Heráclito (540-475 a. C.), quién sostenía que todo cuanto existe debe fluir. Pero los tres autores citados más a menudo como los precursores del constructivismo son Vico, Kant y Vaihinger. Estudios recientes sugieren que Shopenhauer también podría merecer este reconocimiento. Mientras que los constructivistas más importantes del siglo XX son: Alfred Adler, Albert Bandura, Gregory Bateson, Jerome Bruner, James Bugental, Mary Whiton Caulkins, Viktor Frankl, Kenneth Gergen, Vittorio Guidano, Hermann Haken, Sandra Harding, Friedrich Hayek, William James, Evelinn Fox Keller, Joseph Rychlak, Esther Thelen, Francisco Varela, Humberto Maturana, George Kelly, Karin Knorr-Cetina, Jean Piaget y Paul Watzlawick (Mahoney, 2005).

Para Bertrando y Toffanetti (2004) el constructivismo que más tiene que ver con la terapia familiar es el de Humberto Maturana. Para estos autores, después de la muerte de Bateson los terapeutas sistémicos buscaron un sustituto, y lo encontraron rápidamente (gracias al psiquiatra Karl Tomm, gran descubridor de talentos de la época) en la persona de Humberto Maturana.

Maturana es un neurobiólogo chileno que ha hecho fortuna gracias a un artículo publicado en 1959, cuando trabajaba en los laboratorios del MIT de McCulloch y Pitts "*What the frog's eye tells to the frog's brain*" (Letvin y otros, 1959). Es uno de los tantos productos del departamento de cibernética de McCulloch; es más, Maturana ni siquiera es el primero de los coautores, pero comienza a construir un complejo edificio teórico, cuyos fundamentos son la autonomía y el cierre operativo de los sistemas. Junto a la arbitrariedad de las propias definiciones del sistema, definido no por su naturaleza sino en función de la elección del observador: "Toda expresión es expresión de un observador" (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Dentro de los siguientes 20 años, Maturana sigue delineando sus propias ideas, frecuentemente con la colaboración de un joven colega (también chileno) Francisco Varela, con quien publica *Autopoiesis and cognition* (Maturana y Varela, 1980). Los temas del libro no son ajenos a los primeros cibernéticos, pero Maturana convence a muchos (al menos entre los terapeutas familiares) de que se hallan ante elementos radicalmente nuevos. Además expresa sus conceptos en un lenguaje verdaderamente inédito (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Junto a Varela, Maturana (1978) crea el término autopoiesis para referirse al proceso mediante el que interactúan las partes de un sistema hasta que producen la organización del mismo. El sistema autopoietico es informativamente cerrado en cuanto al ambiente externo. Como el sistema nervioso, por su parte, está cerrado operacionalmente, no es

posible distinguir las ilusiones de las percepciones. Como consecuencia el observador se encuentra sin base alguna para defender la existencia de los objetos o las relaciones independientes respecto a él mismo. El aforismo de Maturana: “Toda expresión es expresión de un observador” subraya la posición constructivista, desde el momento en que falta un punto de apoyo externo para decidir acerca de la verdad, no se puede hacer otra cosa que no sea basarse en las múltiples realidades que surgen en el lenguaje a través del consenso (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

Las ideas de Maturana y Varela se vinculan con la obra de Bateson; pues para los 3: las descripciones, y las relaciones de las descripciones, son generadas mediante las distinciones que traza el observador (Keeney, 1991).

El impacto del cambio epistemológico es notable: la atención se desplaza del sistema observado al sistema observador; del “descubrir” una realidad externa al “inventar” la realidad; de la llamada visión objetiva a la reflexividad y la autorreferencia. La premisa básica es que el observador forma parte de lo que está observado y, en consecuencia, el terapeuta forma parte del sistema en que ofrece la terapia. Si los terapeutas sobrepasan los límites que circundan a la familia observada, se convierte en parte de un sistema cerrado y autónomo. Sus observaciones están influenciadas por lo que observan, y lo que observan está influenciado por sus observaciones. Es un círculo cerrado y no existe una realidad externa (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Maturana y Varela no son los únicos que apuntan estas ideas. Ya en 1978 Paul Watzlawick, invita a Heinz von Foerster a participar, como ponente principal en un congreso del MRI; von Foerster sigue un camino paralelo desde hace 30 años a los terapeutas familiares, estudiando el conocimiento y desarrollando una ciencia basada en el observador a la que denomina “Cibernética de segundo orden”, “Cibernética de los sistemas observantes”, o “Cibernética de la cibernética” (von Foerster, 1982). Es una Cibernética de la autorreflexividad en la que el centro de interés está en el observador mismo, quien con sus prejuicios, teorías y sensibilidad construye y describe la “realidad” observada (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Una vez más es Watzlawick quien se hace cargo del primer libro que recoge las nuevas tendencias teóricas: *La realidad inventada* (Watzlawick, 1984), donde aparecen las ideas del constructivista radical Ernst von Glasersfeld (1984).

De esta forma Cibernética de segundo orden y constructivismo se convierten en sinónimos para los terapeutas familiares. La linealidad del modelo del MRI es sustituida por una complejidad que acaba con la ilusión de poder actuar sobre las familias como si fueran máquinas homeostáticas (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

Resurgiendo de la Cibernética de segundo orden, el Constructivismo nace como un modelo teórico del saber y de la adquisición de conocimientos. Su planteamiento radical se basa en que la realidad es una construcción individual que se co-construye (en sentido interaccional) entre el sujeto y el medio. Como escuela de pensamiento estudia la relación entre el conocimiento y la realidad. Dentro de una perspectiva evolutiva se refiere, en su

significado más extremo, a que un organismo nunca es capaz de reconocer, describir o remedar la realidad, y sólo puede construir un modelo que se acerque de alguna manera a ella. El efecto de la comunicación, entonces, hace que dos o más sujetos, que se relacionan y se acoplan estructuralmente en la coordinación de sus conductas, construyan un mundo conjuntamente. Este acoplamiento da lugar a la vida social, siendo el lenguaje una de las consecuencias (Ceberio & Watzlawick, 2006).

La descripción del objeto es una descripción del descriptor y no la propiedad de la cosa en sí misma. La cosa es, como confirmación de su existencia, para el sujeto que la captura en el acto perceptivo, y ese dato o capto que se obtiene en el proceso forma parte no de una característica específica del objeto, sino de la atribución de sentido que el observante delimita y otorga. La selectividad perceptiva permite la mirada, admitiendo solamente algunas particularidades del objeto que son relevantes para el observador y nada más que para él, o en última instancia para un grupo de personas que comparten una percepción similar por medio de un código común (Ceberio & Watzlawick, op. cit.).

En el trascurso de su vida una persona interactúa proporcionando y recibiendo información en forma permanente con su medio, y ya desde su nacimiento, co-construye con otros generando estructuras particulares acerca de la realidad. En esta gesta interactiva, elabora la constitución de una escala de valores, pautas de intercambio, normas que regulan sus procesos, un sistema de creencias; en síntesis, una historia que delimitará el perímetro de determinados patrones, inherentes a ese sujeto y no a otros. Estas construcciones serán expresadas a través del lenguaje, como su base constitutiva y simultáneamente. El lenguaje es el inventor de realidades (Ceberio & Watzlawick, op. cit.).

Paul Watzlawick y Marcelo Ceberio (2006), señalan que nuestros órganos de los sentidos nos proporcionan una imagen de la realidad que es factible comparar con aquella percibida por otras personas, para descubrir sorprendentemente que son idénticas. Esta es la realidad que ellos llama de primer orden; que es producto de procesos neurofisiológicos muy complejos. Es esta realidad la que nos indica que el cielo es azul, que es de noche o de día. En principio, todos compartimos estas percepciones. Frecuentemente casi inevitablemente le asignamos un determinado valor, le atribuimos un significado; así somos portadores de una historia experiencial que nos lleva a construir significados acerca de las cosas. Del producto de esta atribución de sentido surge lo que se da en llamar realidad del segundo orden, realidad que siempre es el resultado de un acto constructivo, del valor de nuestro sistema de creencias. Es la que nos impide captar la forma pura sin hacer referencias de categorizaciones, la que transforma al acto de conocimiento en subjetivo, la que al ser autorreferencial, relativiza y particulariza nuestro producto de la observación.

Lenguaje y realidad están íntimamente relacionados, y si bien el modelo de las ciencias clásicas suele sostener que el primero es la representación del mundo, o sea el lenguaje como representacional; las ciencias posmodernas sugieren lo contrario: el mundo es la

imagen del lenguaje, la realidad es una consecuencia de éste (Ceberio & Watzlawick, op. cit.).

Para von Foerster (1996), se establece en el constructivismo una conexión trivial entre tres conceptos. Esos conceptos son: primero, los observadores; segundo, el lenguaje que usan; y tercero, la sociedad que forman al usar ese lenguaje, no se puede decir quién de estos fue primero, ni quién fue último. Se necesitan a los tres para tener a los tres.

Al principio, el foco de la atención y de la intervención había estado en el sistema significativo conectado al problema presentado, este sistema comprendía al paciente designado, a la familia vista en un marco trigeneracional, al autor de la derivación, y a otros expertos o servicios socio-sanitarios, además de la compleja red de las relaciones que los conectaba. Ahora con la cibernética de segundo orden y el constructivismo, el sistema significativo llega a incluir al observador mismo además del sistema significativo con todas sus relaciones. El observador tiene descripciones inevitablemente condicionadas por sus prejuicios y sus teorías (Boscolo & Bertrando, 2000).

En el período de la primera Cibernética, el observador, desde una posición externa, comprobaba la modalidad organizativa del sistema observado. Este concepto, transferido a nuestro lenguaje terapéutico, conducía a la búsqueda y descubrimiento de disfunciones y patologías, pero también al uso de intervenciones capaces de cambiar la organización patológica del sistema. En cambio, en la Cibernética de orden segundo, el observador está conectado recursivamente con el sistema observado, y sus prejuicios y teorías entran en sus descripciones y explicaciones, conduciendo de esta manera a la construcción (o invención) de la realidad observada. De esta forma, el concepto de conocimiento objetivo da lugar al de conocimiento construido a través de la autorreflexión. Además, desde el constructivismo, los sistemas vivos llegan a asumir características de sistemas autónomos y autoorganizados (Boscolo & Bertrando, op. cit.).

De hecho en el constructivismo, el construir realidades alternativas en psicoterapia constituye el objetivo básico para la resolución de problemas (Ceberio & Watzlawick, 2006).

Pero si bien la organización de un sistema autónomo es cerrada, podemos interactuar con su *totalidad* de diversas maneras. Un observador o terapeuta puede “interactuar con un sistema hurgando en él, arrojando cosas en su interior, y mediante otros procedimientos semejantes, con variados grados de sutileza”. Estas interacciones perturban la estabilidad del sistema total, que como respuesta procurará o no, compensarlas” (Varela, 1976^a, p. 28) Lo que permanece estable es la totalidad del sistema: éste conserva su identidad como organización autónoma particular. El sistema total actúa como un homeostato, o sea, un artefacto para mantener dentro de ciertos límites su propia organización. Así los sistemas sociales, organizacionalmente cerrados, se compensan y retienen su autonomía (Keeney, 1991).

En el orden más alto de recursión la familia es un sistema autónomo. Como organismo social, su orden más alto de proceso de retroalimentación tiende a mantener su unidad

como ser familiar total. Enunciado esto de manera recursiva, podríamos decir que la familia se organiza a fin de mantener la organización que la define como tal (Keeney, op. cit.).

Aun cuando los terapeutas no puedan garantizar el efecto que sus comunicaciones tendrán sobre los clientes, “eso no significa necesariamente que tengan que renunciar a lo que Maturana define como la “pasión por el cambio”, o a su intencionalidad o actividad en relación con los clientes; sólo significa que deben aceptar el hecho de que no pueden predecir completamente ni determinar las respuestas de los clientes” (Jones, 1993, p. 25, citado en Boscolo & Bertrando, 2000).

Al indagar las propiedades como si fueran parte del observador y no del sistema observado, el lenguaje del terapeuta cambia. No es ya un lenguaje de estilo oracular del terapeuta como lector privilegiado de lo que es oculto para el sujeto (no más oculto que lo que una observación del paciente puede ser para el terapeuta), sino el lenguaje de aquel que se define como autor de sus observaciones (“yo pienso que” en lugar de “pareciera que aquí lo que pasa...”). Nuestros pacientes no ven su propia espalda, su propio mirar...y nosotros tampoco. Es a partir de la articulación de esas dos cegueras parciales en la conciencia de ellas mismas, que surge un mirar más abarcativo como emergencia del diálogo terapéutico (Pakman, 1996).

El lenguaje no es un instrumento que describe lo que sucede en la familia, sino el nombre de un contexto que construye lo que sucede, es una elección en el dominio cognitivo. Buena parte de la terapia familiar es el proceso de negociación y generación de nuevos lenguajes, usando para ello la ambigüedad propia de todo lenguaje, tan frecuentemente “congelada” cuando una conducta ha sido construida como síntoma. En tales circunstancias, según Packman (1996), los significados se vuelven unívocos y, paralelamente, los cursos de acción se restringen. De acuerdo a lo anterior el terapeuta no es alguien que “hace algo sobre la familia”, sino que es un cultivador, un orientador de los procesos autoorganizacionales que ocurren en el sistema que el terapeuta co-forma con la familia.

El constructivismo se encuentra en el centro de un enérgico debate actual sobre la ciencia. A esto se le denomina la <<guerra de la ciencia>>. En esta guerra se tacha a los constructivistas de antirrealistas, relativistas e irracionales (Mahoney, 2005).

El radicalismo constructivista no convence a todos. Minuchin (1991), critica la negación de la diagnosis mientras que las feministas no aceptan el relativismo. El modelo presenta tendencias aristocráticas y elitistas, por lo complejo y responde al desinterés social y político que domina en la época. Tiende a subrayar los aspectos intelectuales y cognitivos de la terapia, relegando lo emotivo a un segundo plano (Bertrando, & Toffanetti, 2004).

Otros autores rechazan la posición relativista (“Todo está bien”) y no intervencionista. Critican a los teóricos constructivistas de que, en lugar de asumir la responsabilidad de adoptar una posición cuando es necesario, se limitan a tratar de respetar los puntos de vista de todos los que participan en el diálogo (Boscolo & Bertrando, 2000).

Análisis teórico conceptual del Construccinismo social

De la corriente posmoderna surge: “el Construccinismo social” que es una perspectiva epistemológica que adquiere importancia en la década de 1990 en EU. En la óptica construccionista, los significados y la identidad nacen en un contexto desde el principio relacional; el yo crece dentro del marco de intercambios y conversaciones en el que estamos insertos, y la identidad es el resultado de nuestras narraciones que cada uno de nosotros escribe dentro de tales danzas conversacionales. Frecuentemente confundido por los terapeutas con el constructivismo (véase Hoffman, 1990), el construccionismo se diferencia por su menor énfasis en la mente y por la importancia atribuida a la interacción (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Bertrando y Toffanetti (2004) describen y especifican las siguientes similitudes y diferencias entre constructivismo y construccionismo:

Similitudes:

- El saber es una construcción de la mente.
- El conocimiento no es la representación fiel de la realidad independiente de nosotros.
- Lo observado no es una entidad en sí misma y separada de quien observa (dualismo sujeto/objeto).

Diferencias:

- Para el constructivismo la mente y la realidad construida residen en el sujeto, mientras que para el construccionismo residen en las relaciones sociales y en la construcción de significados a través del lenguaje.
- Para el constructivismo mente y realidad están ligadas a una ontología lingüística que denomina como entidad; para el construccionismo participan de las diferentes formas de relaciones.

Así mientras que el constructivismo pone el acento en el observador y en sus construcciones mentales, el construccionismo social pone en primer plano la idea de relaciones, pero de relaciones vistas bajo una clave diferente de la adoptada por la primitiva teoría cibernética, es decir, ya no como expresiones de estructuras o pautas de conducta, sino de sistemas de lenguaje y de significado. Es significativo que, desde un punto de vista teórico, el constructivismo esté vinculado con el cognitivismo, que es una teoría psicológica individual, mientras que el construccionismo está ligado con la psicología social (Boscolo & Bertrando, 2000).

El construccionismo defiende la importancia de la conversación para desarrollar un sentido de identidad o una voz interna. Cada idea, cada concepto, nace del intercambio

social, mediado por el lenguaje. De este modo el construccionismo social se presenta como una teoría fuertemente logocéntrica (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Para Payne (2002) El construccionismo social es una rama de la psicología social, que enfoca las relaciones entre personas y las normas culturales y sociales que las moldean, en vez de las imaginarias dinámicas intrapsíquicas. Pues muchos enfoques de la terapia se han centrado en lo individual no en lo social.

Según el construccionismo social, la fuerza más poderosa para modificar nuestra vida son los relatos que nos contamos constantemente a nosotros mismos y a los demás y que representan la visión que tenemos del mundo y de nuestras relaciones. Estos relatos van perdiendo realidad en la memoria a medida que son filtrados por las normas y supuestos sociales y por “conocimientos expertos” atribuidos a otras personas. El recuerdo no solamente se distorsiona: se distorsiona de una forma determinada cultural y socialmente (Payne, 2002).

Para los terapeutas cibernéticos al cambiar el patrón de acción se podía cambiar el modo de pensar y de hablar. Los terapeutas construccionistas invierten la idea, creando la terapia más focalizada en el lenguaje de toda la historia de la terapia familiar. Así la cibernética es sustituida por una posición que se orienta hacia la crítica literaria y la hermenéutica, o sea la interpretación textual. La tarea del terapeuta será la creación ilimitada de nuevas historias manteniendo abierta la conversación (Anderson y Goolishan, 1992). De este modo, el interés pasa del contexto de Bateson al texto de Derrida, que se convierte en la metáfora fundamental de las nuevas orientaciones (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Para la aproximación construccionista, la terapia debe generar múltiples y diferentes conversaciones, capaces de llevar a la revisión de las narraciones dominantes sobre las que se apoya la identidad de los clientes. El terapeuta es cada vez menos protagonista. De hecho, como el saber está socialmente construido, no se pueden postular significados preexistentes que el terapeuta pudiera “descubrir”: la narrativa surgirá de la conversación sin que el terapeuta sea el autor (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

Bertrando y Toffanetti (2004) hablan de que en el Construccionismo social existen cuatro grandes formas de llevar la terapia: la primera vía posmoderna, consiste en desinteresarse de la naturaleza y la historia de los problemas, conduciendo directamente a los clientes a un futuro que no los contemple; esta es la terapia centrada en las soluciones, que es una actualización de la terapia estratégica, este tipo de terapia encuentra numerosos seguidores, sobre todo en América hambrienta de terapias breves. La segunda vía terapéutica se centra en la condición <<desfavorecida>> de los clientes y en la ampliación de sus historias y de sus conocimientos: se trata de la terapia narrativa, sacando a la luz a Australia y a Nueva Zelanda. La tercera vía prevé la democratización del equipo terapéutico, haciendo a los clientes partícipes de todo el trabajo terapéutico. Es el reflecting team, que de una simple técnica evoluciona rápidamente hacia una completa

visión de la terapia. La última y cuarta forma de terapia es la aceptación total del punto de vista del cliente, minimizando la intervención del terapeuta: es el camino que toman las terapias conversacionales, en particular las que prevén para el terapeuta una posición de “no saber”, así se dan terapias que se denominan de formas distintas: posmodernas, narrativas, conversacionales o constructivas.

Algunos de los teóricos que recomiendan mayor dirección del terapeuta son Michael White y los que se han basado en su trabajo. White se enfoca en los modos en que las historias de los clientes son constreñidas por narrativas culturales y sociales dominantes, tales como historias opresivas que se originan en historias de abuso. Re-historiar frecuentemente implica la externalización de los problemas. Los problemas se externalizan (se describen como una cosa externa que afecta a la persona, no como si fueran una parte de la persona) para separar a la persona del problema y/o a las restricciones que mantienen la historia dominante. Los recursos literarios como cartas, documentos y certificados, se vuelven algunos de los medios por los que los clientes re-escriben su relación con los problemas (Biever & cols., 2005).

El papel de los terapeutas que adoptan la aproximación posmoderna del construccionismo social, es facilitar las conversaciones terapéuticas, pues ya no se consideran terapeutas expertos que conceptualizan casos y desarrollan tratamientos basados en su orientación teórica; en la aproximación construccionista, el terapeuta intenta de manera activa aprender acerca de las perspectivas y comprensiones del cliente. Los problemas tal y como son formulados por el cliente son el objeto de atención de la terapia. Las metas no se basan en lo que teóricamente sería un funcionamiento saludable, las quejas no son vistas como síntomas de conflictos subyacentes que sólo pueden ser entendidos por los terapeutas. Los terapeutas respetan las comprensiones y posturas de los clientes con respecto a su queja. Las comprensiones de los terapeutas acerca de las historias de los clientes son introducidas como posibilidades o hipótesis tentativas, no como prescripciones o mejores historias o maneras de comprender. Los terapeutas presentan sus ideas con el fin de generar conversación, no de dar respuestas. La postura terapéutica posmoderna está caracterizada por la colaboración, el no saber, la curiosidad y la reflexión (Biever & cols., op. cit.).

Los enfoques construccionistas narrativos se centran en cambiar la estructura de las historias, independientemente de su contenido; esto se logra poniendo atención al: tiempo, espacio, causalidad, interacciones, valores y la narración de la historia (Biever & cols., op. cit.). Para conseguir esto, se puede hacer uso de la narrativa escrita, porque como señalan Penn y Frankfurt (2005): añadir la escritura a la conversación en terapia, acelera el descubrimiento de nuevas voces, así como la creación de nuevas narrativas. Las formas de escritura incluyen diarios, cartas a personas muertas o vivas, “notas” entre sesiones, biografías personales, sueños, poesía y diálogos. En estos tipos de escritura los clientes hacen sonar voces alternativas, inicialmente descubiertas en conversación con el terapeuta, la finalidad es elegir cuales son más apropiadas para las relaciones que ellos quieren cambiar. Ambos modos expresivos: escribir y hablar, dan origen a un proceso reflexivo, en el que todos se influyen mutuamente.

Penn y Frankfurt (2005) agregan que frecuentemente, los clientes acuden a terapia con narrativas fijas y limitantes, las que proveen de una articulación de su postura hacia el mundo. Ellos narran sus historias personales como si fueran monólogos: una voz única, absoluta y cerrada. Estos monólogos negativos pretenden contener verdades, como tales, son sostenidas en un lugar de privilegio y como explicaciones únicas. Sólo se escuchan a sí mismos y son insensibles a los otros. Así, si un monólogo va a ser un diálogo, primero tiene que ser relativizado, desprivilegiado y, las autoras agregan, se tiene que ser más amigable hacia otras descripciones y posibilidades.

Gergen (2006) comenta que los relatos de un cliente no reflejan la verdadera naturaleza de un problema, ya que el relato de éste es sólo una construcción contingente, que denota una forma de relacionarse con los demás para producir determinados efectos. Gergen sugiere que en lugar de escrutar la interioridad del cliente, nos centramos en sus contextos relacionales y tratemos de explorar el significado pragmático de su discurso en el seno de estos contextos; así nos preguntamos por quién y con quién tiene sentido aquel discurso y, si es aceptado en el marco de tal o tal otra relación, qué se desprende tanto para quienes lo sostienen como para quienes forman parte de su entorno.

Bertrando y Toffanetti (2004) exponen ciertas críticas hechas a la perspectiva construccionista. Hablan del relativismo con que se pueden tratar los problemas ligados al género o a la violencia y al maltrato. Otra crítica es la procedencia anglosajona del que provienen tantos innovadores de la terapia familiar del período, que ha hecho imposible pensar en cambios sociales y políticos que pongan en discusión las reglas de la economía, con lo que la única posibilidad que ellos exponen es obtener cambios en el nivel microsocial, y en el lingüístico.

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

Análisis de los principios teórico-metodológicos del Modelo Estructural

A principios de los años 60 se empezaron a estudiar las familias pobres y en desventaja socioeconómica, pues producían personas que tenían dificultades, de acuerdo con las costumbres de la sociedad en general. Parecían organizadas de manera un tanto distinta; así se empezó a considerar la arquitectura de la familia y se establecieron categorías de organización. Sólo entonces empezó a parecer que ciertos tipos específicos de estructura familiar podían estar conectados con ciertas categorías de problemas. El primer proyecto para lograr una tipología organizativa fue planeado por Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, quienes estudiaron las familias de muchachos delincuentes de la Wiltwyck School, estas familias podían dividirse en enredadas y desligadas, todo esto se informó en el libro *Families of the slums* (Hoffman, 2002).

Para comprender mejor a estas familias de los guetos, Minuchin adoptó el modelo de familia nuclear desarrollado por Talcott Parsons (Parsons y Bales, 1955), en las que las funciones instrumentales (reservadas al marido-padre) son bien diferentes de las expresivas (reservadas a la madre) (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En 1965 Minuchin abandonó la escuela Wiltwyck para dirigir la: *Philadelphia Child Guidance Clinic*, de esta forma consiguió entrar en contacto con una población heterogénea, que comprendía familias de la clase obrera como de la burguesía. Decidido a transformar la clínica en un instituto de terapia familiar, Minuchin llevó con él a Braulio Montalvo, que trabajaba en la *Wiltwyck*, y llamó a Jay Haley que estaba en Palo Alto. Durante dos años Haley trabajó en los aspectos que le llamaron la atención del proyecto de investigación, mientras que Minuchin y Montalvo se ocuparon de los aspectos clínicos. En 1969 Minuchin creó, dentro de la clínica, el *Institute for Family Counselling* (IFC), un proyecto de formación en terapia familiar para no profesionales; pidió a Montalvo y a Haley que lo apoyaran. Los tres comenzaron a impartir sus enseñanzas, utilizando sistemáticamente la supervisión directa y la revisión de videograbaciones (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

En los años 70's la *Philadelphia Child Guidance Clinic* fue el punto de contacto para las personalidades del área: además de Haley y Montalvo, trabajaba ahí Cloé Madanes, mientras que el puesto de Minuchin como director de formación sería inmediatamente asumido por Marianne Walters, que será una de las representantes más destacadas de la terapia feminista. La *Child Guidance Clinic*, poco después de 1970, comienza a colaborar con el *Philadelphia Child Hospital*, Minuchin aprovechó la ocasión para trabajar sobre problemas de tipo médico, como la diabetes infantil y la anorexia. Los resultados son recogidos en el libro: *Familias Psicossomáticas* (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

En 1972 Minuchin publicó un artículo titulado: *Structural family therapy*, dónde habla de desplazar la patología del individuo a la relación, y ver a la terapia como una reorganización de la estructura (relacional) familiar. La obra de Minuchin culminó con la publicación, en 1974, de *Familias y Terapia Familiar*, quizás el libro más vendido en toda la historia de la terapia familiar. En 1975 Minuchin abandona el cargo de director de la clínica, y es nombrado director del centro de formación, ahí trabajó exclusivamente hasta 1981. Síntesis de dicho trabajo es el libro, escrito junto a Charles Fishman: *Técnicas de terapia familiar* (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En 1980 Salvador Minuchin renunció a su cargo de director de formación en el *Philadelphia Institute*. Al abandonar este último cargo, su carrera tomó un nuevo curso. Aunque continúa con la actividad de formación en su propio centro en Nueva York junto a su mujer Patricia. Minuchin buscó nuevos intereses más allá de la terapia familiar, sobre todo estudiando familias "normales", el libro *Calidoscopio familiar* (Minuchin, 1986) testimonia este interés. Otra actividad a la que Minuchin ha prestado atención, es la actividad teatral, que sobre todo ha puesto en práctica en el transcurso de varios años sabáticos (Bertrando & Toffanetti, op. cit.). También Salvador Minuchin se dedica últimamente a los sistemas más amplios como escuelas, empresas y al Sistema de Justicia.

El modelo normativo de Minuchin, dice que una familia organizada apropiadamente tendrá límites claramente marcados. El subsistema marital tendrá límites cerrados para proteger

la intimidad de los esposos. El subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños, más no tan impenetrables que limiten el acceso necesario para unos buenos padres. El subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones y estará organizado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes a su sexo y edad determinados por la cultura familiar. Por último, el límite en torno de la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de los factores culturales, sociales y económicos. Teniendo en mente este modelo, el terapeuta tiene entonces la tarea de notar el ángulo de desviación entre él y la familia que acude a él. Desde un punto de vista estructural, la terapia consiste en rediseñar la organización familiar de modo que se aproxime más de cerca a este modelo normativo (Hoffman, 2002).

Los terapeutas estructurales entienden la estructura sociológica del sistema familiar en función de unidades subsistémicas. De esta forma hay casos en que la familia es demasiado enmarañada (es decir que carece de la suficiente diferenciación subsistémica) o desacoplada (que le falta la suficiente conexión subsistémica); así se predice la ocurrencia de patologías. En consecuencia la terapia familiar estructural se propone diferenciar y conectar subsistemas (Keeney & Ross, 1993).

Al realizar la división en subsistemas u holones, es posible observar las siguientes patologías (Umbarger, 1999):

- Patología de fronteras: pueden ser inadecuadamente rígidas o débiles, haciendo que el grupo familiar se observe como desacoplado o enmarañado.
- Patología de alianzas: aquí caben las coaliciones intergeneracionales.
- Patología de triángulos: se enfrentan dos miembros de la familia con un tercero, que por lo general son dos contra uno. Si esos dos son los padres estamos frente a un caso de desviación de conflictos. Si es un progenitor y su hijo(a) se tiene una alianza intergeneracional. Si las alianzas perduran lo suficiente, resultan gravosas para los dos bandos y se produce una conducta sintomática.
- Patologías de jerarquías: La inversión de las jerarquías de poder se consideran la fuerza más destructora para la estructura de la familia.

También es básico para el modelo de Minuchin (1985) el destacar las siguientes etapas principales del modelo de desarrollo según un orden cronológico de evolución: La formación de pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar o adolescentes y la familia con hijos adultos.

Keeney y Ross (1993) esquematizan el abordaje estructural de la siguiente manera:

1. El terapeuta construye un marco semántico, que consiste en una particular concepción sobre el modo en que los sistemas familiares se organizan. Incluye definir a la familia entera compuesta por subsistemas acoplados entre sí por fronteras que pueden ser enmarañadas o desacopladas.

2. El terapeuta estructural ve a toda la familia. A las modalidades específicas en que los miembros escenifican su participación en estructuras familiares, registran y observan sus pautas de transacción redundante: quién hace qué, a quién y cuándo.
3. Los terapeutas estructurales, pasan a construir la perspectiva de la jerarquía social y las pautas sociales de coalición.

De manera general Minuchin (1985) describe las tres etapas tentativas de una sesión inicial:

1° Etapa: El terapeuta sigue las reglas culturales de etiqueta.

2° Etapa: Interroga a cada miembro de la familia acerca de cuáles son en su opinión los problemas de la familia.

3° Etapa: *Explora la estructura familiar ayudando a la familia a poner en juego su drama familiar.*

Para facilitar esta primera sesión así como todas las restantes, también se pueden utilizar las llamadas: operaciones de asociación. Las operaciones necesarias para que se produzca la asociación son las operaciones de: unión, acomodamiento, mantenimiento, rastreo y mimetismo (Minuchin, 1985).

La unión se utiliza cuando el terapeuta se quiere relacionar directamente con los miembros de la familia, esto lo hace por medio del acomodamiento al estilo, afecto y lenguaje de cada uno de los miembros de la familia.

El acomodamiento se utiliza cuando se pone el acento en las adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr alianza con una persona, subsistema o familia.

Otra operación que se relaciona con la acomodación de brindar apoyo al sistema familiar es el mantenimiento, tal como el terapeuta lo percibe y analiza, el sistema puede ser mantenido en todos los niveles.

El rastreo es otra técnica de acomodación, el terapeuta sigue el contenido de las comunicaciones y de la conducta de la familia y los alienta para que continúen.

El mimetismo es una técnica indispensable en las operaciones de asociación, en esta técnica el terapeuta adopta el ritmo familiar de comunicación, pues se debe de asemejar a los miembros de la familia.

Continuando con el inicio del proceso psicoterapéutico, es importante que el propio terapeuta se sienta cómodo en diferentes niveles de participación. A veces el terapeuta trata a la familia como un especialista. Otras veces adoptará una postura intermedia. En otros momentos establecerá una fuerte alianza con algunos de los miembros del grupo. Estos diferentes niveles de participación Minuchin y Fishman (1998) lo llaman Coparticipación. El terapeuta puede hacerse coparticipante de la familia desde una posición de cercanía, a una intermedia y a una distante.

Una vez que el terapeuta se acomoda, comienza a evaluar las interacciones de la familia presentes de acuerdo a su experiencia, así formula un diagnóstico, que es la hipótesis de trabajo, que desarrolla a través de sus experiencias y observaciones, obviamente difiere enormemente del tipo de diagnóstico psiquiátrico. El terapeuta ve al paciente identificado como el miembro que expresa el problema que afecta al sistema en su totalidad, amplía la conceptualización del problema, y debe de incluir las transacciones de la familia en su contexto habitual.

Para que el terapeuta evalúe las transacciones de la familia y obtenga un diagnóstico, se concentra en 6 áreas fundamentales (Minuchin, 1985):

1. Estructura de la familia, pautas transaccionales preferibles y alternativas disponibles.
2. Flexibilidad del sistema, capacidad de reestructuración y elaboración.
3. La resonancia del sistema familiar, sensibilidad a acciones individuales de sus miembros.
4. Contexto, fuentes de apoyo y estrés.
5. Estadio de desarrollo de la familia.
6. Forma en que los síntomas del paciente son utilizados para el mantenimiento de pautas preferidas por la familia.

Para finalizar con la formación o consolidación del sistema terapéutico, es necesario que la familia y el terapeuta logren un acuerdo de la naturaleza del problema y los objetivos del cambio. Dicho acuerdo recibe el nombre de "Contrato Terapéutico". El contrato plantea una promesa de ayuda para la familia con el problema que ha traído a terapia; explícita la logística de la terapia, y específica la frecuencia de las sesiones y el tiempo, haciendo la observación de que todo esto puede variar.

Además de las operaciones de asociación, se necesita de las operaciones de reestructuración. Las primeras se refieren a la forma como el terapeuta se ubica a sí mismo como parte del sistema, mientras que las segundas son tareas que requieren cambios específicos en la organización familiar. En la reestructuración el terapeuta opera como director y como actor, crea escenarios, coreografía, esclarece temas, se usa a sí mismo, se incorpora a alianzas y coaliciones, fortalece o debilita límites y enfrenta o apoya las pautas transaccionales, utiliza el liderazgo para plantear desafíos a los que la familia debe acomodarse.

Las operaciones reestructurantes se pueden categorizar de la siguiente manera:

- a) El captar las pautas transaccionales de la familia, por medio de: dramatización de las pautas transaccionales, recreación de los canales de comunicación, y la manipulación del espacio.
- b) El señalamiento de límites.
- c) El acrecentamiento del estrés: bloqueo de pautas transaccionales, acentuación de las diferencias, desarrollo del conflicto implícito, unión en alianza o coalición de parte del terapeuta.
- d) La asignación de tareas.

- e) La utilización de los síntomas.
- f) La manipulación del humor.
- g) Apoyo, educación y guía.

En el libro de: *Técnicas de terapia familiar*, Minuchin y Fishman (1998) reconceptualizan a las anteriores técnicas de reestructuración por medio de los siguientes tres grupos con sus respectivas técnicas:

- 1.- Cuestionar el síntoma, por medio de: la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad.
- 2.- Cuestionar la estructura de la familia, a través de: la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.
- 3.- Cuestionar la realidad familiar empleando: constructos cognitivos, el uso de paradojas y la búsqueda de lados fuertes de la familia.

La teoría de Minuchin debe mucho a la Teoría de Sistemas, se inclina muy poco hacia el paradigma cibernético. En la mayor parte de su trabajo, el lenguaje de Minuchin, parece derivarse de la teoría de la organización y la teoría de roles, basándose en gran medida en metáforas espaciales como fronteras, mapas, territorio, estructura, rol, etc (Hoffman, 2002).

Algunas de las críticas que se le hacen a Minuchin, tienen que ver con su idea de lo que es normal, pues para algunos no abarca a las familias de otras clases y culturas. El enfoque de Minuchin parece sencillo, pero es difícil de enseñar, pues trabaja con comportamientos analógicos, tanto que se debe de ver a muchas familias antes de que se puedan empezar a reconocer las pautas invisibles que un experimentado terapeuta estructural reconoce a la primera mirada (Hoffman, op. cit.).

Es importante tener en claro las diferencias entre el modelo estructural y el modelo estratégico. La diferencia clave es que la terapia estratégica construye y utiliza principalmente una definición del problema-queja que es diferente para cada familia; la terapia estructural construye y utiliza principalmente una visión estructural de sistemas familiares en virtud de la cual familias diferentes se ven por la misma lente de inteligencia conceptual, se reconoce que esta generalización es cuestionada por el mismo Minuchin en años más recientes. Otra diferencia es que los estratégicos tratan problemas con la mira de modificar pautas sociales de coalición, mientras que los estructuralistas tratan las pautas de coalición como un camino que lleva a alterar la estructura de la familia (Keeney & Ross, 1993).

Una crítica más es la directividad y jerarquía que mantienen los terapeutas estructurales (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Análisis de los principios teórico-metodológicos del Modelo de Terapia Estratégica

Para Cloé Madanes (1993) y para Paolo Bertrando y Dario Toffanetti (2004), los antecedentes de la terapia estratégica se remontan a la terapia estratégica de Milton

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

En 1967 Jay Haley escribe con Lynn Hoffman su segundo libro: *Técnicas de Terapia familiar*, en el que se ilustra por medio de la observación, el trabajo de algunos de los pioneros de la Terapia Familiar, como: Virginia Satir, Don D. Jackson, Carl A. Whitaker y otros menos conocidos como Charles R. Fulweiler y Frank Pittman. Este libro es una observación de estos especialistas en sus primeras entrevistas iniciales, con el fin de develar sus misterios como excelentes terapeutas. Siguiendo esta misma metodología, el tercer libro de Haley también trata sobre la observación de otro gran terapeuta: Milton H. Erickson, en ésta obra Haley plasma las enseñanzas de M. Erickson que él recibió durante 17 años.

Para 1976, Haley después de más de 20 años de entrenar terapeutas, por fin bosqueja una sistematización de técnicas enfocadas a resolver problemas, se puede decir que después de todos esos años construye sus nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz, a través de su libro: *Terapia para resolver problemas*. En 1980, Haley ya cuenta con 30 años de experiencia, desde que comenzó su trabajo con Bateson, y en su último libro centra sus esfuerzos en el ciclo vital de la emancipación juvenil, al considerar que en esta etapa del ciclo vital familiar, llegan a aparecer serios problemas de salud mental, sino se da una independencia adecuada de los jóvenes.

El siguiente libro de Haley se produjo en 1984 es el de *Terapia de Ordalía*, en él se especifica que una de las tareas del terapeuta, consiste en imponer una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar y, a la vez, más severa que ese problema, el requisito de la ordalía es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma.

Ya en la década de los 90's Haley escribe: *Aprender y enseñar terapia*; en esta obra se observa a un Jay Haley más maduro, que se centra en la pedagogía de la psicoterapia, expresa sus puntos de vista sobre la formación de terapeutas, basados en sus más de 30 años de experiencia en el arte de cambiar a las personas. El último libro de Haley y Richeport-Haley del 2003: *El arte de la terapia estratégica*, también se centra en la enseñanza de esta forma de terapia y se puede decir que también es una síntesis de este modelo psicoterapéutico. En este último material Haley presenta el siguiente esquema para atender a una familia en terapia:

- 1.- Problema: la terapia se centra en el problema presentado.
- 2.- Unidad: la unidad de observación e intervención es el triángulo.
- 3.- Secuencia: Se presume la existencia de secuencias repetitivas en la familia
- 4.- Jerarquía: El foco estructural está en la jerarquía familiar.

5.- Motivación: Es la hipótesis elegida que explica el síntoma cumpliendo una función positiva en la familia.

El mismo Haley (1997) comenta acerca de sus influencias teóricas que modelaron sus principios básicos, de Bateson, Weakland y Milton H. Erickson, entre otros. De Bateson escribe, que a él no le interesaba cambiar a la gente, sólo estudiarla, más reconoce que su manantial de ideas interesó a la psicoterapia y a sus cambios. De Erickson aprendió la técnica terapéutica así como una visión práctica de la vida y los problemas humanos. Haley reconoce además la influencia de Don Jackson quien lo apoyo en lo relacionado con la psiquiatría y la esquizofrenia, éste estaba convencido de que todo lo enfermizo de un esquizofrénico era una respuesta a su situación social, pues entendía que estos eran casos curables y que no adolecían de ningún defecto fisiológico; Jackson a su vez recibió una influencia directa de Harry Stack Sullivan, quien tendía a preguntar a su supervisado: ¿Qué estuvo haciendo usted inmediatamente antes de que el paciente dijera eso?. Haley también reconoce la influencia del budismo zen, gracias a Alan Watts, él introdujo las ideas del zen que en aquel tiempo se consideraba una terapia alternativa frente a la ideología psicodinámica, Además reconoce la influencia de Minuchin y de Braulio Montalvo con quienes dice que trabajo por casi una década.

Jay Haley se centra en un modelo de terapia más organizacional, aprovechando su conocimiento de la jerarquía y las coaliciones. Él creó su propio método para perturbar o cambiar estructuras familiares anormales, además de atender a las configuraciones triádicas que las acompañan (Hoffman, 2002).

Ante lo anterior Haley introdujo la noción de jerarquía, una de las ideas más centrales de su teoría. Entiende que las ideas de organización social y de jerarquía son indiscernibles. La jerarquía puede existir en función de generaciones, ingresos, destrezas, talentos, agilidad física, inteligencia, etc. A fin de comprender el modo en que se organiza esta jerarquía, Haley propone examinar la organización secuencial de los sucesos de conducta en la familia (Galicía, 2004).

Haley propone que una organización está perturbada cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos, particularmente si son secretas. Por "coalicción" entiende un proceso de acción conjunta contra un tercero. Haley señala que coaliciones intergeneracionales no son en ellas mismas problemáticas, sino que traen trastornos cuando se repiten una y otra vez. En cuanto a las razones por las cuales se generan pautas problemáticas de coalición y experiencia sintomáticas, Haley señala que se asocian con crisis de transición en el curso evolutivo de la familia. Estas transiciones son según Haley: 1. periodo de cortejo, 2. Comienzos del matrimonio, 3. Nacimiento de los hijos y su crianza, 4. Las etapas intermedias de la vida conyugal, 5. El periodo en que los padres se destetan de los hijos, y 6. El retiro de aquéllos y su vejez (Galicía, op. cit.).

Por todos estos principios, Cloe Madanes (1993) comenta que los objetivos de esta terapia son, ante todo, impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas.

La estrategia terapéutica de Haley, se puede considerar basada en diferentes formas de intervención, lo que el llama “*directivas*”. Como le interesa conocer el estado actual de organización de una familia, tiene que provocar a sus miembros para que actúen, y así ver cómo operan. Estas provocaciones, intervenciones o directivas son inseparables del diagnóstico, para Haley el terapeuta de familia se orienta a diagnosticar la manera en que la familia responde a sus intervenciones terapéuticas, para averiguar la manera en que un sistema social bloquea los intentos de producir un cambio, Haley quiere ver la manera en que un sistema se resiste al cambio a fin de saber cómo abordar logradamente y utilizar su “resistencia” (Galicia, op. cit.).

Haley (2007) retoma muchas de las estrategias que Erickson utilizaba en la hipnosis, para encarar la resistencia de los pacientes y producir un cambio: a) aliento de la resistencia; b) Ofrecimiento de una alternativa peor; c) Determinación de un cambio mediante comunicaciones metafóricas; d) Aliento de una recaída; e) Frustración de una respuesta para alentarla; f) El empleo del espacio y la posición; g) Énfasis en lo positivo; h) Siembra de ideas; i) Ampliación de una desviación; j) Amnesia y control de la información; k) Despertar y desenganche; l) Evitación y exploración de sí mismo.

Para Haley y Erickson los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia o de un grupo natural se disloca o se interrumpe. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital. Si bien la estrategia terapéutica de Erickson se centra muy precisamente en los síntomas, su objetivo más amplio es la resolución de los problemas de la familia, para que el ciclo se ponga nuevamente en movimiento. Las etapas del ciclo vital que son tomadas por Jay Haley en su libro: *Terapia no convencional* son: 1) El período de galanteo, 2) El matrimonio y sus consecuencias; 3) El nacimiento de los hijos y el trato con ellos; 4) Las dificultades del matrimonio del período intermedio; 5) El destete de los padres, 6) El retiro de la vida activa y la vejez (Haley, 2007).

El mismo Haley (2007) reconoce que el anterior esquema del ciclo familiar es incompleto, pues ignora las diferencias culturales y de clase; más también escribe que es imposible intentar algo más debido a la extraordinaria complejidad que caracteriza a una familia en cualquier momento dado y más a lo largo de toda su vida. El describe su ciclo vital de la familia: como un marco de referencia rudimentario.

Haley tiene 2 formas de intervención: las primeras procuran averiguar la manera en que la familia se estabiliza, en tanto que las segundas llevan como principal propósito: iniciar el cambio terapéutico. En cualquiera de estos tipos de intervención, se deben de diseñar directivas para emplear las modalidades en que la familia se refiere a su propia situación, así el envoltorio de la directiva consiste en metáforas, frases, ideas o tareas que brotan del paradigma de comunicación de la misma familia.

Cloe Madanes (1993) destaca que las intervenciones suelen cobrar la forma de directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar, dentro y fuera de la entrevista. Las directivas son planificadas deliberadamente, construyendo la principal técnica terapéutica, no se hace hincapié en el insight o la comprensión, ni se formulan

interpretaciones; el acento está puesto en la comunicación en el presente; en este enfoque la familia puede superar el problema sin enterarse de cómo o por qué lo logró, eso se considera suficiente y satisfactorio. Si la tarea que se solicita ha de tener lugar fuera de la sesión, por lo general todos los integrantes de la familia intervendrán en ella, y a menudo se la ensayará previamente durante la sesión. Haley sostiene que hay que impartir directivas que vayan directo al grano. La misma Madanes recuerda que a menudo el terapeuta empieza por crear un nuevo problema, de modo tal, que el cambio lleve a la solución del problema que había presentado la familia originalmente. Una de las maneras de planear una estrategia es sustituir el sistema que presenta la familia por otro diferente, anormal, antes de pasar a reorganizarla dentro de una jerarquía más funcional.

Haley considera importante interrumpir la información o cambiarla, y describe varias maneras de hacerlo. Una de ellas es perturbar la más intensa díada entre padre-hijo, haciendo que aquél de los padres que se muestre más preocupado redoble su participación, con la esperanza de que esto produzca una reacción. Una segunda manera es enfocar la díada parental, y a base de burlas, establecer las diferencias entre los padres acerca del comportamiento del hijo, al hacerlo el terapeuta se inserta en el triángulo con los padres, reemplazando al hijo que a menudo sirve como encubierto campo de batalla para los problemas conyugales. La tercera forma consiste en entrar por medio de las relaciones periféricas de los padres con el niño. Esto puede lograrse, ya sea haciendo que este padre sea el disciplinario, ó perturbando la alineación encubierta con el niño, también se puede lograr dando al niño y a uno de los padres una tarea que realizar juntos, haciendo así manifiesta su alineación. Esta última táctica puede distanciar al padre que más participaba, desequilibrando así al matrimonio. Otra estrategia de Haley recomendada para los padres de hijos adolescentes es la fijación de límites claros, sí es así el hijo mejorará. Si no pueden hacerlo, el terapeuta los compromete consigo mismos en la lucha por resolver sus diferencias por el comportamiento del adolescente (Hoffman, 2002).

Para Keeney y Ross (1993) lo primero que hay que hacer en este tipo de terapia es:

1.- Fijar un foco sobre el problema que se ha de tratar: Haley lo considera conectado a secuencias de acciones que suponen la interacción de tres personas como mínimo y no como una complementariedad recursiva que incluye a las soluciones intentadas. El terapeuta centra su enfoque en la interacción problema-solución, en este enfoque se tiende a modificar la organización social que por fuerza desarticulará la relación recursiva entre problema y solución.

2.- Una primera sesión se articula en una progresión de modalidades diferentes: 1º) conseguir que se lo exprese metafóricamente, 2º) obtener una descripción específica en función de conducta, 3º) confeccionar un breve resumen de los cambios específicos en cuyo logro ha de trabajar la terapia.

3.- Para detectar relaciones sociales trídicas hay que hacer que el sistema interactúe frente al terapeuta, este último no se limita a presenciar una conversación sobre el problema, [el terapeuta] en esta etapa procurará traer el problema al seno de la reunión.

Con esa escenificación el terapeuta puede distinguir la organización secuencial de su conducta social que hace de contorno al problema: *quién-hace-qué-a quién-cuándo*. Lo anterior se puede esquematizar por pasos recursivos o redundantes de un círculo vicioso compuesto al menos por 3 personas. Una vez que se conoce la continuidad de la secuencia, el objetivo es interrumpir estas pautas de organización.

Por lo tanto, Haley:

1. Define el problema
2. Traza distinciones que disciernen su organización secuencial
3. Estos marcos se contemplan dentro de la perspectiva de una jerarquía social. Prescribe entonces distinciones que individualizan la jerarquía del sistema social perturbado, que por lo común se refiere a diferentes generaciones.
4. Se examina el marco con respecto a la estructura política de las coaliciones. En particular, se pone el acento en coaliciones establecidas de acuerdo a niveles de la jerarquía social.
5. Todos estos marcos de referencia se contemplan dentro del marco del ciclo vital.

Haley utiliza el problema y las metas establecidas en el contrato para evaluar y pilotear el curso de acción del terapeuta (y del cliente). Cada sesión evalúa el progreso de la terapia por referencia al cabal cumplimiento de las metas establecidas en el contrato terapéutico, También se evalúa la organización secuencial del problema y las pautas de coalición del sistema social. Con esta perspectiva la terapia se puede evaluar en etapas en que se van elaborando problemas diferentes.

Inmaculada Ochoa (1995) escribe que las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema. Las técnicas de intervención tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares y comprenden: connotaciones positivas y redefiniciones; tareas directas; tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación; ordalías y metáforas.

Haley fue criticado por el mismo Gregory Bateson, debido a sus ideas de que las relaciones humanas son una lucha incesante por decidir quién dicta las reglas, y los síntomas de los enfermos psiquiátricos que se estudiaron en el proyecto Bateson no eran la excepción. Esta lectura lineal de la función sistémica del síntoma no satisfizo a Bateson, del mismo modo que no hubiera compartido cualquier otra lectura lineal. La hipótesis de Bateson en cuanto a la función y al valor del síntoma en el sistema es indudablemente una hipótesis circular: el síntoma es efecto y causa, antecedente y consecuencia, en redes cibernéticas complejas de condicionamientos recíprocos. Para Haley las reglas familiares eran reglas que definían una estructura de poder, una jerarquía.

Otra crítica a la propuesta de Haley es la normatividad de su modelo que consideraba la existencia de una estructura jerárquica correcta que no producía patología.

Llegan a surgir dudas ante la diferencia del Modelo de Haley y el Modelo de Terapia del MRI. Ante esta comparación, Haley aborda las secuencias más amplias, se tiene que distinguir que Haley no se fija en las soluciones intentadas, sino en la manera en que la interacción de un miembro de la tríada afecta al resto y a la organización, así Jay se fija en las secuencias más amplias de conductas, las que incluyen la reacción de cada miembro del sistema, las que explican la interacción, se puede decir que se fija en la pauta que conecta, lo que hace que la familia se organice de determinada manera. E interviene con modificaciones de manera que resulten modificadas 2 conductas como mínimo, como en los casos de “niños problemas”, donde conviene tener a la vista que al cambiar al niño surgirá un conflicto entre los padres.

Michael P. Nichols, en el prólogo del libro de Haley y Richeport habla de que la terapia estratégica tuvo su florecimiento en los 80's, ahora en la actualidad dice que hay quien piensa que la terapia estratégica ha muerto, ante la narrativa y los enfoques colaborativos y la terapia centrada en soluciones. Para el autor del prólogo del libro: *El arte de la terapia estratégica*, esta psicoterapia era manipuladora, efectista y superficial; sin embargo, después reconoce en ese mismo escrito que la terapia estratégica es más de lo que parece, pues habla de que sus partidarios son más ingeniosos, profundos y críticos de lo que es la dinámica de la familia, y escribe que la terapia estratégica es compleja porque al practicarla se tiene que diseñar una terapia para cada caso.

Análisis de los principios teórico-metodológicos del Modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute de Palo Alto California

El Modelo de Terapia Breve del MRI, es considerado por Paolo Bertrando y por Dario Toffanetti (2004) como la primera teoría terapéutica de orientación sistémica.

Se puede decir como Pedro Vargas (2007) que el hablar de los antecedentes de la terapia del MRI es hablar de la “prehistoria” de la terapia familiar sistémica. Los aportes de Gregory Bateson constituyen la base teórica más importante para esta forma de hacer terapia. Bateson fue él pionero que introdujo herramientas teóricas de corte antropológico y de la cibernética al campo de la psicoterapia.

La introducción de Bateson al campo de la psiquiatría y de la psicoterapia, se debió a una invitación que le hizo el psiquiatra suizo: Jurgen Ruesch en 1948, para que participara en un estudio sobre la comunicación humana en la psicoterapia. En esa investigación Bateson escudriñaba la naturaleza de la comunicación en el seno “*de la tribu denominada de los psiquiatras*”. A petición de Ruesch, Bateson realizó entrevistas y observaciones etnográficas entre esos profesionales, con el fin de conocer detalles sobre el intercambio de mensajes en el transcurso de una psicoterapia eficiente y con el cual se obtuvieran cambios favorables. Ambos sostenían que las profesiones que se ocupan de la salud mental, se basaban en la comunicación (Lipset, 1991). De hecho el análisis de la pareja anteriormente citada, se centraba en la comunicación como matriz donde encajan todas las actividades humanas. Incluso Bateson afirmó que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación y también fue uno de los primeros en sostener que en la comunicación existían diferentes niveles lógicos.

Para 1952, Bateson inició su proyecto de investigación sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que pueden dar lugar a paradojas. El proyecto lo puso en marcha en colaboración con John Weakland (ingeniero químico); con Jay Haley (estudiante de posgrado en artes), y con el psiquiatra William Fry (psiquiatra). El equipo analizó entre otras cosas el entrenamiento de perros para ciegos, el diálogo entre un ventrilocuo y su marioneta, el discurso esquizofrénico en “ensalada” de palabras, así como el tipo de comunicación que empleaba Milton H. Erickson (Vargas, 2007).

En 1953 el grupo examinó de manera más profunda la práctica en psicoterapia, especialmente con pacientes esquizofrénicos, sobre todo se estudio la comunicación que se daba entre ellos. Dentro de esta orientación se propuso que la conducta del paciente esquizofrénico se debía a una incapacidad para codificar mensajes, ya que no hacían diferencia entre fantasía y realidad. Este trabajo fue publicado hasta 1956 gracias a la gestión de Don D. Jackson en la aparición del artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia”, éste fue todo un suceso en el ámbito de la psiquiatría. En él se afirmaba por primera vez, que la esquizofrenia podía ser considerada como un fenómeno comunicativo, que tenía que ver con las relaciones familiares. De esta forma “la enfermedad mental” empezó a considerarse dentro de patrones específicos de las interacciones entre las personas (Vargas, en Eguiluz, 2004).

Pedro Vargas (op. cit.) recapitula que en la teoría del doble vínculo se manejaba que la familia era un sistema homeostático, además de la hipótesis del doble vínculo, que consistía en un tipo de comunicación que se establece entre personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas en la relación. Una situación de doble vínculo se presenta cuando: a) Dos o más personas participan en una relación intensa que tiene un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de una, varias, o todas ellas, y b) cuando el mensaje está estructurado de modo que:

1. Afirma algo
2. Afirma algo de su propia afirmación
3. Ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes
4. Dado el tipo de relación es imposible que alguna de las personas salga del marco establecido.

Este tipo de mensaje provoca que la persona que ocupa el nivel inferior en la relación deba dudar de sus propias percepciones y no tenga por tanto, acceso a metacomunicarse y sólo puede salir si consigue elaborar un mensaje en un nivel lógico distinto.

Jackson se sintió interesado por desarrollar la parte terapéutica de la teoría del doble vínculo, más el mismo Bateson no compartía ni alentaba esta idea. Con este objetivo, Jackson en 1959, crea el *Mental Research Institute* como una división del *Palo Alto Medical Research Foundation* con la meta explícita de estudiar a la esquizofrenia y a la familia. En un principio tuvo como colaboradores a Virginia Satir (trabajadora social), Jules Riskin (psiquiatra). Para 1960 Jackson contrató al filósofo austríaco Paul Watzlawick y en 1962 a John Weakland y a Jay Haley, ya que Bateson había dado por terminado el

proyecto que tenía con ambos. Además de ellos se integra al equipo el psiquiatra Richard Fish.

Ya en 1963, el MRI era lo suficientemente grande para volverse una organización independiente. Este instituto se dirigió principalmente a formar terapeutas, al desarrollo de la terapia familiar, a las investigaciones sobre el proceso de cambio, comunicación, familia y enfermedad mental.

En 1966, Richard Fisch, propuso crear el Centro de Psicoterapia Breve del Instituto de Investigaciones Mentales de Palo Alto: Bajo su dirección se comenzó a investigar los fenómenos correspondientes al cambio humano, a través de considerar al proceso más que el contenido, y el ahora y aquí más que al pasado, además de utilizar a la hipnosis (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1999).

Paul Watzlawick continuó trabajando las ideas expuestas en el proyecto Bateson, y en 1967 publica el libro "Teoría de la Comunicación Humana". En esta obra sistematizó, por primera vez y de forma particularmente precisa, una serie de nuevas ideas fundadas en la cibernética y la hipótesis del doble vínculo, describió además la utilización terapéutica de los conceptos batesonianos, así como las características básicas de la comunicación humana y sus posibles perturbaciones. Cabe destacar que el Modelo de Terapia Breve del MRI, también emprendió el análisis de las técnicas terapéuticas utilizadas por Don D. Jackson y por Milton Erickson quienes eran asombrosos en sus diagnósticos e intervenciones.

Las principales ideas que dan origen a la Terapia Breve del MRI según Eguluz (2001) están contenidas en: la epistemología cibernética, la Teoría de los grupos, la Teoría de los tipos lógicos, la terapia breve de Milton H. Erickson, la Teoría de la Comunicación Humana y la Teoría del Cambio.

La epistemología cibernética sirvió a los teóricos de la escuela de terapia de Palo Alto, para poder explicar la manera en que se organizan y regulan los síntomas que se presentaban en las familias y los pacientes que acudieron con ellos a psicoterapia, de ahí se derivaron los conceptos de homeostasis, cambio, comunicación, relación, función y regulación en las familias y pacientes.

La Teoría de los grupos fue utilizada por Watzlawick y sus colaboradores (1999) para entender las relaciones entre los elementos de un sistema y sus totalidades, con relación al cambio. De tal forma que se logró comprender acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que en sí, permanece invariable. Por su parte la Teoría de los tipos lógicos, ayudó a entender las diferencias que se pueden suscitar en una organización, ya que proporciona una base para considerar la relación y diferencia existente entre miembro y clase. Aceptando esta básica distinción entre ambas teorías, se dedujo que existían dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo. Al primer tipo de cambio de le llamó cambio 1 y al segundo cambio 2,

este último es el cambio del cambio. Estas conceptualizaciones son básicamente las ideas de la Teoría del cambio propuesta por Watzlawick, Weakland y Fisch en 1974.

La Terapia Breve de Milton Erickson, interesó al grupo del MRI, por su brevedad y eficacia, además de su concordancia con las ideas batesonianas, por lo que también se consideró un objeto de estudio y análisis con el objetivo de crear también una terapia breve y efectiva.

Según Bertrando y Toffanetti (2004) Watzlawick desde sus inicios en el MRI profundiza en el tema de la comunicación, en 1967, junto con Jackson y Beavin, sintetizó en su libro: *Teoría de la Comunicación Humana* toda la obra de Bateson y del primer MRI. En esta obra se exponen 5 axiomas de la comunicación que se volverán básicos para este tipo de terapia:

- No es posible no comunicarse.
- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.
- La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
- 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.
- Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

Los terapeutas de Palo Alto creen que la violación a cualquiera de estos axiomas traerá como consecuencia patologías y trastornos de la conducta considerados como síntomas de enfermedades mentales (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1997).

Al aplicar el Modelo de Terapia Breve del MRI, es importante tener muy presente que para esta escuela de psicoterapia, los intentos de solución se convierten en los problemas; gracias a que por el sentido común se llega a aplicar más de la misma inadecuada solución, que más que resolver el problema lo tiende a perpetuar. Por eso el abandono de un modo de resolver los problemas es lo que los resuelve.

Para Watzlawick, Weakland y Fisch en 1976 la práctica del cambio consistía en un procedimiento conformado por 4 etapas:

1. Una clara definición del problema en términos concretos.
2. Una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas.
3. Una clara definición del cambio concreto a realizar.
4. La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio.

Para 1984 Fisch, Weakland y Segal, especifican aún más la metodología de la Terapia Breve del MRI en su libro: *La táctica del cambio*. En esta obra los autores ya mencionados, hablan de la importancia que tiene el que el terapeuta conserve su capacidad de maniobra; además de estar pendiente del ritmo y oportunidad de cambio que se va presentando durante el proceso psicoterapéutico. Otro aspecto indispensable para esta forma de terapia breve es el uso de un lenguaje condicional, así como una actitud igualitaria con el paciente, para que le comunique información estratégica y para que éste le haga caso llevando a la práctica las sugerencias encomendadas. También se sugiere conocer y utilizar la postura del cliente.

En el libro: *Táctica del cambio* se recomienda la siguiente planificación del caso:

- Establecer el problema del cliente
- Establecer la solución intentada por el cliente
- Decidir que se debe de evitar
- Formular un enfoque estratégico
- Formular tácticas concretas
- Encuadrar la sugerencia en un contexto de “vender la tarea”
- Formular objetivos y evaluar el resultado
-

También Fisch, Weakland y Segal (1988) escriben que para ellos existen en la terapia del MRI dos grandes categorías de intervenciones planificadas: La primera comprende las intervenciones principales y la segunda las intervenciones generales.

Las intervenciones principales son:

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

Mientras que las intervenciones generales poseen un ámbito de aplicación mucho mayor. Pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento; y son lo bastante amplias como para usarse en una gran gama de problemas. Son:

- a) el que el terapeuta no se apresure
- b) el decir a los clientes los peligros de que mejoren, sobre todo cuando los pacientes tienen miedo al cambio
- c) El dar un cambio de dirección
- d) El decirle a algunos pacientes cómo es que ellos pueden empeorar el problema.

También es muy importante que en todas las intervenciones que se realicen, se tenga muy presente cual es el significado que los clientes le imparten a su situación problemática, comprendiendo el marco de referencia que utilizan. Esto con el fin de conceptualizar y relacionar sus problemas con sus soluciones (Keeney & Ross, 1993).

Es importante reflexionar que estas ideas psicoterapéuticas fueron las pioneras en el campo de la terapia familiar sistémica; por la misma razón es de suponer que estas ideas han sido revisadas, complementadas, criticadas y corregidas por otros terapeutas a lo largo de 40 años.

Así es como Jay Haley decide separarse del grupo del MRI para fundar su propia escuela de psicoterapia estratégica, en la que da más peso a la manera en que se organiza jerárquicamente un sistema familiar. También partiendo de las ideas de Palo Alto los terapeutas de Milán deciden crear su propio modelo creado las contrapareadas de las paradojas de la comunicación que se habían creado en Palo Alto California. Y que decir de De Shazer y O'Hanlon que deciden llamar al enfoque del MRI, como el enfoque centrado en los problemas, y crean sus enfoques centrados en soluciones. No obstante, todas estas formas de psicoterapia, reconocen su influencia de la Terapia Breve del MRI.

De hecho Pedro Vargas (2007) presenta el desarrollo y la evolución del Modelo de Terapia Breve del MRI de 1967 a 1997, analizando un trabajo de investigación de Adi Granit Morman en el 2003. Los cambios que se registraron en ese trabajo son: la utilización de una posición aún más normativa, el uso de instrucciones implícitas, intervenciones indirectas y menos formales, mayor interrupción, objetivos más breves, uso del humor. El mismo Richard Fisch en el 2004 habló de 4 ajustes al modelo:

- 1) Sugerir una posición más optimista del resultado de la terapia de manera implícita.
- 2) Obtener información y entregar sugerencias de modo más directo.
- 3) Interrumpir de manera explícita cuando el cliente se desvía a un punto irrelevante, o totalmente diferente.
- 4) Que el terapeuta tenga muy presente la distinción entre descripción y explicación en la información que el cliente le ofrece.

Análisis de los principios teórico-metodológicos del Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones

De acuerdo con Bill O'Hanlon, Michele Weiner-Davis (1990) y Paolo Bertrando (2004), la Terapia Breve Orientada a Soluciones es prácticamente una fiel seguidora de la terapia de Milton Erickson pero de los años 90's y de la década del 2000. Con lo que Milton Erickson se convierte en su principal antecedente.

Es requisito para practicar esta terapia, el pensar como decía Milton Erickson que los pacientes que acuden a nosotros ya cuentan con los recursos necesarios para salir adelante. Este valor por los recursos de los clientes es lo que sitúa a la terapia enfocada a soluciones dentro de las terapias posmodernas o de construcción social, que creen que el terapeuta ya no es el experto que va a curar o a orientar la vida de alguien que ni conocen, pues piensan que el único experto en la vida del cliente que acude a terapia es el mismo cliente. Así el enfoque de Steve de Shazer y el de Bill O'Hanlon, se convierten en unos buenos candidatos para practicar una terapia del siglo XXI de acuerdo con las

corrientes terapéuticas de la actualidad, que se supone responden a las problemáticas de esta nueva época.

O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) proponen la siguiente lista de las premisas de la terapia orientada a las soluciones, que un terapeuta que quiera utilizar este enfoque debe de conocer y creer:

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas: Todas las personas ya disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver las quejas. Es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas.

- El cambio es constante: Si admitimos que el cambio es constante, nos comportaremos como si el cambio fuera inevitable.

- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio: como terapeutas ayudamos a crear una realidad determinada por medio de las preguntas que hacemos y los temas en que elegimos centrarnos, así como mediante los que elegimos ignorar. Es importante que en el mar de información que nos den los pacientes, nos centremos en lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso, y trabajar para ampliarlo.

- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla: Los terapeutas orientados hacia las soluciones no encuentran útil reunir una amplia información histórica acerca del problema presentado, pues hay veces en las que los terapeutas quedan atascados por tener demasiada información, más que por tener demasiado poca. En vez de la información detallada sobre la queja, lo que parece importante para los terapeutas centrados en las soluciones es lo que los clientes hacen y lo que les da buenos resultados. Hay mucho que aprender de las excepciones, es decir, de los momentos en los que los problemas que llevan a los clientes a terapia no resultan molestos. Sea lo que fuere diferente en esos momentos, puede identificarse y el cliente puede aprender a repetir una y otra vez lo que funciona, hasta no dejar espacio al problema.

- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla: Los terapeutas que se centran en las soluciones no aceptan las creencias de que en los individuos, relaciones o familias, los síntomas cumplen una función. Pues incluso las hipótesis más perceptivas y creativas acerca de la posible función de un síntoma no ofrecerán a los terapeutas pistas acerca de cómo puede cambiar la gente.

- Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir un cambio en otra parte del mismo: Una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios. Otra característica del cambio es que es contagioso. Parece que el cambio suele producir más cambio, los terapeutas centrados en soluciones, en vez de preocuparse por la sustitución de síntomas o la recaída al final de la terapia, vislumbran un futuro aún más brillante de la situación del cliente al terminar la terapia.

- Los clientes definen los objetivos: Como no se cree que los terapeutas estén mejor preparados para decidir cómo sus clientes deberían vivir sus vidas, se pide a la gente que solicita la ayuda que establezcan sus propios objetivos para el tratamiento. Sólo en circunstancias poco frecuentes se hacen sugerencias alternativas a los objetivos de los clientes. Una excepción obvia es el establecimiento de objetivos ilegales y las metas claramente inalcanzables o no realistas.

- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos: Es común que para la segunda sesión se informe de cambios significativos, y que esos cambios sean duraderos. Para los terapeutas que trabajan de esta forma, la duración media del tratamiento varía, pero generalmente es inferior a las 10 sesiones.

- No hay una única forma "correcta" de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos: No hay puntos de vista correctos o incorrectos, sino más o menos útiles. Los puntos de vista útiles ofrecen una salida de las redes psicológicas que tejen las personas. Los puntos de vista que las mantienen bloqueadas simplemente no son útiles.

- Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable: Es importante centrarse en aquellos aspectos de la situación de la persona que parecen más susceptibles de cambio, sabiendo que al iniciar cambios positivos y ayudar a la persona a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos inesperados y más amplios en otras áreas.

Después de examinar estas propuestas que sostienen la actuación de un terapeuta enfocado a las soluciones, se puede pasar a revisar cómo se hace una terapia enfocada a soluciones desde la primera sesión.

Bill O'Hanlon y Michele Weiner (1990) recomiendan tres habilidades básicas a utilizar en una terapia centrada en soluciones:

- 1.- Co-crear con el cliente problemas resolubles
- 2.- Situar a los clientes en un marco en el que piensen que disponen de todas las capacidades y recursos para resolver su problema
- 3.- Cuidar el lenguaje, utilizándolo para el cambio

También los autores del libro: *En busca de soluciones*, sugieren una estructura muy detallada de lo que podría ser una sesión de psicoterapia con el Modelo de Terapia Breve Orientado a Soluciones, sobre todo desde la primera sesión:

a) Unión

Para hacer esta fase de la psicoterapia, Bill y Michele recomiendan lo siguiente:

Se charla sobre cualquier cosa distinta de la que podría considerarse la razón por la que asisten a terapia. Se les pregunta en que trabajan, si les gusta su trabajo, si van a la escuela, acerca de los cuadros de las paredes. El objetivo es mostrarles interés y

ayudarles a que se sientan cómodos. Se evita la confrontación y los temas de conversación en los que es probable el desacuerdo (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990, p. 94).

- b) Preguntar sobre los cambios ocurridos entre la llamada para pedir consulta y la 1ª sesión

Michele (1990) ha observado otro importante fenómeno, con frecuencia, durante la primera sesión, los clientes hablan de los cambios que han hecho entre la llamada para pedir consulta y la primera entrevista, por lo que se recomienda que durante la primera sesión se pregunte al respecto. Sin embargo O'Hanlon (2008) comenta que esta pregunta no se debe de hacer de forma directa y descontextualizada, como por ejemplo: "¿qué cambios hubo?", pues se corre el riesgo de que los clientes no entiendan la pregunta, por lo que Bill recomienda que se diga lo siguiente: "Hemos observado en los años que tenemos como terapeutas que varios clientes reportaron tener algunos cambios desde que hicieron la llamada para pedir la cita a la fecha, ¿a usted(es) les sucedió algo similar?".

- c) Una breve descripción del problema

O'Hanlon (2008) en sus últimas publicaciones y ponencias habla de que él, primero utilizaba el enfoque centrado en soluciones y ahora hace uso del enfoque de posibilidades, comenta que hace esta distinción porque observó que el enfoque centrado en soluciones tendía a no escuchar a los clientes, pues los terapeutas no les preguntaban acerca del problema. En la terapia de posibilidades hay que hacer un balance e inclinarse hacia las posibilidades, hay que ver el problema y ver posibilidades. Ante esto O'Hanlon reconoce la importancia de la compasión en el trabajo psicoterapéutico. Él define a la compasión como: "el sentir o sufrir con alguien, el preocuparse, o suavizarse respecto a uno mismo o a otros, el ser menos duro".

- d) Normalizar y despatologizar

Es muy importante que en la aplicación de este enfoque y que durante la exposición que los clientes hacen de sus problemas; se entienda que las dificultades que llevan a la gente a terapia, no son manifestaciones patológicas, sino dificultades ordinarias de la vida que simplemente se mantuvieron el tiempo suficiente como para llegar a ser considerados un problema. Muchas de las cosas que los clientes presentan como importantes se minimizan como "no dignas de atención", sin embargo se tiene cuidado de no desconfirmar lo que nos dicen, pues se corre el riesgo de que éstos no se sientan comprendidos. Cuando la normalización se hace de forma correcta los clientes llegan a sentirse aliviados.

- e) El uso de los elogios

Para poder utilizar esta técnica se localizan y destacan las tendencias positivas de los clientes, o cuando éstos hacen algo que es positivo o promueven soluciones; se toma nota mentalmente para felicitarlos por ello durante o al final de la sesión.

f) Extraer información sobre las excepciones del problema

Se hacen preguntas sobre las ocasiones en que las cosas van bien, sobre las soluciones anteriores al problema actual y las fuerzas y recursos de la persona. Las excepciones a los problemas ofrecen una tremenda cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolverlos. Estas preguntas se hacen examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no. Con frecuencia los clientes necesitan hacer más de lo que ya les está dando resultado hasta que el problema deje de existir.

Hay varias preguntas presuposicionales para recabar información sobre excepciones:

¿Qué es diferente en las ocasiones en que... (pasan cosas buenas.)?, ¿Cómo conseguiste que sucediera? (Refiriéndonos a la excepción), ¿De qué manera el que... (ocurra la excepción) hace que las cosas vayan de otra forma?, ¿Quién más advirtió que...? (se dice el cambio logrado), ¿cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo, qué dijo?, ¿Cómo conseguiste que dejara de... (Se menciona la extinción del problema)?, ¿Cómo conseguiste que terminara la pelea?, ¿De qué manera es esto diferente a la forma en que lo hubieras manejado hace... (Una semana, un mes, etc.) ?, ¿Qué haces para divertirte? ¿Cuáles son tus aficiones o intereses?, ¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? (En caso afirmativo) ¿Cómo lo resolviste entonces?, ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso volviera a suceder?

g) Definición de objetivos

La generación de objetivos en la terapia centrada en soluciones es responsabilidad de los clientes, aunque los terapeutas juegan un papel activo en esta tarea al asegurarse de que los objetivos sean alcanzables y lo bastante concretos para saber cuando ya se han alcanzado.

h) Utilización de una pausa

Una parte importante del trabajo con equipos y cristales unidireccionales es hacer una pausa para consultar con el equipo, como sucede en Milán, en el BFTC y el MRI. En la terapia centrada en soluciones también se puede tener esta pausa aún cuando el terapeuta trabaja solo. Esto permite que el terapeuta y el equipo se reúnan y compartan ideas acerca de la dirección del caso. Michele Weiner-Davis (1990), incluso en su despacho privado, en el que no hay ni espejo ni equipo, a los tres cuartos de hora dice a los clientes que le gustaría tomarse lo que ella llama una “pausa para pensar” y sale

durante unos minutos para ordenar sus ideas acerca de lo que los clientes le han dicho. Durante la pausa decide qué aspectos de la entrevista merecen ser destacados durante el subsiguiente feedback. Tras esperar durante varios minutos que la terapeuta vuelva, los clientes esperan con expectación su opinión sobre la situación. La pausa sirve como un marcador de contexto, permite a la terapeuta volver a subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen. Al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante y concluyente. Es como un “veredicto”, que *no es otra cosa más que un resumen de las cosas bien hechas, de los elogios, comentarios normalizadores, nuevos marcos de referencia, y finalmente, una prescripción o tarea* (O’Hanlon & Weiner-Davis, 1990).

i) Cierre de la sesión

Se concreta otra entrevista, si es necesario. Por lo general se llega a creer que la única intervención en este tipo de enfoque es la búsqueda de excepciones, sin embargo son varias las técnicas creadas para la aplicación de este tipo de terapia:

- Preguntas de avance rápido: Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es.

- Utilizar el enfoque del MRI: Se investiga el problema conociendo los marcos de referencia en los que los clientes sitúan su dificultad, además de las circunstancias y la secuencia de eventos que se presentan cuando éste sucede; pues se tiene que tener una imagen clara de las interacciones que rodean lo que se califica como problema. Lo que más importa en el enfoque de terapia breve del MRI, es saber: ¿cómo han estado los clientes intentando resolver el problema? Una vez que se tiene una imagen clara de la secuencia de eventos cuando se da el problema, se sugiere un pequeño cambio que pueda dar lugar a una diferencia significativa.

- Intervención en los patrones que constituyen la queja: Los problemas que la gente lleva a terapia no son cosas, sino patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. La forma más directa y sencilla de intervenir en un contexto que contiene una queja es alterar el propio patrón de ésta, el terapeuta hace que los clientes introduzcan alguna modificación pequeña e insignificante en el desarrollo de la queja.

- Tareas de fórmula: La tarea de fórmula consiste en decir lo siguiente: “Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, nos gustaría que observaras, de modo que puedas describirnoslo, lo que ocurre en tu... (Familia, pareja, relación) que quieres que continúe ocurriendo”. Esta tarea se da por lo general al final de la primera sesión. Al hacer esta tarea los clientes hacen cosas nuevas y modifican su comportamiento.

- La tarea genérica: Esta tarea se prescribe una vez que los clientes han descrito su objetivo, esto se les dice: “Fíjate en lo que haces esta semana que te da mayor... (Se dice el objetivo)”. Podemos sugerir que los clientes anoten sus observaciones, o

simplemente que vuelvan preparados para contarnos sus descubrimientos (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990, p. 151).

- Hipnosis orientada a las soluciones: En terapia no hipnótica orientada a soluciones nos centramos en las acciones y en los puntos de vista que los clientes pueden usar conscientemente para alcanzar sus objetivos, mientras que en la hipnosis orientada hacia las soluciones nos ocupamos de las experiencias automáticas, acciones que están más allá del control deliberado de la persona (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990).

En un taller presentado en junio de 2008, Bill O'Hanlon expuso el desarrollo que ha tenido en su práctica profesional. Primero comentó haber practicado la psicoterapia con un enfoque estratégico, después utilizó el enfoque de Terapia Breve Centrada en Soluciones, para después ejercer su labor de clínico con la Terapia que él mismo denominó de Posibilidades y en la actualidad reconoció dedicarse a aplicar en su trabajo como psicoterapeuta la Psicología Positiva.

O'Hanlon (2008) abandonó el nombre de Terapia Centrada en Soluciones en los últimos años, al darse cuenta que muchas de las veces los terapeutas mal interpretaban el nombre de esta terapia, y por lo general no escuchaban los problemas de los pacientes, con lo que los clientes no se sentían escuchados, y en consecuencia no aceptaban las técnicas terapéuticas. Ahora recomienda, mantener un equilibrio en escuchar la queja o el problema de los clientes, teniendo también la atención centrada en otras posibilidades de cambio. Bill considera que las dos cosas son importantes, haciendo un balance entre las dos e inclinándose en la medida que los clientes lo permitan a las posibilidades.

Análisis de los principios teórico-metodológicos del Modelo de Milán

Tanto Boscolo (2008) como Cecchin (2003), concuerdan en que el antecedente del primer contacto entre los miembros del grupo de Milán, se remonta a finales de los años 60, cuando Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, y Gianfranco Cecchin estudiaban la aplicación del psicoanálisis a casos de anorexia nerviosa en Estados Unidos.

Según Bertrando (2004), en 1971 ya en Italia, estos 3 terapeutas junto con Giuliana Prata y otros psiquiatras, conforman el centro para el estudio de la familia de Milán. Boscolo (2008) comenta que la idea de conformar este grupo de terapeutas fue de Mara Selvini, pues ella quería investigar los efectos de la terapia familiar que en aquel tiempo no existía en el contexto italiano.

El recién conformado grupo de terapeutas, se proponía tratar niños gravemente perturbados, junto con sus familias, a través del enfoque psicoanalítico de terapia familiar de Nathan Ackerman. Les costó trabajar aplicar los conceptos analíticos a las familias, sobre todo porque la terapia parecía prolongarse demasiado y los terapeutas se sentían frustrados por lo que consideraban decepcionantes resultados (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 2003).

En 1972, el grupo quedó impresionado por los informes acerca del tratamiento y la investigación de familias, que se realizaba en Estados Unidos bajo la inspiración del

antropólogo Gregory Bateson en el *Mental Research Institute* (MRI), dirigido por el psiquiatra Don D. Jackson. Sobre el grupo de Milán influyó enormemente la obra del MRI, en particular el libro de Paul Watzlawick, Don D. Jackson y Janet Beavin, *Pragmatics of human communication*, publicado en 1967. Este libro estimaba que el enfoque psicoanalítico era incorrecto, pues no tomaba en cuenta al contexto relacional en el que se producían las conductas problema. Ante estas ideas, Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin se separaron del grupo psicoanalítico, con la idea de trabajar exclusivamente en un marco de sistema familiar. Así fue como se fundó el *Centro per il Studio della Famiglia*. En sus comienzos tuvo como consultor a Watzlawick (Boscolo et al., 2003).

En sus técnicas terapéuticas, el grupo tomó y amplió algunos de los métodos introducidos por el MRI. El doble vínculo terapéutico se convirtió en la “contraparadoja” del grupo de Milán, que fue el núcleo de su terapia. También las tareas estratégicas sugeridas por los investigadores del MRI al término de una entrevista, tuvieron su contraparte en Milán con el uso de rituales. Además este grupo, formalizó la práctica de observación de las sesiones por terapeutas ubicados detrás de una pantalla de visión unilateral; en el MRI esta pantalla se usaba para la investigación, mientras que el grupo de Milán la incorporó para el tratamiento corriente; aunado a esto, los terapeutas milaneses cada sesión la comenzaron a dividir en cinco partes, conforme a un plan: reunión previa, entrevista, intervalo por debate, intervención y debate final (Boscolo et al., op. cit.).

Todas estas ideas del MRI se ven reflejadas en el primer libro del equipo: *Paradoja y contraparadoja*, que es publicado en 1975. El libro se basa demasiado en las ideas de Jackson (homeostasis y familia como sistema gobernado por reglas), del primer Bateson (doble vínculo) y de Haley (el triángulo perverso) (Bertrando & Toffanetti, 2004). Boscolo y Bertrando (2000) ubican que la utilización del enfoque estratégico-sistémico del MRI en el grupo de Milán, comprende los años de 1971 a 1975.

La siguiente etapa en el desarrollo del método de Milán fue el redescubrimiento de Bateson por los miembros del grupo, a través de la lectura del libro: *Steps to an ecology of mind*, al final de la década de los años 70. Lo que más les impresionó en este material batesoniano, fue la noción de circularidad cibernética como modelo de sistemas vivos. Esto generó una nueva creatividad en los terapeutas milaneses, que condujo al desarrollo del interrogatorio circular, la elaboración de hipótesis y de la postura terapéutica de la neutralidad (Boscolo et al., 2003).

Para Bertrando (2004) esta es la etapa del <<purismo sistémico>> que después comienza a ser conocido como el Modelo de Milán. Este momento abarca los años de 1975 a 1985 (Boscolo & Bertrando, 2000). En este período el interés se desplaza de los síntomas y los patrones de comportamiento, a las premisas epistemológicas y a los sistemas de significado; del tiempo presente a un marco temporal que comprende pasado, presente y futuro.

En este mismo período de tiempo, al final de la década de 1970, el grupo de Milán reconoce que el campo de la terapia incluye a todo otro profesional que estuviera ligado a la familia. Esto es lo que motiva a Mara Selvini y a otros colaboradores a escribir los

libros: *El mago sin magia* y *Al frente de la organización*. En este último material, Selvini Palazzoli (1988) reconoce que la intención de ese libro es comparar a la familia con otros sistemas más grandes, con el fin de producir algo más de profundidad en la teoría sistémica. Por otro lado el equipo de Milán aprovecha la inclusión de otros profesionales en la psicoterapia para incorporar el sistema de observación en terapia, lo que llevó a que el terapeuta se incluyera a sí mismo en el campo global del proceso psicoterapéutico, dando el paso a la cibernética de orden segundo.

En 1980 el grupo de Milán se divide en dos, debido a diferentes desacuerdos, pero según Bertrando (2004) los desacuerdos más esenciales fueron los motivos de tipo teórico. Selvini Palazzoli y Prata se ocupan sobretodo del sistema observado, mientras que Boscolo y Cecchin se centran en el sistema observante.

Para 1981, Selvini divide el grupo y constituye un nuevo equipo con 3 psicólogos: su hijo Mateo Selvini, Stefano Cirillo y Anna Maria Sorrentino. El interés de Mara Selvini Palazzoli se centra ahora en el pasado de la familia, en los patrones transmitidos de generación en generación que crean síntomas fuertes y congruentes con la situación familiar. Selvini Palazzoli no privilegia la emancipación del individuo: trata no tanto de salvar al portador del problema, sino de corregir la complejidad de la situación relacional, de tal manera que la totalidad del sistema encuentre una coherencia que ya no necesite de los síntomas. Insatisfechas con el enfoque paradójico, Selvini Palazzoli y Prata, se muestran poco interesadas en la pura técnica terapéutica (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Mientras tanto, cuando el grupo se divide, Boscolo y Cecchin siguen impartiendo un curso de tres años de formación en terapia familiar en el viejo centro, que han heredado y rebautizado como el *Centro Milanese di Terapia della Famiglia*. Al mismo tiempo trabajan en 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 Canadá (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Al no ser formadores de profesión, Boscolo y Cecchin sencillamente muestran, a través de un espejo unidireccional, las terapias que siguen practicando en el centro. Los alumnos en vez de hacer preguntas sobre la familia, como sucedía en el antiguo equipo de los 4 de Milán, hacen preguntas sobre el terapeuta, sobre qué está haciendo, sobre el cómo y el por qué. En este aspecto Boscolo y Cecchin crean diferentes niveles de observación, que serán característicos del modelo formativo (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Este conjunto de hechos concretos es el que crea un terreno favorable al encuentro teórico con las nuevas perspectivas cibernéticas, y, a su vez, esto facilita el encuentro biográfico con Maturana y von Foerster. En abril de 1983 Karl Tomm organiza en Calgary la conferencia de "*Philosophers meet clinicians*", con la participación de Maturana, von Foerster, Boscolo y Cecchin, además de Vernon Cronen y Barnett Pearce. La cibernética de segundo orden y el constructivismo se convierten rápidamente en un punto de referencia teórico para Boscolo y Cecchin: comienza, para la terapia sistémica, una era constructivista que durará hasta el final de la década. En esta nueva era del Modelo de Milán, lo que interesa son 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) (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Al tener una terapia que se centra en el diálogo, Boscolo (1996) desarrolla un notable interés por el tema del tiempo en su libro: *Los tiempos del tiempo* que escribe junto a Paolo Bertrando. En este manuscrito se analizan las interacciones temporales en la sesión terapéutica, con: los clientes, el terapeuta y con los miembros del equipo.

Cecchin (2002) por su parte reformula la neutralidad, ya no como ausencia de toma de posición, sino como estado de “curiosidad”. Esta reformulación es una experiencia liberadora para los terapeutas constructivistas, un modo de mantenerse siempre abiertos a la novedad, sin dejarse seducir por el principio de verdad.

La última etapa en la que se ubica el Modelo de Milán es denominada como: “La etapa post-Milán” (Bertrando & Toffanetti, 2004). En este momento el modelo se enriquece por las contribuciones del construccionismo social, la narrativa y la hermenéutica (Boscolo & Bertrando, 2000). Para esta etapa son varios los autores de diferentes países, los que contribuyen a construir esta nueva era del modelo de Milán, entre estos destacan: Lynn Hoffman, Peggy Penn, Bradford Keeney, Karl Tomm, Tom Andersen, Harry Goolishian, Harlene Anderson, entre otros.

Prácticamente el Modelo de Milán de Boscolo y Cecchin y en sus inicios el de Mara Selvini Palazzoli y Giuliana Prata, pareciera tener un principio básico que conecta a todo su trabajo: el ser congruentes con la epistemología de Gregory Bateson. Fue este objetivo el que los llevó a desarrollar los principios de Hipotetización, circularidad y neutralidad.

Así, siguiendo una epistemología cibernética batesoniana, la terapia de los “Asociados de Milán”, tal y como Boscolo y Cecchin se autodenominaron, parte de un principio epigenético que lleva a integrar las más variadas experiencias y teorías, de tal forma que las génesis de este tipo de terapia se construyen sobre eventos inmediatamente precedentes, lo que permite superar las dicotomías e integrar los extremismos (Boscolo & Bertrando, 1996).

También este modelo de terapia, busca poder crear un contexto de deuteroaprendizaje, donde los clientes puedan descubrir las soluciones por sí mismos; y donde los terapeutas también puedan “aprender a aprender” (Boscolo et al., 2003).

En general, Boscolo y Cecchin concuerdan también con el biólogo Humberto Maturana en que no puede haber una “interacción instructiva” sino sólo una perturbación de un sistema que, luego, reaccionará conforme a su propia estructura. Por tal razón, las intervenciones no van dirigidas a un resultado en particular sino que procuran empujar suavemente al sistema hacia resultados imprevisibles (Boscolo et al., op. cit.). Se puede decir que el Modelo de Milán se plantea como uno de sus principios fundamentales el respeto a los sistemas que acuden a una consulta, bajo la idea de que ellos son los únicos capaces de auto-organizarse de la mejor manera posible en un determinado contexto (Keeney & Ross, 1993).

Después de la separación del grupo de Milán, pareciera que para Mara Selvini Palazzoli, el principal principio básico de su trabajo, es hacer investigación con una doble observación: por un lado, la situación relacional de las familias en tratamiento conduce a la patología de uno de los miembros; y por otro, existe la necesidad de definir los síntomas de manera precisa para poder trabajar con las familias de manera predictiva (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Son varias las aportaciones técnicas que el Modelo de Milán ha creado desde sus inicios. En su etapa estratégico-sistémico quizás la primera sea la pareja terapéutica heterosexual, con el objetivo de alcanzar un mejor equilibrio fisiológico en la interacción entre los dos coterapeutas, y entre éstos y la familia (Selvini, Boscolo, Cecchin & Prata, 1994). Cabe mencionar que dentro de la modificación constante del método de Milán, esta primera técnica terapéutica se vio modificada con el tiempo.

Una de las aportaciones técnicas de esta etapa estratégica que aún continúa con vigencia es la división de la sesión de terapia en 5 partes: I La precesión, II La sesión, III La discusión de la sesión, IV La conclusión de la sesión, V El acta de la sesión (Selvini et al., 1994).

Para la cuarta parte de una sesión psicoterapéutica, los terapeutas de Milán inventaron su técnica más eficaz que introdujo una nueva Gestalt terapéutica: la connotación positiva (Boscolo et al., 2003). Con el objetivo de seguir una lógica sistémica se pensó en connotar positivamente tanto al síntoma del paciente identificado como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros, diciendo, por ejemplo, que todos los comportamientos observables aparecen inspirados por el común deseo de mantener la unión y la cohesión del grupo familiar (Selvini et al., op. cit.).

Es muy importante destacar que lo que se connota positivamente es la tendencia homeostática del sistema y no las personas. En todo caso se aprueban ciertos comportamientos de algunas personas en cuanto denotan la intencionalidad común hacia la unión y la estabilidad del grupo. De este modo se respeta a la totalidad del sistema (Selvini et al., op. cit.).

Otras de las técnicas terapéuticas sugeridas por los terapeutas milaneses en sus inicios, fueron: *la prescripción de la primera sesión y los rituales*. En ambas técnicas se da una prescripción al final de la sesión con el objetivo de designar el contexto terapéutico y provocar una reacción que permita sondear la disponibilidad y motivación de la familia, delimitar un campo de observación; así como estructurar y ordenar la sesión siguiente. La prescripción debe de ser simple y bien dosificada e inspirada en las redundancias observadas en sesión. En cuanto al ritual, éste tenía que implicar a toda la familia y debía ser precisado por los terapeutas a menudo por escrito: su modalidad a la que debía responder su realización, horario, eventual ritmo de repetición, quién iba a pronunciar las formulas verbales, con qué secuencia etc. (Selvini et al., op. cit.).

En el primer libro del grupo de Milán también se destacan otras técnicas: *de la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo, los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos, el aceptar sin objeciones una mejoría sospechosa, el recuperar a los ausentes por medio de cartas, el eludir la descalificación y a las coaliciones negadas, el declarar como terapeutas la propia impotencia sin reprochárselo a nadie, el autoprescribirse como terapeutas la paradoja extrema y el prescribir el rol paterno a los miembros de la última generación* (Selvini et al., op. cit.).

Otra de las técnicas iniciales que se proponen en el método de los terapeutas de Milán, es la forma de terapia breve-larga, que son pocas sesiones, pero dentro de un largo periodo de tiempo (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Ya en la etapa del “purismo sistémico” inspirada en la obra de Bateson, los terapeutas de Milán aportan las técnicas del *interrogatorio circular, la hipótesis y la neutralidad*.

La técnica de la *hipótesis sistémica* consiste en creer que no existe una verdad como tal sino sólo el intento de un observador de construir, junto con la familia, una hipótesis de trabajo que infunda sentido al problema dentro de su contexto; que explique además todos los elementos contenidos en una situación problema y el modo en que se vinculan entre sí. Lo importante de una hipótesis es que demuestre ser útil, en el sentido de que conduzca a una nueva información que haga avanzar a la familia (Boscolo et al., 2003).

Para poder generar hipótesis sistémicas, por lo general, cada miembro del equipo formula “hipótesis simples” sobre las relaciones diádicas, que después se enlazan con las de los restantes miembros para converger en una de las numerosas hipótesis sistémicas posibles. (...) Para el terapeuta, es importante continuar evaluando la plausibilidad (no la veracidad) de las hipótesis y modificarlas con el tiempo para poder enriquecer el discurso con distintos puntos de vista alternativos. Con este objetivo, el terapeuta se vale del principio de *circularidad*, es decir, de las retroalimentaciones verbales y no verbales de los clientes, respecto de informaciones solicitadas en términos de relaciones y, por lo tanto, en términos de diferencia y mutación. Gracias a la circularidad, el terapeuta puede contrastar las hipótesis, ideas, impresiones y emociones con las respuestas de los clientes: tales respuestas le llevan a cambiar posiciones de modo que pueda encontrar, junto a los clientes, un sentido compartido de lo que sucede en la sesión (Bertrando & Toffanetti, 2004).

El concepto de circularidad se ha confundido frecuentemente con el de *preguntas circulares*, que son, por el contrario, un instrumento terapéutico en sí mismo. Las preguntas circulares contienen elementos de las diferencias, nuevas conexiones entre ideas, significados y comportamientos que pueden, no solamente orientar al terapeuta, sino además actuar sobre el sistema modificando la epistemología, es decir, las premisas personales de varios miembros de la familia, y configurándose así como la intervención más importante para los terapeutas sistémicos de Milán (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

Hay diferentes tipos de preguntas circulares:

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

Por su parte la *neutralidad*, además de ser un principio de esta forma de hacer terapia, puede utilizarse como una técnica terapéutica que con la forma de irreverencia pone en duda todo lo aprendido y lo que ocurre en la terapia, promoviendo de esta manera la incertidumbre y debilitando, así, los patrones y los relatos que constriñen a las familias. De esta forma, se brinda a los sistemas la oportunidad de desarrollar nuevas creencias y significados, además de patrones menos restrictivos (Cecchin, Lane & Ray, 2002).

Otra de las técnicas terapéuticas innovada por los terapeutas milaneses, fue, la incorporación del *sistema de observación*. En esta modalidad se subdivide al grupo de alumnos en dos subgrupos con tareas diferentes: grupo terapéutico y grupo de observación. [...] El grupo terapéutico trabaja como un equipo normal y asiste al terapeuta activo en la terapia. El grupo de observación, en cambio, tiene la función de observar la interacción entre terapeuta, familia y grupo terapéutico (Bertrando & Toffanetti, 2004).

En últimos trabajos Luigi Boscolo junto con Paolo Bertrando, han comenzado a adaptar las técnicas sistémicas de la terapia familiar a una terapia sistémica individual, en la que se utilizan como técnicas al diálogo, el tiempo, las preguntas circulares, la construcción y deconstrucción de la sesión, la retórica, la hermenéutica, la denotación, la connotación y las metáforas (Boscolo & Bertrando, 2000).

Por su parte Mara Selvini y colaboradores, crean la técnica de la *prescripción invariable*, que servirá como base para el tratamiento de los embrollos familiares, que para ellos será causa de patologías como la esquizofrenia, psicosis, anorexia y bulimia (Selvini, Cirillo, Selvini & Sorrentino, 1995).

La última ocasión en que se reúnen los cuatros componentes del grupo de Milán es probablemente en 1996, con motivo de un seminario. (...) Cuando en 1998, Boscolo y Cecchin celebraron los 25 años del Centro, estaba presente Giuliana Prata pero no Mara Selvini Palazzoli, que se había retirado en 1998 y murió en junio de 1999 (Bertrando & Toffanetti, 2004). Gianfranco Cecchin muere en febrero del 2004, y Giuliana Prata no aparece más en la escena de la terapia familiar internacional, con lo que el único miembro del grupo de Milán que aún permanece activo es Luigi Boscolo. Sin embargo pareciera que el Modelo de Milán, es un enfoque de psicoterapia con una vida propia y la madurez suficiente para crecer independientemente de sus fundadores, pues algunos de los discípulos de Boscolo, Cecchin, Selvini y Prata, como lo es Paolo Bertrando, ahora son los encargados de seguir desarrollando este modelo. Parece que esto es lo que ocurre

cuando se trata de ser fiel a una epistemología cibernética de los sistemas vivos, se crece y se vive al mismo tiempo que algunos elementos de ese sistema mueren y dejan de crecer.

No cabe duda que el desarrollo y evolución del modelo por el momento sigue una lógica posmoderna, narrativa, de construcción social, pues aún en el presente sus miembros se siguen preocupando por mantenerse a la vanguardia teórica de las psicoterapias sistémicas, cibernéticas y posmodernas.

La aplicación del Modelo de Milán, es principalmente clínica en las psicoterapias de cualquier tipo de pacientes, aún los considerados psicóticos. También es un enfoque interesado en ser aplicado en un ámbito institucional de servicios públicos, de hecho este interés fue lo que hizo que los terapeutas de Milán se interesaran en aplicar sus ideas a empresas y a escuelas, considerando que las familias no son los únicos sistemas en los que se pueden aplicar los conocimientos sistémicos. Por eso para Boscolo los terapeutas de Milán son considerados <<consultores sistémicos>>, y no terapeutas familiares (Boscolo et al., 2003).

Cabe advertir que el enfoque de la Terapia de Milán, resulta confuso de practicarse y de enseñarse cuando no se tiene la formación teórica suficiente para comprenderlo, pues al modificarse constantemente, es complicado seguir el ritmo de retroalimentación que en momentos ha modificado radicalmente su práctica.

Análisis de los principios teórico-metodológicos de los Modelos derivados del Posmodernismo

El creador del término posmodernidad es Francois Lyotard (1979), él define a la posmodernidad como: “un profundo escepticismo sobre la validez universal de los componentes narrativos singulares o versiones teóricas de cada situación humana” (Bertrando & Toffanetti, 2004, p. 292).

Pero a pesar de esta definición de Lyotard, aún resulta complicado definir lo qué es el posmodernismo, ya que para algunos se trata de una posición universal, para otros hace referencia a una posición teórica, para algunos más es una posición cultural (Bertrando & Toffanetti, op. cit.). y para otros ni siquiera es una cultura, sino tan sólo una crítica de lo establecido (Anderson, 1999).

A la evolución del posmodernismo han influido diferentes disciplinas: la filosofía (Lyotard, 1979; Vattimo y Rovatti, 1983), la psicología social (Gergen y Davis, 1985; Shotter, 1989), la crítica literaria (Barthes, 1977; Derrida, 1967, 1987), el movimiento feminista (Flax, 1990, Hare-Mustin y Maracek, 1988), la hermenéutica (Ricoeur, 1965, 1981; Gadamer, 1960) y la etnografía (Geertz, 1973) (Bertrando & Toffanetti, op. cit.). También según Boscolo y Bertrando (2000) el posmodernismo es convalidado por los resultados de las ciencias cognitivas y por las tendencias más recientes de la neurociencia, que han puesto en duda no sólo al mundo “objetivo”, sino también el concepto mismo de un “self” subjetivo estable y definido.

Para algunos autores como Daniel Sánchez (2000), no se puede establecer un año y fecha para el momento del movimiento posmoderno, debido a la dificultad de interrelacionarlo en diferentes épocas. Gergen (2006) opina, que el posmodernismo se inició a partir del momento en que la modernidad empezó a preguntarse cuáles eran sus propias premisas y las consideró no sólo improbables sino imposibles, esto se debió en mucho a la efervescencia política de las décadas de 1960 y 1970, en las que se desató una cólera hacia el *establishment* moderno: el gobierno, los entornos de negocio, la ciencia y el ejército, pues estos carecían de todo fundamento moral evidente y sólo aspiraban a acrecentar sus capacidades de control o a reforzar su poder.

La característica principal de lo que se conoce como pensamiento posmoderno, es dudar de las metanarraciones, término con el que se denomina a los sistemas globales que se presentan como absolutos y “verdaderos”; con la intención de mejor concentrarse en las narraciones locales y tradicionales o en las micronarrativas, que se presentan como historias simples y no aspiran a la verdad absoluta ni a la universalidad (Boscolo & Bertrando, 2000).

El posmodernismo se arriesga así a aceptar todas las narraciones (todos los puntos de vista). Se niega a juzgar los puntos de vista como mejores o peores, abandonando el concepto “moderno” de verdad; pues no existe una verdad que tenga valor absoluto, sino verdades que tienen un valor y una validez locales dentro de su propio paradigma o, mejor aún, dentro de la comunidad que las ha promulgado (Boscolo & Bertrando, op. cit.).

El discurso posmodernista parte sobre todo de los campos filosóficos, del ruseiano (con autores como Barthes, Lacan, Derrida), y del modernista (con Foucault, Lyotard y Deluze, cuya inspiración es Nietzsche) (Sánchez, 2000).

Michael Foucault fue un intelectual francés que se describió a sí mismo como un “historiador de los sistemas de pensamiento”, y cuya obra consideramos de gran importancia en el movimiento posmoderno. La obra de Foucault considera los aspectos constitutivos del poder, al que estamos sujetos por medio de “verdades” normalizadoras que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones. Estas “verdades”, a su vez, se construyen o producen en el funcionamiento del mismo poder (Foucault, 1979, 1980, 1984a) (White & Epston, 1993).

Foucault no asume la creencia de que existen hechos objetivos o intrínsecos respecto de la naturaleza de las personas, sino más bien ideas construidas a las que se asigna un status de verdad. Estas verdades son normalizadoras en el sentido en que construyen normas en torno a las cuales se incita a las personas a moldear o constituir sus vidas. Según Foucault, un efecto primario de este poder a través de la “verdad” y de esta “verdad” a través del poder es la especificación de una forma de individualidad, una individualidad que es a su vez un vehículo de poder. En vez de afirmar que esta forma de poder reprime, Foucault sostiene que subyuga. Forja a las personas como cuerpos dóciles y las hace participar en actividades que apoyan la proliferación de conocimientos “globales” y “unitarios”, así como también las técnicas del poder. No obstante, al referirse a conocimientos “globales” y “unitarios” Foucault no sugiere que haya conocimientos

universalmente aceptados. Se refiere, en cambio, a aquellos conocimientos que pretenden constituir verdades unitarias y globales: los conocimientos de la “realidad objetiva” de las modernas disciplinas científicas (White & Epston, 1993).

Foucault, en sus obras *Locura y civilización* y *El orden del caos*, desarrolla un discurso nuevo y no recursivo que propone la resistencia contra el discurso textual. Foucault llamó posmodernismo, al espacio de la literatura no discursiva, donde el lenguaje toma un nuevo tema y un carisma ontológico. Él junto con filósofos como Nietzsche, Bataille y Mallarmé, cuestionan cómo se puede hablar del sí mismo y del otro (la muerte, la enfermedad y la sexualidad) de una forma diferente a cómo lo hacen los discursos. Foucault postula que las prácticas culturales, políticas y sociales, antes del posmodernismo, se fundaban en la locura, la sexualidad y el discurso del texto para mantener su poder, pues conocimiento es poder (Sánchez, 2000).

La razón porque la que la posmodernidad es creada y aceptada, es por la incapacidad de muchas venerables actividades científicas, de cumplir sus promesas, sobre todo durante y después de la Segunda Guerra Mundial, porque en ese período de tiempo se comenzó a considerar que el trabajo científico podría ser influido por peripecias personales, sociales y políticas, con lo que se perdía de esta manera la posición de investigadores objetivos de una realidad (Payne, 2002).

El posmodernismo ha influido en los modelos que guían la práctica con familias, por lo que representa una nueva visión sociocultural a la terapia familiar. Las propuestas de la terapia familiar que están empleando la teoría del construccionismo social y las aproximaciones narrativas han sido asociadas con el posmodernismo, estas propuestas se originaron a partir de los modelos sistémicos y en ocasiones como una reacción a éstos. La mayor parte de los progenitores de los modelos posmodernos fueron entrenados originalmente como terapeutas sistémicos (Hoffman, 1990) (Biever & cols., 2005).

Para Bertrando y Toffanetti (2004) la aplicación de la visión posmoderna en la terapia familiar, comienza con la terapia de Milán, cuando éstos comienzan a acoger a la epistemología constructivista, privilegiando el significado y la historia de los clientes sobre las relaciones o interacciones de un sistema. Sin embargo no es sólo este tipo de terapia la que se contagia de las nuevas ideas posmodernas.

En Estados Unidos una manera de hacer terapia estratégica, comienza a desinteresarse de la naturaleza y la historia de los problemas, conduciendo a los clientes a un futuro que no los contempla, este modelo de hacer terapia es bautizado por Steve de Shazer, como el Modelo Centrado en Soluciones, modelo que será enriquecido también por Bill O’Hanlon (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

Mientras en Australia y Nueva Zelanda, los terapeutas Michael White y David Epston, comienzan a centrarse en la condición “desfavorecida” de los clientes y empiezan a ampliar sus historias y conocimientos, al hacer esto crean de manera oficial a la Terapia Narrativa (Bertrando & Toffanetti, op. cit.).

Michael White propone que es el significado que los miembros de la familia atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento. Así se interesa por cómo las personas organizan sus vidas alrededor de ciertos significados y cómo al hacerlo contribuyen inadvertidamente a la supervivencia y al desarrollo mismo del problema. Las respuestas de los miembros de la familia a las exigencias del problema, tomadas en su conjunto constituyen inadvertidamente el sistema de apoyo a la vida del problema (White & Epston, 1993).

En Noruega, Tom Andersen, inicia con la democratización del equipo terapéutico, haciendo a los clientes partícipes de este trabajo, proponiendo de esta manera a los equipos reflexivos (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Otro modo de hacer terapia es el de Harlene Anderson y Harry Goolishian, en este tipo de psicoterapia, se minimiza la intervención del terapeuta y se acepta totalmente el punto de vista del cliente, a este enfoque Bertrando y Toffanetti (op. cit.) le llaman Terapias Colaborativas o Conversacionales

Una de las aportaciones del posmodernismo a la terapia, es que se asume que no hay una realidad única o universal, sino muchas maneras de entender las conductas, las interacciones y los eventos; en una psicoterapia posmoderna, el lenguaje sirve como vehículo primario para la transición de los significados y las comprensiones. Estas ideas tienen implicaciones importantes para la conducta del terapeuta (Biever & cols., 2005).

Las terapias posmodernas tienden a poner su atención en historias y narrativas. Lynn Hoffman (1990) ha descrito los problemas como historias que las personas se cuentan a sí mismas. Generalmente los términos “narrativa” e “historia” se usan de manera indistinta. Pero al hacer uso de la propuesta de Salceby (1994), se utiliza el término “historia” como las descripciones y explicaciones dadas a eventos, interacciones, o experiencias, que son relatadas en el contexto de sistemas menores tales como familias, grupos de trabajo, vecindario u otros grupos sociales (Biever & cols., op. cit.).

“Narrativa” se usa para describir las historias basadas en las normas o expectativas de grupos culturales mayores. Las narrativas son relatos culturales que funcionan como parámetros para determinar qué tipo de historias son posibles. Los terapeutas posmodernos creen que la queja del cliente es una de las “historias” que podrían ser narradas y en cada narración subsecuente la historia puede transformarse. Al cambiar la historia cambian los significados vinculados con los eventos, las conductas y las interacciones (Biever & cols., op. cit.).

Como a manera de conclusión, las implicaciones básicas de la posmodernidad en la terapia son, que valora la colaboración, conexión y creación, haciendo de la terapia un esfuerzo conversacional en sociedad entre el cliente y el terapeuta. Reta el carácter instrumental y técnico de la terapia; reta el conocimiento de experto del terapeuta en relación a cómo la gente debe vivir su vida, reta la manera en cómo utilizamos lo que creemos que sabemos y por lo tanto invita a la incertidumbre. Invita a la descripción de la terapia como una conversación dialógica, un cuestionamiento compartido, en el cual

terapeuta y cliente co-exploran lo familiar y co-desarrollan lo novedoso, estimulando a la transformación mutua del cliente y del terapeuta. Valora la maestría del cliente y la intrusión de múltiples voces, y la riqueza de las diferencias, estimulando la minimización de dicotomías experto-no experto, y promoviendo relaciones y sistemas menos jerárquicos y más igualitarios. Invita a que la terapia se vuelva más como una actividad ordinaria y habitual en nuestras vidas (Hoffman & Anderson, 2004).

Para Limón (2005), la orientación posmoderna es una nueva y estimulante forma de pensar que ofrece la posibilidad de enriquecer el trabajo como terapeutas, es una orientación que aunque crítica, no cuestiona la existencia de otras perspectivas. Sólo cuestiona que alguna de ellas quieran apropiarse del discurso de la verdad, y, en el caso de la psicoterapia, advierte sobre los posibles efectos paralizantes de los discursos cerrados o excluyentes, tanto de los pacientes como de los terapeutas.

La postura terapéutica posmoderna está caracterizada por la colaboración, el no saber, la curiosidad y la reflexión, entre otras ideas que a continuación se exponen:

Se utiliza la metáfora de la persona como texto, en vez de máquina: La metáfora narrativa propone que las personas vivan sus vidas de conformidad con historias, que esas historias son modeladoras de la vida, y que tienen efectos reales, no imaginados, de modo que dichas historias procuran la estructura de la vida. Dichas historias están inevitablemente estructuradas por los conceptos culturales dominantes, pues se construyeron en el seno de comunidades de personas y dentro del contexto de estructuras e instituciones sociales (White, 1997).

Las historias que las personas refieren de sus vidas limitan las significaciones que dan a la experiencia y limitan los aspectos de la experiencia que deciden expresar. Sin embargo, a pesar de que tales historias contribuyen a asegurar cierta determinación en la vida, rara vez abarcan todas las contingencias que aparecen en la vida como se vive de una manera total. Las historias que las personas refieren están llenas de lagunas e inconsistencias y además, topan constantemente con contradicciones. Es la resolución de esas lagunas, inconsistencias y contradicciones lo que contribuye a prestar cierta indeterminación a la vida; son esas lagunas, inconsistencias y contradicciones las que hacen que las personas se empeñen en dar significación (White, 1997).

Estas lagunas ponen en marcha la experiencia vivida y la imaginación de las personas. Con cada nueva versión, las personas reescriben sus vidas. Si aceptamos que estos supuestos son razonables, entonces podemos dar por sentado que, cuando alguien acude a terapia, un resultado aceptable para él, podría ser la identificación o generación de relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados, aportando con ellos posibilidades más deseables, nuevos significados, que las personas experimentarán como más útiles, satisfactorios y con un final abierto (White & Epston, 1993).

Es importante señalar y remarcar que la "narrativa" es sólo una metáfora; no se afirma que la vida real sea idéntica a las novelas y biografías. Por ende, en la Terapia Narrativa

basta con una conceptualización simple de los elementos del relato. Al exponer esta idea, White utiliza el resumen de Jerome Bruner, según el cual un relato debe construir dos panoramas distintos pero simultáneos: uno es el panorama de la acción, constituido por los argumentos de la acción. El otro es el panorama de la conciencia: lo que los implicados sienten, piensan o saben; lo que no saben, no sienten y no piensan. Ambos paisajes son esenciales pero diferentes. Lo que uno busca en la estructura del relato es que la condición, el carácter y la conciencia estén integrados. Así las personas viven o desempeñan sus relatos en un drama cotidiano donde la interacción entre acción (acontecimientos) y conciencia (sentimientos, pensamientos y creencias) produce la sensación de haber perdido el camino de la vida (Payne, 2002).

En la terapia narrativa el relato del yo se enriquece. Esto no significa que la narrativa original estuviese equivocada, ni que haya que abandonarla, rechazarla o desecharla; sigue siendo una expresión válida de la experiencia de la persona. El relato alternativo la complementa. A medida que estas hebras adicionales, al narrarse y volverse a narrar, se hacen visibles e importantes, cobran nuevos significados: afectan a la visión de la persona de sí misma, y a su situación, a sus relaciones y contexto social, rebelando nuevas formas de pensar, actuar y sentirse (Payne, op. cit.).

Multiplicidad y diversidad: En las Terapias consideradas posmodernas, se valora la multiplicidad y diversidad, sobre la unicidad, así en vez de preferir el uso unívoco de las palabras se aprovecha su polisemia. Se fomenta más de una línea de interpretación o lectura en cada momento y se ensancha el abanico de realidades posibles a través del aumento de los recursos lingüísticos. Se favorece el carácter extraordinario de las descripciones coloquiales, poéticas o pintorescas frente a las descripciones técnicas, y la conversación se hace más exploratoria y menos dirigida a un propósito determinado (White & Epston, 1993). El énfasis se pone en saber cómo cada posición llegó a ser sin tener que escoger cuál es la mejor (Biever & cols., 2005).

Colaboración: Para muchos, la diferencia primaria entre las terapias modernas y posmodernas es el lugar o la postura que los terapeutas toman en las relaciones con sus clientes. La terapia desde la perspectiva posmoderna es un esfuerzo colaborativo entre clientes y terapeutas. Los terapeutas toman un lugar activo horizontal, de colaboración con el consultante para reducir los efectos negativos de la jerarquía, en vez de adoptar una posición vertical en la que sus ideas dominan. Existe un sentido de estar con el cliente en lugar de estar buscando déficits, traumas o disfunciones (Biever & cols., op. cit.).

No-saber: Bill O'Hanlon (1993) describe la relación terapéutica de la siguiente manera: "...clientes y terapeutas son considerados expertos. Los clientes son expertos en su experiencia, incluyendo su dolor, su sufrimiento, y sus preocupaciones. También son expertos en sus recuerdos, sus metas y sus respuestas. Los terapeutas son expertos en crear un clima conversacional e interaccional para el cambio y la obtención de resultados en terapia. Los clientes y los terapeutas son compañeros en el proceso de cambio/terapia y colaboran en decisiones tales como cuál es el foco de la terapia, cuál es la meta a alcanzar y en qué momento debe terminar la terapia". Anderson y Goolishian (1998, 1992)

han denominado a esta postura “no-saber”. Los terapeutas que adoptan esta postura asumen que las comprensiones y las explicaciones en terapia no deberían estar constreñidas por las experiencias previas del terapeuta o por su conocimiento teórico. Los terapeutas hacen preguntas para incrementar su comprensión del mundo del cliente, no para reunir datos para formular un diagnóstico convencional. Las ideas del terapeuta no son más útiles o más válidas que las ideas del cliente. La capacidad del terapeuta radica en la conducción de una conversación terapéutica que genera nuevas ideas y significados junto con los clientes. Los terapeutas pueden introducir nuevas ideas, descripciones o explicaciones, pero son los clientes quienes tienen la última palabra con respecto a la utilidad de estas ideas (Biever & cols., 2005).

Harlene Anderson (1999) recomienda que para poder adquirir esta actitud, se ha de tener la voluntad de dudar, poniendo en suspenso nuestros discursos profesionales y personales dominantes, manteniéndonos conscientes de nosotros mismos y de los otros, abiertos a examinarnos y a ser examinados por los otros. También se debe de tener una voluntad de arriesgarse a ser un aprendiz con cada nuevo cliente, esto nos hace ser humildes y nos libera.

Hay que aclarar, como dice Jacques Derrida, que no saber no significa retener información, simular estupidez, engañar o ser neutral. Más bien debemos ser capaces de ser cuestionados y de cuestionarnos a nosotros mismos (Anderson, 1999).

Curiosidad: Las aproximaciones posmodernas a la terapia familiar ponen énfasis en el mantenimiento de la curiosidad (Cecchin, 1987). Anderson sugiere que los terapeutas muestran curiosidad al aprender un poco acerca de una cosa y después desplazarse a otras áreas para evitar así dar la impresión de que el terapeuta está interesado en sólo una parte pequeña de las experiencias de los clientes. Anderson y Goolishian (1992) sugieren que los terapeutas no deberían entender demasiado rápido. Cuando los terapeutas “entienden” a los clientes, las posibilidades de ampliar y crear nuevos significados se vuelven limitadas. Esta curiosidad no es sobre “descubrir” hechos o ideas (Biever & cols., 2005).

Reflexión: El término “reflexión” fue introducido por Andersen (1987, 1991) en su descripción de los equipos de reflexión. La idea de la reflexión ha sido ampliada y actualmente es usada para describir tanto un proceso (conversaciones reflexivas) como una postura (postura reflexiva) que los terapeutas pueden usar en su trabajo con equipos, en coterapia o solos. Andersen (1992) describió el proceso reflexivo como conversaciones internas y externas que permiten a los terapeutas y a los clientes transitar entre hablar y escuchar, estas posiciones proveen de dos perspectivas diferentes, a su vez estas perspectivas crearan nuevas perspectivas. Griffith y Griffith (1994) describen la postura reflexiva, como una postura de escucha en la que no se está obligado a responder a lo que se escucha. Los equipos de reflexión permiten a los clientes un acceso directo a las ideas del equipo, en vez de que el terapeuta se vuelva una especie de filtro de éstas (Biever & cols., op. cit.).

Tentatividad: Frecuentemente los terapeutas posmodernos proponen la presentación de sus ideas en una manera no autoritaria. Ofrecer ideas de una manera tentativa puede invitar a los clientes a ofrecer sus propios pensamientos e ideas con mayor libertad. Harlene Anderson (1995) opina que la tentavidad puede ser transmitida por medio del uso de frases sin terminar o expresiones como: “me preguntaba...”, “algo así...” o “tal vez...”. En el equipo reflexivo se presenta un “banquete de ideas” en lugar de interpretaciones “correctas”, además estas ideas se presentan como “pensamientos tentativos” en vez de ideas rígidas (Biever & cols., op. cit.).

Modelos de Terapias Posmodernas y sus componentes interrelacionados simultáneos, superpuestos y secuenciales

En la medida en que las aproximaciones posmodernas a la terapia familiar evolucionaban a partir de teorías filosóficas, los terapeutas empezaron a repensar las técnicas terapéuticas, e incorporaron el posmodernismo a su práctica, de esta manera se crearon y se comenzaron a usar una gran variedad de técnicas (Biever & cols., 2005).

El foco de las técnicas de las terapias posmodernas, es el cambio de significados y comprensiones, más que el cambio de conductas, sentimientos, o pensamientos. Los clientes pueden poner énfasis en algunos o varios de éstos, sin embargo los terapeutas están más interesados en los significados que son creados por las historias que rodean a las conductas, a los sentimientos y los pensamientos. Algunos autores (Anderson y Goolishian, 1988) se manifiestan en contra de las intervenciones deliberadas. En contraste, Epston (1993) argumenta que las perspectivas socio-construccionistas pueden volverse una especie en peligro de extinción si la teoría no es traducida a prácticas específicas (Biever & cols., op. cit.).

Un obstáculo para describir las técnicas de las aproximaciones posmodernas a la terapia familiar, es que éstas fueron desarrolladas por diferentes individuos y grupos diversos en geografía y cultura: Harry Goolishian y Harlene Anderson en Texas, Michael White en Australia, David Epston en Nueva Zelanda, Tom Andersen en Noruega, y Lynn Hoffman en Massachusetts. Asimismo, las aproximaciones posmodernas a la terapia familiar han sido descritas a partir de nombres distintos. Por ejemplo, el modelo de Michael White y David Epston ha sido llamado terapia narrativa; el modelo de Goolishian y Anderson, aproximación colaborativa de sistemas lingüísticos; las ideas de Lynn Hoffman han sido llamadas construccionismo social, Tom Andersen es conocido por la terapia de equipo de reflexión. Las prácticas de la terapia posmoderna valoran las perspectivas múltiples y la creencia de que hay muchas maneras “correctas” de hacer las cosas (Biever & cols., op. cit.).

A continuación se explican de una manera más detallada, algunas de estas diferentes formas de conversar terapéuticamente con los clientes:

Terapias Narrativas

Tanto los terapeutas que adoptan una postura moderna como una posmoderna usan las historias y las narrativas de diversas maneras. En las aproximaciones modernas los

terapeutas generan la historia, transforman las historias de los clientes a una historia que para el terapeuta es una historia más adaptativa, o hacen que las historias de vida de los clientes encajen en una estructura teórica preconcebida. Es decir la narrativa del cliente es destruida o incorporada, pero en ambos casos es sustituida por la narración profesional. En cambio, un terapeuta familiar que toma una postura posmoderna tiende a centrarse en historias generadas por los clientes, el grado de directividad del terapeuta varía, pues se pueden corregir, editar historias y hacer una facilitación de cambios generados por los clientes (Biever & cols., 2005).

La Terapia Narrativa de Michael White y David Epston, parte del principio de que las personas organizan sus experiencias en base a los relatos que crean de sus vidas, y creen que las personas que acuden a una psicoterapia, es porque mantienen un relato saturado por el problema. Michael White propone que para la deconstrucción de las historias problemáticas, se haga una objetivación de los problemas. Esta objetivación lleva a las personas a externalizar vivencias relativas a aquello que consideran problemático en lugar de internalizarlas. Esta externalización genera lo que podríamos llamar un contralenguaje, o como propone David Epston, un “antilenguaje” (White, 1997).

La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar los problemas, que las oprimen. En este proceso el problema se convierte en una entidad separada, externa.

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

Es importante agregar que no se recomienda externalizar problemas como la violencia y el abuso sexual. Cuando se identifican problemas de este tipo el terapeuta tenderá más bien a fomentar la externalización de las actitudes y creencias que parecen imponer la violencia, así como las estrategias que mantienen subyugadas a las personas (White & Epston, 1993).

Payne (2002) recomienda que se invite al paciente a poner un nombre específico al problema, quizás una palabra o una frase corta. Si a la persona no se le ocurre nada, el terapeuta hace sugerencias hasta que ambos eligen en conjunto un nombre provisional. Este nombre se utiliza hasta que subsiguientes descripciones permitan escoger uno más apropiado y preciso. El bautizar el problema añade énfasis y concreción, y permite a la persona sentir que controla su problema y posibilita la externalización de éste.

Sin embargo el mismo Payne aclara:

Externalizar por medio de bautizar el problema puede ser demasiado difícil o simplificador. A veces, cuando intento ayudar a una persona a poner nombre a su problema, percibo una suerte de incomodidad y artificio que va en contra de la atmósfera común y corriente con la que prefiero llevar a cabo la terapia. Esta lucha puede ser contraproducente: las personas pueden terminar sintiéndose perpleja y confundida bajo la involuntaria presión del terapeuta, en estos casos es mejor abandonar este intento y seguir adelante (Payne, 2002, p. 86).

Después de que se externaliza el problema, es importante identificar a los acontecimientos extraordinarios, esto se puede hacer identificando mediante una revisión histórica, la influencia de las personas sobre el problema. Se les puede pedir que recuerden hechos o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones (White & Epston, 1993).

Hay diferentes tipos de acontecimientos extraordinarios. Están los acontecimientos extraordinarios pasados, que permiten a las personas volver atrás y revisar su historia personal y la de sus relaciones, para facilitar la creación de nuevos significados en el presente. Una subcategoría de estos acontecimientos extraordinarios históricos la constituyen los que se producen entre sesiones, o los que se pueden encuadrar dentro del relato de la terapia. Los acontecimientos extraordinarios actuales son aquellos que se presentan en el transcurso de la sesión. Generalmente, las personas se fijan en ellos gracias a la curiosidad del terapeuta, y porque se les invita a que las hagan más perceptibles. Los acontecimientos extraordinarios pueden situarse también en el futuro. Pueden identificarse revisando las intenciones o planes que tiene la persona para escapar de la influencia del problema o investigando sus esperanzas de liberarse de ciertos problemas (White & Epston, op. cit.).

Otra manera según sus fundadores de lograr la externalización del problema es por medio de las preguntas de influencia. Hay dos conjuntos de este tipo de preguntas: El primero anima a las personas a trazar el mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones. El segundo, las insta a describir su propia influencia sobre la vida del problema. Al invitar a las personas a revisar los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones, las preguntas de influencia relativa les ayudan a tomar conciencia de su relación con el problema y a describirlo.

Para que la nueva información sobre los hechos hasta entonces ignorados contradiga de forma eficaz la descripción saturada por el problema, esta información debe ser relevante para las personas implicadas. Sólo si es significativa constituirá un acontecimiento extraordinario para ellas. La descripción previa de cómo repercute el problema facilita la atribución de esta relevancia. Cualquier información nueva sobre la influencia de las personas contrastará claramente sobre la descripción previa (White & Epston, op. cit.).

Una vez identificados los acontecimientos extraordinarios se puede invitar a las personas a atribuirles significados. Para que esta asignación de significados pueda realizarse, es necesario que los acontecimientos extraordinarios se organicen en un relato alternativo. A esto puede ayudar el imaginar o el introducir diversas preguntas que ayuden a comprometer a las personas en esta descripción de nuevos significados, preguntas que

las involucren activamente en la reescritura de sus vidas y de sus relaciones. Estas preguntas, pueden invitar a las personas a explicar los acontecimientos extraordinarios (por ejemplo: “¿Cómo pudo usted resistirse a la influencia del problema en esta ocasión?”); o bien, invitarlas a redescibirse a si mismas y a redescibir a los otros y sus relaciones con ellos según lo que se refleja en los acontecimientos extraordinarios (por ejemplo: “usted logró resistirse al problema, ¿qué le dice eso de usted como persona?”); o finalmente, invitarlas a reflexionar acerca de algunas de las nuevas posibilidades que abren los acontecimientos extraordinarios (por ejemplo: “¿cómo cree usted que esta información sobre usted mismo afectará a sus propios movimientos?”) (White & Epston, 1993).

Para facilitar este proceso llamado “recreación”, el terapeuta puede hacer una variedad de preguntas, relativas al panorama de acción y preguntas relativas al panorama de conciencia. Las preguntas referentes al panorama de acción hacen que las personas sitúen logros aislados en secuencias de sucesos que se desarrollan en el tiempo de conformidad con tramas particulares. Las preguntas relativas al panorama de conciencia hacen que las personas reflexionen y determinen la significación de los hechos que ocurren en el panorama de acción (White, 1997).

A medida que las personas responden a las preguntas referentes al panorama de acción y al panorama de conciencia, van reviviendo experiencias, y es como si sus vidas fueran contadas de nuevo. Se generan así conceptos alternativos de uno mismo y de las relaciones; las personas pueden concebir otros modos de vida y de pensamiento e incorporarlos (White, op. cit.).

Otras preguntas son las de experiencias, éstas facilitan mucho el proceso de recreación de vidas y relaciones, e incitan a las personas a dar una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar de ellas (White, op. cit.). Se puede ampliar aun más el alcance de las historias alternativas, planteando preguntas que inviten a las personas a identificar y a reunir a un público ante el cual se puedan crear nuevos significados vitales. A estas preguntas White las llama “preguntas de difusión extraordinaria” (White & Epston, 1993).

Una terapia que incorpora la tradición narrativa, la recuperación de las vidas y las relaciones, se logra no solo haciendo preguntas, sino también recurriendo a diversos documentos escritos. En nuestra cultura prevalece un mecanismo general que refuerza la importancia de una dimensión escrita para nuestro trabajo. En muchas circunstancias, lo escrito adquiere una insuperable autoridad, por el hecho de que no se oye sino que se ve, pues en el mundo occidental hay una antigua tradición que privilegia a la vista sobre los otros sentidos (White & Epston, op. cit.).

Michael White presenta el siguiente material que refleja su utilización de medios narrativos en el contexto de una terapia relatada:

Cartas de invitación: Las cartas de invitación son tan frecuentes en la vida cotidiana que no necesitan presentación. David Epston utiliza las cartas de invitación cuando cree que es importante incluir en la terapia a personas reacias a participar en ella.

Cartas de despido: David Epston ha escrito muchas cartas para demostrar lo poco necesario que resulta el que la gente desempeñe funciones como la de vigilante de los padres o consejero matrimonial de los padres, etc.

Cartas de predicción: Frecuentemente, al final de la terapia, David Epston pide autorización para predecir el futuro de una persona, relación o familia. Suele utilizar un periodo de 6 meses como intervalo y se refiere a él como “tu futuro inmediato”. Echa al correo estas predicciones en cartas dobladas y cerradas, escribiendo “privado y confidencial” en letras bien grandes, así como “no debe abrirse hasta...” (la fecha de 6 meses después). La intención de hacer esto, es para dar seguimiento o revisión a los 6 meses, y para que la predicción funcione como una profecía autocumplidora, pues Epston sospecha que la mayoría de las personas no le harán caso (White & Epston, 1993).

Otro tipo de cartas son: las cartas de contraderivación, las cartas de recomendación y las cartas para ocasiones especiales. Las cartas pueden ser breves, ya que no tienen que ser extensas ni repetitivas, ni tampoco llevar mucho tiempo.

David Epston suele pedir a la gente que ponga por escrito su propia historia. Generalmente, el propósito es hacer que el relato esté al alcance de otras personas. Ha utilizado un amplio abanico de medios para ello: videos, cassettes, cartas testimoniales, historias escritas en diversos géneros literarios, cartas personales y llamadas telefónicas. La estructura narrativa de estos relatos suele ser la de una historia de éxitos en vez del formato del cuento triste que adoptan muchas narraciones psicoterapéuticas. Escribir historias de éxitos transforma la relación que mantiene la persona o la familia con el problema y con la terapia. Tiene el efecto de distanciar a las personas del problema y les permite consultar a los demás y a sí mismos si el problema reaparece en sus vidas. Revisar los relatos de éxitos o los testimonios de otras personas también tiene consecuencias espectaculares. Epston ha reunido una pequeña biblioteca sobre estos temas. También se pueden utilizar certificados, que son documentos que acreditan los nuevos relatos (White & Epston, op. cit.).

Para poder realizar una terapia narrativa con documentos terapéuticos es esencial asegurarse de que las personas no tienen problemas para escribir. Es importante también indicar que al redactar un documento terapéutico no interesa la gramática, la puntuación o la ortografía, sino sólo lo que los textos quieren decir (Payne, 2002).

Para Payne (op. cit.) es importante no ceder a la tentación de usar documentos de forma inapropiada y prematura para acentuar lo positivo, pues explorar y celebrar las victorias enfática y apresuradamente puede restar realismo a los ojos de la persona. Si la descripción de los elementos del relato alternativo es demasiado reciente, los documentos no surten efecto alguno. También es importante tener claro, que no se acostumbra en los escritos terapéuticos, pedirles a las personas que escriban lo que sienten, sino más bien

lo que piensan. Además, se le dice a las personas cuando escriben, que ese documento será confidencial, que se tiene flexibilidad de crear los formatos que los pacientes deseen, y si es necesario, que durante la terapia se tomara un tiempo para discutir los textos con las personas; no se pregunta sobre el contenido, más bien se invita a hablar de lo que significó escribirlo, la forma en que modificó sus sentimientos y pensamientos y la medida en la que contribuyó a facilitar una mejoría.

La terapia termina cuando la persona decide que su relato de sí mismo es suficientemente rico para abarcar su futuro. Sin embargo, las terapias narrativas al terminar el proceso terapéutico, no se basan en una metáfora de la terminación como pérdida sino en una metáfora de la reincorporación. Para ello, los terapeutas narrativos como ya se explicó incluyen la identificación y el reclutamiento de un público capaz de autentificar el cambio y legitimar el conocimiento alternativo. Esto se puede conseguir por medio de una celebración, en la que se entregan documentos, declaraciones personales, así como permitir que las personas se conviertan en asesores en un sentido formal, en lo referente a esos conocimientos que les permitieron liberar sus vidas y los conocimientos alternativos y preferibles sobre sus vidas y sus relaciones. Cuando los pacientes son tratados como asesores de sí mismos, de otros pacientes y del terapeuta, ellos se sienten con mayor autoridad sobre sus propias vidas, sobre sus problemas y sobre la solución a tales problemas (White, 1997).

El terapeuta puede sugerirle a las personas que consulten periódicamente los conocimientos expresados en sus propios documentos o pedirles que permitan que esos documentos sean vistos o escuchados con discreción por otras personas que estén experimentando problemas semejantes o que sean utilizados con propósitos de enseñanza, tomando el compromiso de registrar y permitirles consultar las respuestas de esas otras personas (White, 1997).

Las sesiones en terapia narrativa no tienen una duración determinada. Payne tiende a seguir la tradición de 50 minutos por sesión; pero White y sus colegas se extienden hasta dos horas, no sólo con familias sino con individuos y parejas. El intervalo entre sesiones es también variable: no hay una norma de una sesión a la semana ni nada por el estilo. La narrativa no es una terapia breve, y algunos relatos de White y Epston incluyen un buen número de sesiones pero herramientas como los testimonios externos o los documentos terapéuticos pueden reducir eficazmente la duración de la terapia. Con frecuencia, unas pocas sesiones, muy distanciadas entre sí son suficientemente efectivas, incluso ante problemas de larga duración (Payne, 2002).

El Equipo Reflexivo

El equipo reflexivo surge en Tromsø, Noruega, en 1974, cuando un grupo de terapeutas noruegos vieron con claridad que los problemas incluían a mucha gente, tanto a los familiares como a los profesionales (Andersen, 1994).

Tom Andersen (1994) comenta que él y su equipo comenzaron a ver que la sesión terapéutica era en sí misma un proceso, cuyo objetivo era hacer que un proceso

estancado se pusiera nuevamente en movimiento. Por lo tanto, pensaron que sería una buena idea permitir que el sistema estancado pudiera ver más acerca del proceso terapéutico. Al equipo de Tom le tomó 3 años atreverse a permitir que los clientes los vieran trabajar. Para ellos, era fácil pensar que a menudo, cuando hablaban con la gente, estaban cargados con demasiados pensamientos negativos sobre ellos, los que podrían salir a la luz si eventualmente hablaban de ellos mientras los escuchaban.

En una sesión en la que una familia no respondía a una sugerencia que el equipo le dio, se decidió a golpear la puerta de la sala de entrevista y a preguntarles a los pacientes si querían escuchar a los terapeutas unos minutos. Se les dijo que se tenían algunas ideas que podían ayudarlos en su conversación. “Si les interesa la idea”, dijo, “les sugerimos que tanto la familia como el médico se queden sentados en esta habitación. Nuestro equipo nos permite oscurecer la habitación y entonces encenderemos la luz de nuestra oficina. Ustedes podrán vernos y nosotros a ustedes no. Conectaremos el sonido para que ustedes puedan oírnos mientras que nosotros no podremos oírlos a ustedes” (Andersen, 1994).

Así se hizo, pues los pacientes aceptaron. Cuando se revirtió la luz y el sonido, lo que se vio fue a 4 personas silenciosas y pensativas, que después de una corta pausa comenzaron a hablarse entre sí con sonrisas y optimismo. La sensación fue muy distinta de lo que ocurría con el trabajo habitual, según lo comenta Andersen (op. cit.). Esta nueva forma es lo que se llamó grupo reflexivo.

El Equipo Reflexivo se basó en los pensamientos de Bateson, de los fisioterapeutas Aadel Bülow-Hansen y Gudrun Øvreberg y de los escritos de Maturana y Varela (Andersen, op. cit.).

La idea del grupo reflexivo ha sido a veces interpretada como un método, pero Tom Andersen (op. cit) deja muy en claro que es una forma de pensar que inevitablemente lleva a su tipo de práctica, es decir, es solo una manera de poner ideas sistémicas en acción. Las palabras básicas que se utilizan en el equipo reflexivo son: idea, descripción, explicación, significado y comprensión.

La descripción a la que se refiere el Equipo Reflexivo, es una descripción que corresponde a la cibernética de segundo orden, ya que cada vez que una persona describe a otra es parte de un sistema de observación. Para poder describir se necesitan establecer diferencias, esto será un acto del que describe, y tiene que ver con los intereses del que describe, su conocimiento, historia, etc. Así, el que describa a otra persona, a través de su participación en el sistema de observación influye en lo que puede ser observado y descrito. Un punto importante a recordar, es que en cada acto de descripción deja afuera a muchas otras posibles. Cada persona que observa la misma situación tendrá su propia versión; cuando se comparen las versiones, serán diferentes en algún grado. Ninguna descripción será mejor que las demás; todas son igualmente válidas. En el trabajo clínico se deben buscar y aceptar todas las descripciones y explicaciones de una situación que existan y promover la búsqueda de las que todavía no se encuentran (Andersen, op. cit.).

El equipo reflexivo utiliza el término *multiverso* para describir un fenómeno que puede describirse y comprenderse de diferentes maneras. Parte de la idea constructivista, de que cada persona crea su versión de una situación, esta idea es de gran ayuda cuando nos encontramos con un sistema estancado. Ninguna de las versiones es correcta o incorrecta. La tarea del equipo reflexivo es en lo posible entablar un diálogo para comprender de qué manera las distintas personas crearon sus descripciones y sus explicaciones. A partir de ahí se les invita a un diálogo para discutir si podría haber otras descripciones que todavía no han visto y otras explicaciones en las que tal vez todavía no han pensado. En un sentido, se les invita a que se unan al equipo en un flujo de intercambio sobre las ideas, aceptando que siempre hay algo que no se vio y algo que no se pensó en los procesos de la vida (Andersen, op. cit.).

En la conversación curativa según Andersen de un Equipo Reflexivo, se debe pensar en 3 conversaciones paralelas que se producen al mismo tiempo: dos conversaciones internas y una externa. La conversación interna parece servir a dos propósitos por lo menos: tratar de las ideas que se intercambiaron y tratar de la participación de la persona en la conversación externa.

Para Tom Andersen (1994) el cambio puede ser una limitación o puede ser evolución. El cambio que limita se da como resultado de consejos o imposiciones externas. El cambio que evoluciona viene desde adentro, cuando se amplían las premisas de actuar, a saber los aspectos del conocer y el sentir. El cambio puede ser una limitación cuando se ve como una amenaza a la integridad, pues para defenderse la persona se cierra a este acto externo de imposición o consejo. El segundo tipo de cambio ocurre cuando hay libertad para intercambiar ideas entre dos o más personas, asegurando la integridad individual de todas las personas. Estos cambios conocen su propia ruta y su propio tiempo. Para evitar un cambio limitante, Tom Andersen junto con el equipo de Milán, Harold Goolishian y Harlene Anderson piensan, que es más seguro utilizar solamente preguntas. Hay ciertas excepciones a esta regla, como cuando esto es demasiado inusual, pues hay personas que buscan consejo o interpretaciones.

La mejor manera de hacer preguntas, es preguntar cosas sobre las que las personas no se cuestionan frecuentemente a sí mismas, y que pueden responderse de muchas maneras, lo que a su vez, crearía nuevas preguntas. Para el equipo reflexivo es útil ver la conversación como una serie de intercambio de ideas. Algo se dice y escucha, se piensa y entonces se crea una pregunta, en la que se desea, crear nuevas ideas sobre lo que se dijo en primer lugar.

El equipo puede estar compuesto por una persona (solamente el entrevistador) o hasta 4 o incluso 5 (el entrevistador y 3 o 4 miembros del equipo). La parte del equipo que escucha la conversación del sistema de entrevista y que luego conversa con el mismo escuchándolo es lo que se llama equipo reflexivo.

El sistema estancado, ya sea una persona o más, por ejemplo, una familia, más el sistema de ayuda, es entrevistado por uno de nosotros. Todas estas personas pertenecen al sistema de entrevista. El equipo reflexivo a menudo se encuentra detrás de un espejo

unidireccional y está compuesto la mayoría de las veces por tres personas. Este espejo no es necesario y la cantidad de miembros puede variar (Andersen, op. cit.).

Según Lynn Hoffman en el equipo reflexivo hay reglas entre los profesionales que los llevan a utilizar descripciones positivas y a evitar términos competitivos o críticos. Sus comentarios, en general ofrecen nuevas opciones y descripciones más que ideas sobre lo que está mal. Es de fundamental importancia que la gente no se sienta identificada con la crítica o la culpa. Ante esto, las familias parecen fascinadas por el proceso de escuchar las conversaciones de los profesionales acerca de ellas (Hoffman en Andersen, 1994).

Antes de que se tenga la entrevista, por lo general se presenta un contacto telefónico en el que, en lugar de preguntar quién es la familia se recomienda preguntar quién es parte de esa situación, y se discute la posibilidad de que todos los participantes vengan a la reunión y se describe el diseño del equipo reflexivo (Andersen, 1994).

Cuando se tiene la primera entrevista el terapeuta entra a la entrevista, como mejor puede, sin una historia o hipótesis prefijada o predeterminada. Se considera al sistema de entrevista como un sistema autónomo que define por sí mismo de qué y cómo se habla. El equipo reflexivo, que escucha, nunca da instrucciones sobre lo que el equipo de entrevista va a decir o cómo sus miembros deben hablar (Andersen, op. cit.).

Para Tom Andersen es de extrema importancia organizar el trabajo terapéutico de tal forma que las personas que vienen a hablar en terapia tengan permanentemente la oportunidad de decir no a la forma o al contenido o al contexto de la conversación, o a los tres elementos a la vez. Para esto el equipo utiliza las palabras como gustar y cómodo en sus preguntas, por ejemplo: ¿de qué manera le gustaría utilizar esta sesión y cómo se sentiría más cómodo?.

Cabe aclarar, que las herramientas que al equipo reflexivo le son más útiles para establecer nuevas distinciones, son las preguntas que todavía no han formulado. Las preguntas apropiadamente inusuales son la mejor contribución al sistema estancado (Andersen, 1994).

Desde el inicio de la sesión el entrevistador y el resto del equipo tienen preguntas especiales en mente:

¿Porqué los presentes están interesados en esta reunión?, ¿de quién fue la idea de hacer esta reunión? ¿Con quién habló antes esa persona sobre esta idea?, ¿cuál fue la segunda persona con la que habló? ¿A quién le gustó la idea? ¿Quién tuvo reservas? La idea detrás de estas preguntas es conocer a las personas que tuvieron más dudas sobre este encuentro ya que se les puede considerar como las que quieren conservar el sistema. Ellas son las que deben recibir mucha atención durante el encuentro, porque lo más probable es que sean los que primero manifiesten signos de que el tema que se discute o la forma en que se está llevando a cabo la entrevista son demasiado inusuales. La respuesta a esto va a estar dada, si de tanto en tanto, los miramos para leer sus

expresiones faciales o si les preguntamos sobre si estos son el momento y el lugar adecuados para discutir este tema.

La pausa antes de escuchar a los clientes podría utilizarse para preguntarse: ¿lo que dije fue apropiadamente poco usual o demasiado inusual? Las conversaciones necesitan pausas, las suficientes para que tenga lugar el proceso de pensar acerca de la conversación. Y deberían ser lo suficientemente lentas como para permitirle a la mente seleccionar aquellas ideas con las que sienta afinidad y encontrar las palabras que le permitan expresarla (Andersen, 1994).

Cuando las personas hablan, Tom Andersen (op. cit.) y su equipo reflexivo piensan en las palabras que usan los pacientes así como en el tono y los movimientos corporales que siguen a las palabras, y se pregunta de todo lo que el equipo oye, qué es más importante para seguir hablando. Estas partes más importantes son las que Andersen llama “aperturas”. El equipo reflexivo se pregunta: “¿Con qué apertura voy a relacionar mis preguntas?”. Se pueden preguntar aclaraciones de las palabras, pedir la historia o las circunstancias que representan el contexto, también se puede preguntar qué ocurriría si hubiera cambios en las acciones que están teniendo lugar en esa situación.

Cada miembro del equipo reflexivo escucha en silencio la conversación. Los miembros no se hablan sino que cada uno de ellos se habla a si mismo haciéndose preguntas. Se preguntan: ¿de qué manera la situación o el/los temas que presenta el sistema pueden ser descritos además de la descripción presentada?, ¿de qué otra forma puede explicarse la situación o el tema además de las explicación(es) presentadas? Mientras los miembros del equipo se sientan detrás del espejo no discuten la entrevista. Tan sólo se habla cuando un miembro le pregunta a otro qué se dijo en la entrevista porque no pudo oír. La regla de no discutir, se basa en que se piensa que una discusión detrás del espejo, limita la atención de los miembros a una sola idea o a unas pocas ideas. Si los miembros del equipo no se hablan entre si probablemente se les ocurrirán más ideas y están serán probablemente diferentes (Andersen, op. cit.).

Hay dos formas de cambiar de posición: el entrevistador puede pedirle al equipo reflexivo que le de sus ideas, o los miembros del equipo pueden hacerle saber que ya tienen ideas sobre la situación. También podría ser una buena idea darle al equipo fijo la oportunidad de comenzar un descanso pidiéndole que de sus reflexiones. Así después de un rato, los miembros del equipo presentan sus ideas, si es que el sistema de entrevista se las pide. Los miembros del equipo hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre el tema(s) presentado(s), mientras que los miembros del sistema de entrevistas los escuchan. En otras palabras, cada miembro da su versión sobre los temas definidos como problemáticos. Tal vez más importante es que este proceso les da a los miembros del equipo de entrevista (el sistema estancado más el entrevistador), la posibilidad de tener un diálogo interno a medida que escuchan las versiones que les presenta el equipo. Después que el equipo termina sus reflexiones, los miembros del sistema de entrevista hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones. De esta

manera tienen una conversación sobre lo que habló el equipo reflexivo acerca de la primera conversación del sistema de entrevista (Andersen, op. cit).

El equipo reflexivo habla unos 5 o 10 minutos, a veces más. El sistema de entrevista no los interrumpe a menos que las reflexiones se vuelvan tan duras que las que los escuchan no puedan soportarlas. Una vez que el equipo reflexivo terminó de hablar, se cambian las posiciones y el sistema de entrevista habla mientras que el equipo reflexivo escucha. El entrevistador comienza la discusión haciendo una pregunta abierta: “¿hay algo de lo que han escuchado sobre lo que les gustaría hacer algún comentario o hablar, etc.?”. Cada persona que no habla espontáneamente tiene la oportunidad de hablar, ya que la pregunta se le hace a cada uno de ellos. Cuando una persona presenta una o más ideas, el entrevistador puede hacer preguntas acerca de ellas. Una vez que todos los que quieren hacer comentarios han dado sus ideas y las han discutido, el entrevistador puede presentar a discusión la idea o ideas que se le ocurrieron mientras escuchaba al equipo (Andersen, op. cit).

Tom Andersen recomienda que los miembros del equipo reflexivo, se concentren en mirarse a los ojos entre ellos cuando hacen sus reflexiones, ya que si miran al paciente y por lo tanto, lo incluyen en la conversación, lo privan de la posibilidad de estar en la posición de escucha. En otras palabras, se les quita la posibilidad de ver la discusión de los temas desde afuera

La mayor parte del tiempo, el entrevistador hace preguntas y evita dar opiniones o consejos. El equipo también sólo da reflexiones especulativas para subrayar que cada miembro del equipo solo puede tener su propia versión subjetiva del todo y que, de acuerdo con los lineamientos básicos, no existe ninguna versión objetiva o final.

Si el entrevistador está solo da libremente al aire sus ideas especulativas de cuando en cuando. Si solo hay una persona más además del entrevistador, esta persona muy a menudo se sienta en la habitación de la entrevista, aunque a veces puede hacerlo detrás de un espejo. Cuando se discuten las reflexiones de acuerdo con esta organización, el entrevistador y la otra persona lo hacen juntos (Andersen, 1994).

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

Al final de la reunión los miembros del equipo fijo se preguntan si quieren que se vuelva a dar otro encuentro, si así fuera se les pregunta cuándo y quién podría venir la próxima vez, se les pregunta si prefieren pensarlo con tiempo y llamar cuando quieran otra reunión. En ese momento de la conversación se puede discutir si hay otros con quienes reunirse. Una cosa que se ha notado es que al discutir la posibilidad de establecer futuras relaciones se tiene la impresión de que la gente nos necesita menos de lo que nosotros creíamos. Cuando sugerimos como equipo un seguimiento se dice, que esto es por

nuestro interés en saber de qué manera decidieron manejar la situación. Una vez que los miembros del sistema fijo vuelven, las preguntas más interesantes son acerca de lo que más recuerdan de nuestras reuniones. Les hacemos estas preguntas porque creemos que recuerdan aquello que ha tenido mayor importancia para ellos.

Hay que sentir curiosidad al pensar en el contenido de las conversaciones alternativas que se pudieron haber tenido. El ver los videos ofrece la posibilidad de tratar estas preguntas. Así se pueden analizar cuáles son las preguntas que no se hicieron y qué se podrían haber hecho. Lo que hace el equipo reflexivo es ver los videos de sesiones y detenerse ante una pregunta que el entrevistador hizo. Luego se discute qué otras preguntas se hubieran hecho. También se detienen los videos para pensar sobre las aperturas que no se utilizaron y discutir las preguntas que se hubieran hecho en esas aperturas.

Cuando el sistema fijo se interesa menos en participar de nuestro diálogo, dice Andersen (1994), se comienza a pensar que hubo un fracaso, en tales casos esto se discute inmediatamente después de la sesión, por medio de la pregunta: “¿qué pasó?”. De ser posible se revisan los videos, ya que pueden ser útiles para elaborar la respuesta a esta pregunta

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

Enfoque Colaborativo de los Sistemas de Lenguaje:

El trabajo de Anderson (1999) se fundamenta en la teoría de la construcción social, que promueve la idea de que la realidad no existe allí fuera, de modo independiente, sino que su sentido se concibe colectivamente. Otro marco teórico en el que se basa el enfoque colaborativo es en la hermenéutica, que es el arte de la interpretación. La otra base teórica que complementa esta propuesta posmoderna es la teoría de la narrativa, según la cual los sucesos humanos sólo se hacen inteligibles cuando se les cuenta. Los aspectos centrales de la terapia de Anderson son: lenguaje, conversación y relación.

Si bien el enfoque de Harlene Anderson se ha conocido como enfoque colaborativo de los sistemas de lenguaje, ella lo llama simplemente enfoque colaborativo. Estos términos se refieren a su conceptualización de la terapia: un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativa. Una búsqueda conjunta de posibilidades (Anderson, op. cit.).

Harlene deja de creer que los sistemas crean a los problemas para decir que los sistemas son determinados por problemas. Ellos prefieren pensar, que las personas con quienes hablan en terapia son parte de un sistema que se ha consolidado en torno de un problema al que decidieron llamar: “sistema determinado por el problema”, y luego sistema organizador de problemas y después pasó a ser un sistema disolvente de problemas (Anderson, op. cit.).

También prefiere hablar de dilema o situación vital más que de problema, y raramente usa la palabra solución porque no cree que los problemas se resuelvan; más bien para ella se disuelven. Un terapeuta no resuelve problemas ni arregla nada. Más bien, la exploración del problema en el curso de la terapia lleva a su disolución, no a una solución. Los problemas no se resuelven sino que se “disuelven en el lenguaje”. Desde este punto de vista, lo importante es el proceso por el cual uno habla acerca de algo, no su contenido.

En el enfoque colaborativo se prefiere pensar y hablar sobre cualquier problema desde una perspectiva de realidades múltiples, en lugar de conceptualizarlo como una realidad discreta. Un terapeuta no puede descubrir en qué consiste el problema verdaderamente, pues cada suceso es sólo un relato de una historia, un recontar la historia, una verdad dentro de una gama poli-cromática de verdades (Anderson, op. cit.).

Los terapeutas colaborativos son participantes en una conversación. Así el terapeuta no controla la conversación, no establece el temario, ni la orientación, contenido o resultado específico, y tampoco es responsable por la dirección del cambio. El objetivo es facilitar el diálogo, a través de él crear la oportunidad para la emergencia de nuevos significados, narrativas, conductas y emociones. El terapeuta busca estimular el diálogo interno (conversaciones silenciosas con uno mismo u otro imaginado) y el externo (conversaciones en voz alta con otro). La posición no intervencionista no es necesariamente pasiva o inocente. El terapeuta es activo pero no directivo, siempre influye en el cliente; del mismo modo, el cliente siempre influye en el terapeuta (Anderson, 1999).

Para Anderson (op. cit.) es importante diferenciar las conversaciones dialógicas de las monológicas. En el espacio dialógico, el pensamiento de cada uno hace lugar a la consideración de ideas, creencias y opiniones múltiples, en cambio, en el espacio monológico, una idea o un conjunto de ideas se hacen estáticas y excluyen a otras. El espacio dialógico o contexto conversacional, es crítico para el desarrollo de un proceso generativo que promueve ideas y acciones fluidas y cambiantes. Se puede decir que en una conversación dialógica cada acto de habla crea un espacio de posibilidades.

La conversación dialógica no supone acuerdo. Más bien, el diálogo requiere que haya lugar suficiente para la coexistencia de perspectivas familiares, ambigüedades confusas y actitudes vigorosas. Y requiere que haya lugar para que emerjan invenciones y opiniones diferentes. En un monólogo, los participantes no se ofrecen la oportunidad de estar en conversación. No hay apertura al otro, una perspectiva reina y la realidad se cierra. Anderson (1999) se refiere al monólogo como una ruptura de la conversación y a las condiciones que provocan el colapso del diálogo. También advierte que al distinguir entre monólogo y diálogo no tiene como propósito patologizar al primero y normalizar el segundo. Sólo usa estos términos para distinguir a los distintos tipos de conversaciones en general, y distinguir los distintos tipos de conversaciones terapéuticas en particular, las que favorecen monólogos internos y externos y las que favorecen diálogos externos e internos.

En la perspectiva lingüística y dialógica, se acentúa la naturaleza social de un yo que emerge de relaciones y se actualiza en ellas, así, se tiene capacidad de crear significaciones a través de la conversación. Esta es la perspectiva lingüístico-relacional del yo que propone Gergen (Anderson, 1999).

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

Para crear un diálogo, es preciso crear un espacio invitante para todas las voces. Esto requiere mostrar interés y respeto por lo que la otra persona quiere decir. También requiere ser abierto y evitar los secretos. Por eso es importante ocuparse de los temas y preocupaciones que traen los consultantes a la conversación, se les hace saber lo que se sabe sobre sus agendas, se les dice lo que se ha oído acerca de ellos o ellas y se les pide su opinión. Se usa un lenguaje colectivo: “nuestra agenda, nuestra conversación, el trabajo conjunto de ustedes” (Anderson, op. cit.).

Los terapeutas colaborativos escuchan genuinamente a sus pacientes, al mismo tiempo que aprenden el lenguaje particular de cada miembro del sistema organizado en torno al problema. Así el equipo colaborativo comenzó a ver lo singular de cada cliente y de sus circunstancias, lo singular de cada situación clínica, lo singular de cada relación terapeuta-cliente. Al mismo tiempo que Anderson y sus colaboradores (1999) se centraban en aprender el lenguaje y los significados de los clientes, comenzaron a desechar sus opiniones expertas sobre como debería ser la gente, cómo deberían ser las intervenciones basadas en su pericia terapéutica.

Al crecer el interés por el conocimiento de la otra persona, el conocimiento de los terapeutas se hizo menos importante. Así los terapeutas colaborativos fueron suspendiendo sus historias, prejuicios y opiniones acerca de cómo deberían de ser las familias, de cómo deberían de construirse las narrativas, de cuáles narrativas eran más útiles. La terapia dejó de ser un “hablar a” y se convirtió en un “hablar con”. La combinación de estas experiencias provocó un estado constante de incertidumbre, en tanto se comprendió que era imposible predecir o predeterminar el resultado y las consecuencias de las conversaciones terapéuticas. Se comenzó a apreciar y valorar esta sensación de impredecibilidad, que hacía sentir a los terapeutas cómodos y libres. Pues los terapeutas no necesitaban ser expertos en cómo deberían vivir los clientes, en las preguntas correctas o en la mejor narrativa (Anderson, op. cit.).

Para ver en el consultorio y conversar por teléfono se eligen a los que hablan sobre el problema y no se mira el lugar que la persona ocupa en una estructura (padre, esposa, hermano, psicólogo escolar). A los terapeutas colaborativos les pareció cada vez menos necesario trabajar con familias enteras. Buena parte de su trabajo es con individuos, partes de familias y miembros de sistemas más extensos que la familia. Se dejó de definir a la terapia en función de un nivel de organización social o de los que estaban físicamente

presentes en el consultorio. De esta manera Harlene Anderson (1999) renuncia al título de terapeuta familiar y pasó a llamarse consultora y a describir lo que hace como un conversar con la gente.

Los terapeutas colaborativos, piensan que es importante conocer quienes hablan con los clientes. Frecuentemente, ellos sostienen conversaciones con amigos. Por lo que, en esta forma de terapia, se puede invitar a los amigos a incorporarse a la terapia por una vez o en forma estable. En la terapia colaborativa, un terapeuta quiere que cada participante en la conversación sienta que su versión es tan importante como las otras. Es una posición de multipartialidad, en la cual se alía simultáneamente con todos los participantes. Esto es muy diferente de la neutralidad donde el terapeuta se esfuerza por no aliarse con nadie (Anderson, op. cit.).

Más que técnicas, un proceso dialógico incluye, según Anderson (op. cit.), seis componentes interrelacionados simultáneos, superpuestos y secuenciales, todos ellos subordinados a la postura filosófica:

1. El terapeuta participa en y mantiene un espacio dialógico interno consigo mismo. Esto significa que el terapeuta hace lugar para el otro y que no entra con ideas y planes ya formados acerca del cliente, el problema o su solución.
2. El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente. El terapeuta crea el espacio para un proceso dialógico externo oral, invita a éste, lo facilita.
3. El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo. El proceso dialógico externo incrementa la capacidad del cliente para involucrarse en un diálogo interno más que en un monólogo. A esto puede ayudar plantear preguntas de manera novedosa o expresar una curiosidad, para estimular pensamientos o disquisiciones internas.
4. Los clientes participan en diálogos externos entre sí. A medida que un individuo habla de distinta manera con su terapeuta y consigo mismo, también comienza a hablar distinto con otros, así complementan y expanden la versión del otro.
5. El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio. Los diálogos internos y externos que ocurren en el consultorio hacen que los clientes hablen de distinto modo consigo mismo y con otros fuera del consultorio.
6. El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio.

Harlene Anderson (1999) recomienda que se organice a la habitación de terapia con el objetivo de alentar el diálogo en situaciones de terapia, educación y consultoría. Pues una organización puede obstaculizar la conversación dialógica. Para esto es importante que las personas se sienten de modo tal que puedan verse unas a otras, además de que la disposición de las sillas sugiera imparcialidad. Anderson siempre prefiere una habitación con un círculo de sillas similares. Cuando ella enseña o da consultas, es habitual que pida permiso para reacomodar las salas, y también le gusta caminar por la habitación y acercarse a la gente con la que habla.

Es importante que para sumergirse en la conversación, no se tomen notas durante las sesiones, excepto en el caso de registros de datos. Pues si se toman notas es difícil

transmitir interés y uno se puede perder lo que se está diciendo, y la gente se puede sentir incómoda. También se recomienda que las citas sean hechas por uno mismo, en vez de una secretaria, o una encargada de admisiones, porque se cree que la terapia comienza con el primer contacto entre profesional y cliente, además, al hacer las citas uno mismo, se elimina el riesgo de dar significados desarrollados en las interacciones entre el cliente y otras personas que hablan con él antes que el terapeuta (Anderson, 1999).

Las preguntas son el núcleo de cualquier entrevista o conversación terapéutica. Las preguntas en la terapia colaborativa siempre se hacen desde la posición de no saber. Las preguntas son la única herramienta que se tiene en el trabajo, la única manera de interesarnos y de participar en la vida de los pacientes. Anderson (op. cit.) prefiere no utilizar preguntas que den sus propias respuestas, o preguntas que impliquen la dirección de las respuestas, pues esto es lo que se hace en la terapia tradicional. Es importante tener ciertas intenciones en las preguntas: una pregunta de contenido, por ejemplo, busca datos o información. En cambio una pregunta de proceso facilita el diálogo. Sobre las preguntas de proceso, Harlene se refiere a indagar sobre el proceso relacional en el que se desarrolla el contenido significativo para el cliente, como por ejemplo puede ser reflexionar sobre por qué una terapia ha sido útil.

Podría objetarse que los clientes esperan certidumbre, que pagan a un experto para que les de respuestas, y que no aceptarán un terapeuta que adopte una postura filosófica colaborativa e invite a participar. Harlene Anderson (op. cit) ante esto comenta, que esto no es un problema, pues se ha encontrado que a los clientes no les resulta difícil relacionarse en forma colaborativa, ella como Shotter dicen que los clientes ruegan por la colaboración, pues ellos saben que son los que mejor conocen sus reacciones y sus sentimientos.

El hecho de que se insista en un diálogo y en el lenguaje no significa que el enfoque colaborativo sea cognitivo o que se adecúe solamente a gente con habilidades verbales avanzadas. Para Anderson (op. cit.) toda persona tiene pensamientos, sentimientos y opiniones a los que se puede acceder y que pueden expresarse en una conversación dialógica, no importa cuán limitadas le parezcan a un profesional sus habilidades verbales o su inteligencia. En la relación terapéutica, el terapeuta tiene la responsabilidad de ayudar a cada persona a encontrar los medios para expresar sus versiones narrativas.

Son varias las críticas que han surgido contra el pensamiento posmoderno, sobre todo por todos los grupos que se ven afectados con sus ideas. Por lo anterior, resulta importante aclarar varias ideas posmodernas, antes de crear prejuicios que ya han sido atendidos por los pensadores posmodernos.

Así Payne (2002) aclara que el posmodernismo no aplasta la creencia, la convicción o las posturas morales: sólo les pregunta “¿por qué?”, y añade que la respuesta puede incluir supuestos modernistas que han sido reexaminados, diseccionados y reconstruidos.

Tampoco los pensadores posmodernos niegan que la investigación cuidadosa pueda ofrecer útiles sugerencias sobre lo que podría ser real, pero lo que si, nos mueven a ser

cautelosos ante las afirmaciones universales. El conocimiento experto es parcial, provisional, unilateral y muchas veces distante de los conocimientos concretos y específicos de la vida cotidiana. Para los pensadores posmodernos, el “conocimiento local” que las personas derivan de su experiencia y sistematizan formando narrativas es tan genuino y digno de respeto como el “conocimiento experto” (Payne, op. cit.).

No obstante, es importante aclarar que el posmodernismo no venera el conocimiento local, ni hace de él una sabiduría popular. El error modernista según Payne (op. cit.) fue elevar la ciencia sobre el resto de las formas de saber; el posmodernismo intenta no incurrir en él. Contraponer posmoderno a moderno implica una dicotomía contraria a la intención posmoderna de superar las oposiciones binarias para describir los matices y las diferencias. Su abordaje de la historia es más bien el de reciclaje y el de collage, el de tomar elementos de una tradición y utilizarlos en otra.

Por lo tanto, el posmodernismo no sostiene que “lo que sabemos, pensamos y hacemos hoy es mejor que lo que sabían, pensaban y hacían antes”; mas bien, que no tenemos un conocimiento experto de lo que es verdadero y nunca podremos tenerlo: siempre estamos empezando nuevamente y arribando a conclusiones parciales. Así se admite que en el posmodernismo, para construir la imagen más completa de la realidad, se necesita tanto el conocimiento “científico” como el “local” (Payne, op. cit.).

Biever y colaboradores (2005) comentan que el movimiento posmoderno ha sido simplificado y descrito como una forma de nihilismo, más agregan que la mente posmoderna no niega la existencia de una realidad externa a la experiencia que podemos tener de ella, más bien cuestiona si nuestras habilidades perceptuales y cognitivas pueden aprehender tal realidad de una manera objetiva.

Sin embargo, el mayor problema que posee el posmodernismo, es que al negarse a aceptar una teoría o privilegiar un punto de vista, tiende al relativismo total. Esto genera una inevitable paradoja: no aceptar las teorías es siempre una posición teórica (o metateórica). Por eso el posmodernismo incurre en una contradicción: es siempre fiel a un prejuicio teórico constante y unívoco, precisamente al que le impone no ser fiel a ninguna teoría (Boscolo & Bertrando, 2000).

Un aspecto positivo que es importante destacar en el posmodernismo, es su esfuerzo por dirigirse a los otros a partir del supuesto de que son capaces de responder de manera significativa, sensible, y sobre todo inesperada”. De esta manera el otro, o el paciente o cliente, es visto como alguien infinito y con capacidad de sorpresa (Penn & Frankfurt, 2005).

Aún cuando el posmodernismo puede crear inseguridad debido a su rechazo de las ideas tradicionales en psicología. No obstante, tiene sus ventajas, como ser una estimulante bocanada de aire fresco. Obliga a reconsiderar nuestras suposiciones fundamentales y a enlazar la teoría con la vida cotidiana (Payne, 2002). Como conclusión las Terapias Posmodernas, pueden ser una invitación a la pausa y a la reflexión por parte de los terapeutas hacia su trabajo. Pues llevan a examinar la relación que se da en la terapia.

Así Anderson (1999) sugiere que con las terapias posmodernas nos cuestionemos: ¿Qué traemos a la relación terapéutica? ¿Qué relación valoramos? ¿Quiénes somos como terapeutas? ¿Somos expertos? ¿Maestros? ¿Amistosos consejeros? ¿Guardianes morales? y en todo caso, ¿cómo llegamos a ser lo que somos?

Sin embargo la propia Harlene Anderson (1999) advierte algo que puede ser aplicado a todas las terapias posmodernas: “Una vez que alguien ha adquirido una caja de herramientas terapéuticas, completa y con manual de instrucciones, basada en una noción jerárquica, la incertidumbre y el reto a lo familiar implícitos en un enfoque colaborativo puede ser motivo de perturbación” (p.118).

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1.- Habilidades Clínicas Terapéuticas

1.1 Análisis y discusión teórico-metodológico de un tema e intervención clínica pertinente en tres casos de familias atendidas

Tema: Una propuesta de Intervención en Crisis por medio del Modelo de Terapia de Posibilidades de Bill O'Hanlon

Una definición sistémica de crisis

Las crisis son uno de los motivos por el que las personas y familias acuden a un proceso psicoterapéutico. Este tipo de procesos, son relativamente cortos y pueden generar cambios importantes en las personas y en sus interacciones.

Son varios los modos de intervenir en una crisis. En el presente trabajo se profundizará en una de las muchas propuestas que los enfoques de Terapia Familiar Sistémica y Terapias Posmodernas sugieren para abordar este tipo de situaciones. Cabe aclarar que el modelo propuesto, es sólo una manera más que puede ser útil al tratar una situación de crisis y preparar sus posibles intervenciones; más no quiere decir que sea la única forma de trabajar ante estos eventos.

La Terapia Familiar Sistémica, es un conjunto de modelos de psicoterapia que han ido evolucionando con el tiempo; las formas de terapia más recientes son denominadas: Terapias Posmodernas; para este tipo de terapias, las crisis se llegan a crear dentro de una comunidad (McNamee, 1996). Así, desde la perspectiva discursiva propuesta por el posmodernismo: la crisis es un fenómeno construido localmente y no un problema individual. Siguiendo esta lógica construccionista social, las personas pasan de tener crisis a construirlas. Esto brinda la posibilidad de construir conceptos sobre la crisis, ricos en significado psicológico (Slaikeu, 2000), que puedan ayudar a co-construir una intervención en crisis más ecológicamente benéfica.

Una de las maneras como se ha construido la idea de crisis en la Terapia Familiar Sistémica es a través de la epistemología cibernética. La idea básica de la cibernética es la retroalimentación (Keeney, 1991), ver la crisis desde esta perspectiva, hace que se abandone su significado "pecaminoso", para referirse al cambio dinámico de las reglas de funcionamiento de un circuito. Watzlawick (2006) en el libro que escribió junto con Ceberio dice:

Crisis es el efecto que se produce en todo sistema cuando se amplifica un tramo de la recursión de la energía. Esta amplificación genera un desorden en el equilibrio del funcionamiento, obligando a los integrantes, o bien a refortalecer las reglas existentes, retornando al *status quo* anterior a la crisis, ó a reformular las reglas y las funciones de cada miembro, produciendo un nuevo orden que lleve a una recursión diferente (p. 53).

En pocas palabras, la crisis, desde un Modelo de Terapia Sistémica con epistemología cibernética; dejaría de ser una molestia, para convertirse en una forma de regulación, que fomenta la supervivencia de un sistema, ya sea individual, familiar u otro. La reparación de la regulación problemática que alimenta una crisis, se consigue por medio de cambios que permitan una nueva organización.

De acuerdo a lo anterior, el cambio es el tema central de las crisis y sus intervenciones. Frank S. Pittman (1991) escribe: “Una *crisis* no es más que una situación en un período de cambio inminente, el punto en que las cosas podrían mejorar o empeorar pero, inevitablemente, cambiarán” (p. 357). El cambio es lo que experimentan las personas en crisis. Se pueden tener muchas reacciones ante el cambio. Según Pittman muchas personas se aterran ante el cambio y quieren impedirlo; de hecho este terapeuta comenta que las personas que inician una psicoterapia en un período de crisis, acuden con una sensación de emergencia y la esperanza de evitar algún cambio temido, con esta actitud las personas eluden el peligro, pero también la oportunidad.

Al respecto Bill O’Hanlon (2006) escribe: “El curso natural de las cosas suele ser la destrucción de lo viejo para dar paso a lo nuevo: sin embargo como cultura e individuos tendemos a luchar contra esta destrucción. Apreciamos la estabilidad y la seguridad” (p. 25).

Es importante tener presente que el cambio será el problema central de cualquier crisis, pues éstas llegan a surgir siempre que no se acepta y no se da una adaptación al inevitable cambio. Sin embargo para la cibernética el cambio no es lo único importante. La cibernética sugiere, que se entienda todo cambio como el empeño de mantener una cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio (Bateson, citado en Keeney, 1991). Keeney concluye que en la cibernética es imposible separar la estabilidad del cambio, pues ambas son dos caras complementarias de la misma moneda tal y como dicen Watzlawick y Ceberio (2006) respecto al mismo proceso.

Se propone así, una intervención en crisis “homeodinámica”, que según Brand (citado en Keeney, 1991) conecte a la estabilidad con el cambio. Un terapeuta que haga este tipo de intervención ante cualquier crisis, debe ser capaz de percibir al mismo tiempo: los cambios necesarios en el sistema y sus necesidades de mantener cierta estabilidad. Al tener esta comprensión, se permite que el propio sistema se autocorrija por medio de un cambio controlado, ya que un cambio descontrolado puede producir la destrucción del sistema. Esta quizás sea la razón por la que las personas temen a las crisis.

Es importante tener presente que no todos los sistemas poseen una propiedad homeodinámica, ya que ésta sólo corresponde a los sistemas flexibles en sus reglas de funcionamiento, lo que les permite frente a situaciones de crisis, modificar sus pautas y reacomodarse a la nueva situación (Ceberio & Watzlawick, 2006).

Algunas tipologías de crisis en la Terapia Familiar Sistémica

Para poder abordar una crisis, es importante tener en claro que hay diversos tipos de ellas según los sucesos desencadenantes y los tipos de cambios que se exigen. O’Hanlon

(2006) menciona que hay dos tipos: 1) Las que tienen un causal exterior, que se dan cuando ocurre algo terrible, de lo que no se es artífice y 2) las que uno mismo genera, son crisis de las que de algún modo se es cómplice.

El terapeuta familiar Frank S. Pittman (1991) que atendió a familias en crisis, como parte del proyecto Denver destinado a estudiar este tipo de casos en la década de 1960, escribe que para ese proyecto se definieron cuatro tipos generales de crisis:

- 1) Las crisis por golpe inesperado
- 2) Crisis del desarrollo
- 3) Crisis estructurales
- 4) Crisis del cuidador

Para Pittman (1991) *las crisis por un golpe inesperado* poseen un estresor: único, manifiesto e imprevisible, y surge de fuerzas ajenas al individuo y al sistema familiar, por ejemplo: las causadas por un terremoto, un acto terrorista, un incendio, etc. Con frecuencia, las familias se adaptan bastante bien a los tremendos efectos de tales crisis, quizás porque la culpa es poca y porque se recibe apoyo externo. Estas crisis según Pittman, no suelen requerir de la atención de los profesionales de la salud mental, de hecho es complicado que se dé una atención de terapia familiar sistémica para este tipo de problemas, por lo que estas situaciones no se profundizaran en el presente trabajo.

También para Pittman (1991), las crisis que suelen ser atendidas por los psicoterapeutas familiares sistémicos, son crisis más personales: las crisis de desarrollo, estructurales y de cuidador (cabe destacar que hay autores sistémicos que difieren de este último comentario). Las *crisis de desarrollo* son las que ocurren en respuesta a las etapas normales del desarrollo. Las *crisis estructurales* son aquellas en las que el estrés surge de la misma estructura familiar antes que de factores externos o de etapas del desarrollo. Por su parte la *crisis del cuidador* tiene que ver con la ruptura de la dependencia que se crea entre una familia y algún cuidador, que por lo general no es un pariente, sino un amigo, terapeuta o agencia de asistencia social. Se tiene que tener cuidado que al hacer una intervención en crisis como terapeutas, no nos convirtamos en cuidadores de la familia que impidan el cambio (Pittman, 1991).

El Modelo de Terapia de Posibilidades de Bill O'Hanlon: Una alternativa en la intervención en crisis

Como se comentó al inicio de este texto: La Terapia Familiar Sistémica es un conjunto de modelos de psicoterapia. En el presente trabajo sólo se tomará en cuenta el Modelo de Terapia de Posibilidades de Bill O'Hanlon, por lo que para evitar distractores y repeticiones, sólo mencionaré el año, entendiendo que se trata del mismo autor que estamos tratando.

Bill O'Hanlon (2008) narra que él ha tenido en su práctica psicoterapéutica 4 etapas: primero practicó la psicoterapia estratégica, después trabajó con la terapia centrada en

soluciones, más recientemente comenta haber hecho otra terapia que él ha llamado de posibilidades y últimamente se considera practicante de la psicología positiva.

La Terapia de Posibilidades es para O'Hanlon (2008) una evolución del Modelo Centrado en Soluciones, ya que se dio cuenta que este enfoque, era muchas de las veces mal interpretado, pues los terapeutas tendían a no reconocer el dolor que sufrían sus pacientes, al sólo centrarse en las soluciones. Por esto decidió cambiar el nombre a Terapia de Posibilidades. Esto implicaba tomar en cuenta la sugerencia homeodinámica de reconocer el cambio y la estabilidad, o como dice O'Hanlon reconocer al mismo tiempo la negatividad y dolor que puede significar una crisis, y validar la posibilidad de cambio. Otro aspecto que lo motivó a cambiar el enfoque, intervenciones y nombre de su práctica psicoterapéutica fue el hecho de que observó que muchas de las veces cuando un terapeuta en su práctica clínica era demasiado positivo el paciente solía volverse más negativo.

Así, este autor plantea una intervención en crisis breve, basada en una visión cibernética en su terapia de posibilidades. Él habla de que al hacer una intervención en crisis se tiene que mantener un pie en el reconocimiento del problema y otro en las posibilidades, pero no se tiene que hablar solamente de una parte del proceso de la crisis, pues hacerlo, podría significar un impedimento para el cambio. Él sugiere que al hablar con una persona en crisis se le dé el siguiente mensaje contradictorio: "no puedes seguir sufriendo así pero tampoco puedes evitarlo", "quieres rendirte y no quieres rendirte". O'Hanlon (2006) recomienda que mejor se diga esto, en vez de decir tópicos que tratan de orillar a la persona en crisis hacia historias felices y positivas, por medio de expresiones simplistas, como: "todo va a ir bien".

La propuesta de O'Hanlon no se limita a brindar el anterior mensaje contradictorio, si no que utilizando los modelos de Terapia Centrada en Soluciones y el Modelo de Terapia de Posibilidades, expone un completo y eficiente abordaje de intervención en crisis, a través de su libro llamado: "*Creecer a partir de la crisis*".

Este autor considera a las *crisis* como avisos inevitables que hacen conscientes a quienes las padecen de ciertas dificultades. Pueden ser consecuencias de cambios que se han estado posponiendo, o de alguna costumbre que se debe de cambiar porque ya no resulta válida. Sin embargo este psicoterapeuta reconoce que no todas las *crisis* se traducen en mejoras, por lo que no hay que minimizar ni el dolor ni el sufrimiento que se padece en una situación de este tipo.

Las *crisis* pueden servir para que las personas vuelvan a "conectarse", a lo que le es esencial; pueden ayudar a introducir cambios difíciles, grandes y significativos. Ayudan a reflexionar y a no seguir en un engaño, haciendo comprender qué es lo que se hace que no funciona. Además las personas que las experimentan se acercan a sus conocidos que han dejado de lado. Y con su dolor y ansiedad obligan a hacer pausas, que pueden ser aprovechadas para extraer una lección. Ante una crisis, se puede dejar que el dolor paralice, o utilizar este mismo dolor para cambiar algo que no funciona en su mundo social, ya que para O'Hanlon el dolor puede proporcionar esa energía (2006).

Una intervención en crisis con este tipo de terapia podría seguir la siguiente secuencia (O'Hanlon, 1990):

Unión: El objetivo es mostrarles a los consultantes interés y ayudarles a que se sientan cómodos.

Preguntar sobre los cambios ocurridos entre la llamada para pedir consulta y la 1° sesión: Se sugiere que a los pacientes se les diga: "Hemos observado en los años que tenemos como terapeutas que varios clientes reportaron tener algunos cambios desde que hicieron la llamada para pedir la cita a la fecha, ¿a usted(es) les sucedió algo similar?".

Una breve descripción del problema: Como ya se explicó anteriormente, para O'Hanlon es importante que en la Terapia de Posibilidades se vea el problema y se vean al mismo tiempo las posibilidades. En este punto el terapeuta debe sentir y sufrir junto con la persona en crisis. Hay que prestar atención a su historia y experiencia en vez de expresar la opinión que se tenga. Al escuchar hay que procurar no cambiar, reescribir, descontextualizar o invalidar la historia de quien sufre con el fin de darle ánimos y hacerlo feliz. Es importante congratular al paciente por sus esfuerzos, sean éstos grandes o pequeños, y por su entereza o fuerza a la hora de enfrentar los desafíos; sin embargo hay que mantener un pie en el reconocimiento y otro en las posibilidades, pero no hablar siempre de éstas. Es preciso evitar los tópicos y las expresiones simplistas, como: "todo va a ir bien". Se recomienda mejor hablar de la complejidad de la situación y sus contradicciones: "entiendo que por momentos quieres rendirte y no quieres rendirte" (2006). También es importante que cuando los pacientes expongan su dificultad, se haga una normalización y despatologización del problema que es escuchado, de tal forma que éste se vuelva soluble. También en esta etapa O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) sugieren que se haga uso de los elogios hacia los pacientes por parte del terapeuta.

Extraer información sobre las excepciones del problema: Se hacen preguntas sobre las ocasiones en que las cosas van bien, sobre las soluciones anteriores a la crisis actual y las fuerzas y recursos de la persona. Estas preguntas se hacen examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no.

Definición de objetivos: Como se puede observar esta fase de la terapia se hace después de haber preguntado sobre las excepciones. Es importante destacar que los objetivos dependen de los clientes, el terapeuta sólo se asegurará de que estos sean alcanzables y concretos. O'Hanlon (2008) recomienda que se comience por cosas pequeñas.

Utilización de una pausa: Se recomienda que el terapeuta tenga una pausa antes de terminar, por lo general a los 45 minutos de sesión se les informa a los pacientes que se va a tomar una pausa para pensar ya sea solo o con el equipo. El terapeuta saldrá durante unos minutos para ordenar sus ideas acerca de lo que los pacientes le han dicho. Durante la pausa decide qué aspectos de la entrevista merecen ser destacados durante el siguiente feedback. Al regresar con el paciente, el terapeuta da un resumen de las cosas

bien hechas, da los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, y finalmente prescribe una tarea (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1990).

Cierre de la sesión: Por lo general después de que se da el mensaje al paciente después de la pausa, sólo se da la concertación de otra entrevista si es necesario.

La anterior puede ser una guía de cómo conducir una intervención en crisis en una primera sesión. Para seguir interviniendo en otras sesiones, o en esa misma; la Terapia Centrada en Soluciones y la Terapia de Posibilidades propone otras maneras de intervenir:

Preguntas de avance rápido: Son preguntas orientadas al futuro, en las que se pide a los clientes que imaginen el futuro y describan cómo será éste sin el problema. Estas preguntas son útiles para las personas que padecen una crisis que puede ser concebida como eterna.

Utilizar el enfoque del MRI: Cuando nuestra actitud optimista como terapeutas lleva a los clientes a ser pesimistas, O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) sugieren que se adopte una actitud pesimista.

Intervenir en los patrones que constituyen la crisis: Por lo general las crisis son mantenidas por patrones de habla, pensamiento y acción presentados por los pacientes o familias que acuden a la intervención en crisis. Estas pautas son susceptibles de cambiar por medio de alteraciones pequeñas y hasta insignificantes que el terapeuta puede ir introduciendo, ya sea en: la frecuencia, tiempo de ejecución, lugar, secuencia, etc.

Dar tareas de fórmula: El terapeuta ante una persona en crisis puede prescribir la siguiente tarea: "Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, nos gustaría que observarás, de modo que puedas describírnoslo, lo que ocurre en tu... (Familia, pareja, relación) que quieres que continúe ocurriendo" (op. cit.).

Tarea genérica: Ésta es otro tipo de tarea, y se puede prescribir una vez que los pacientes hayan descrito su objetivo al acudir a la intervención en crisis o a la psicoterapia, se les dice: "Fíjate en lo que haces esta semana que te da mayor... (se dice el objetivo)". Se puede sugerir que los clientes anoten sus observaciones, o simplemente que vuelvan preparados para contar sus descubrimientos (op. cit.).

Hipnosis orientada a soluciones: Una manera de realizar este tipo de intervención, es evocando habilidades al hablar de experiencias que pertenecen a la misma clase de soluciones que se quieren destacar, por ejemplo si la clase de solución que se requiere es la relajación, el terapeuta puede hablar de momentos que hacen sentir al paciente relajado. Otra forma de practicar esta propuesta, es por medio de ayudar a los pacientes, a recordar experiencias que puedan servir como referencia para desarrollar las habilidades necesarias que les ayuden a resolver la dificultad presentada. También en la hipnosis centrada en soluciones se puede pedir a la persona en trance que nos diga que hay que hacer para resolver el problema presentado a través de sus recursos

inconscientes, esto sobre todo es recomendado cuando se ha llegado a un punto muerto en el que no hay avances.

Cambiar los problemas a preferencias y hablar sobre expectativas o esperanzas: Una vez que se ha escuchado al paciente en la exposición de su problema, se le puede decir: “déjeme ver si entendí, entonces los que usted quiere es...” O’Hanlon (2008) dice que al dar este tipo de mensajes con empatía se genera esperanza, pues se les ofrece una posibilidad o una preferencia hacia el futuro. También se sugiere que para centrar a la persona en posibilidades, se le pida que se escriba una carta desde el futuro, cuando ya se haya resuelto la crisis, en esa carta deben de explicar cómo llegaron ahí, describiendo los cambios y decisiones que tomaron.

Terapia Mitzvah: Es otra de las técnicas adoptadas por O’Hanlon (op. cit.) en los últimos años. Es la terapia de la gente que se involucra más allá de sí misma, es dar cosas, no quedarse con las cosas, es hacer algo por el mundo, ya que el secreto de la felicidad es encontrar algo más importante que uno mismo. Regularmente las personas que experimentan una crisis llegan a centrarse solamente en ellas, por lo que este tipo de intervención puede ser muy útil, pues puede ayudar a tener una conexión con uno mismo, con los demás y con lo espiritual.

Carta de perdón: Para Escribir una carta de perdón, se recomienda pensar en aquellas personas sobre las que se sienta resentimiento. Se les dice a los clientes que les escriban una carta a cada uno de ellos describiendo en términos concretos porque los perdonarían. Esta carta no se tiene que entregar ni enviar, a menos que realmente se quiera hacer y que el perdón sea sincero.

Escribir una carta sobre Gratitud: Se recomienda escribirla para alguien con quien se esté agradecido, Se les dice a los clientes: “Escribe específicamente de qué te sientes agradecido y por qué. Si es posible entrégale la carta en persona y que la lea delante de ti y hablen entre los dos sobre ello. Esto ayudará a ambos. Si no es posible hacerlo personalmente, mándasela vía mail o fax y luego llámale para hablar sobre eso”. Otra recomendación para escribir sobre gratitud es que las personas al final del día, después de cenar y antes de ir a dormir, escriban 3 cosas que les salieron bien en su día, es importante que escriban por qué sucedió o qué hizo que esas cosas sucedieran.

Buscar lo que mueve a los clientes: O’Hanlon (2008) también recomienda que durante una intervención en crisis se busque qué es lo que más frustra y lo que más hace feliz a una persona, pues eso será la mayor fuerza que le ayude a salir de cualquier crisis.

Otras actividades que son útiles para superar cualquier crisis son: la lectura de *libros testimoniales*, ver ciertas *películas*, escuchar *canciones* y leer *poemas*. También recomienda *escribir sobre los pensamientos y sentimientos de alguna crisis*; simplemente durante un cuarto de hora, diario, a lo largo de 4 o 5 días, de preferencia hacer este ejercicio en un tiempo y lugar especial para esta actividad, si es posible escribir sobre cosas buenas fruto de la crisis.

El hacer *rituales para la estabilidad, así como rituales de transición*, son otras formas de hacer una intervención en las crisis de las personas. Los rituales de estabilidad se consiguen haciendo una lista de cosas que antes de la crisis se hacían con frecuencia y que al paciente le gustaría hacer de nuevo; también se sugiere hacer otra lista en la que se especifique cómo el paciente piensa que se puede conectar con él mismo y con los demás; una vez hechas las dos listas, se le pide a la persona que las ponga en práctica poco a poco por un mínimo de 15 a 30 días. Por lo que se refiere a rituales de transición, son ceremonias que sirven para alejarse del pasado y de las pautas que ya no funcionan; se puede hacer por medio de quemar cosas, echarlas a la basura, enterrarlas o romperlas, para, de algún modo convertir en más físico y real el proceso de dejar algo atrás y seguir adelante.

Por último O'Hanlon (2006) recomienda que cuando una persona está atravesando por una crisis se le debe de dejar muy en claro que se estará ahí para apoyarla. También se tiene que tener paciencia con la persona, entendiendo que se encuentra sumida en una situación de caos, por lo que le resultará difícil expresar lo que le ocurre. No hay que presionar a que la gente explique lo que sucede; tampoco hay que forzar a que la crisis se termine, pues durará el tiempo que tiene que durar, ya que tienen su propio ritmo y su tiempo.

Intervención en crisis en tres casos con el Modelo de Terapia de Posibilidades

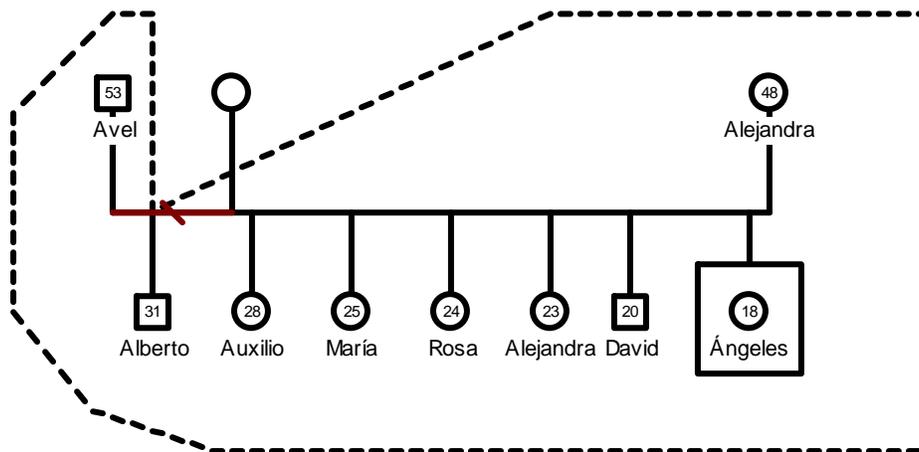
Las personas que acuden a un proceso psicoterapéutico experimentan algún tipo de crisis en algún aspecto de sus vidas. A continuación se analizarán tres diferentes casos que atendí en la Residencia de Terapia Familiar de la FES Iztacala. Se destacan algunos de los aspectos de intervención en crisis con el Modelo de Terapia de Posibilidades que se pudieron aplicar en éstos, ya que fueron los requeridos en el momento.

Con motivo de confidencialidad para referir a los integrantes de la familia se utilizarán seudónimos.

1° Caso: *El vuelo de una mariposa*

El primer caso que se presenta es el de Ángeles, a esta adolescente se le atendió en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala con el equipo de psicoterapia conformado por la Dra. María Suarez Castillo, mi persona y las psicólogas Claudia Elisa Canto Maya, Karla Lorena Guerrero Enríquez, María Angélica Quirino Romo y Erika Tepançal Gómez. Cuando esta joven acudió a buscar ayuda psicoterapéutica tenía 17 años. Se trabajó con ella un total de 10 sesiones.

Su genograma es el siguiente:



El motivo de consulta que la adolescente describió en la llamada telefónica fue:

“Hay problemas en la casa, emocionalmente estoy mal, ahorita vivimos algo fuerte: el alcoholismo de mi papá, la desintegración es más notoria de mis hermanos, estoy deprimida, desesperada, muy angustiada”.

Tenía dos años experimentando este malestar; también informó que ya había asistido a un proceso de terapia familiar 3 años antes con su mamá, hermanas y hermano menor. Al comentar esto último pidió que la atención fuera individual, con lo que durante todo el proceso psicoterapéutico ella fue la única asistente de su sistema familiar.

Es importante comentar que en ese entonces la paciente cursaba el 6° semestre de bachillerato y debido a los problemas que experimentaba había comenzado a desatender sus obligaciones escolares: prefería no entrar a clases, ni hacer tareas por irse de “fiesta”.

Con la información que hasta aquí se ha expuesto, se puede comenzar a hacer una relación de la situación que vivía Ángeles y su familia con la teoría antes expuesta. Así se observa que la adolescente podía estar viviendo como escribe Pittman (1991) una crisis del desarrollo, pues estaba por concluir una etapa al terminar su bachillerato y al estar a punto de cumplir 18 años, edad en la que en nuestro país se adquiere la ciudadanía por mayoría de edad. A su vez se puede percibir una crisis en su estructura familiar, debido al alcoholismo del padre, la economía familiar, enfermedades y poca o nula emancipación de los hermanos.

De acuerdo a los tipos de crisis que O’Hanlon (2006) demarca, se diría que la crisis de Ángeles no es producida por una causal exterior, sino que es elaborada por ella y por su familia. Se podría inferir que la crisis experimentada por esta joven intentaba regular el crecimiento de la paciente en sus áreas: familiar y académica.

Una de las características de las crisis que presentó la consultante desde la primera sesión, fue el manifestar dificultad para expresar lo que le ocurría. Manifestó tener problemas por: pelear con sus hermanas, tener coraje hacia ellas y hacia sus papás, así

como un sentimiento de soledad, además de haber reprobado matemáticas. Ante esto, se hizo caso a lo que sugiere O'Hanlon (2006) de tener paciencia y no presionar a que la paciente se expresara de forma correcta y concreta. Esto se pudo conseguir, tomando la comunicación de Ángeles como metáforas, según la recomendación de Haley (2007). Incluso la prescripción de la primera sesión que se tuvo con ella, consistió en pedirle que pensara en dos cosas en las que le gustaría que se le ayudara.

También desde la primera sesión hasta la última se le estuvieron prescribiendo actividades al final de la terapia, que consolidaran el cambio que se iba dando durante la misma (O'Hanlon, 2006). Se tomó la premisa de Jay Haley (2006) de que el cambio no se produce con la comprensión, sino con la acción.

Otra intervención que se utilizó en todo el proceso, fue la de la pausa antes de terminar la sesión y la de elogiar sus esfuerzos al regresar de la misma con la paciente. Se pudo observar por medio del lenguaje analógico de la joven, que estos dos últimos tipos de intervenciones tenía un gran impacto y beneficio para ella.

Desde el primer contacto terapéutico, Ángeles manifestó un objetivo homeodinámico, en el que pedía que se le ayudara a ser independiente de su familia, pero al mismo tiempo decía tener mucho miedo de ser independiente de ellos, pues corría el riesgo de estar sola. Esto último concuerda con lo comentado por O'Hanlon (2006), de que las personas llegan a experimentar una contradicción al vivir una crisis. Esta ambigüedad se manejó en la segunda sesión, pidiéndole que hiciera una lista en la que ella mencionara las ventajas y desventajas de ser tanto dependiente como independiente. Además haciendo uso de 5 psicólogas del equipo terapéutico, en la tercera sesión se le normalizó su miedo a ser independiente, comentándole los miedos que estas terapeutas habían experimentaron al independizarse de sus familias de origen; esta normalización, ayudó a la menor, según sus propias palabras a sentirse: "bien y mejor, más aliviada y a tomarse las cosas más a la ligera".

Durante las intervenciones hechas en la cuarta reunión de psicoterapia, se fue co-construyendo entre terapeuta y cliente, una crisis o problema solucionable, de tal forma que por medio de metáforas se fue proponiendo la comprensión que lo que le ocurría a Ángeles era un resentimiento hacia su familia, al no sentirse apoyada como ella hubiera deseado. Después de escuchar y construir esta situación, de nueva cuenta a través de un miembro del equipo terapéutico se le normalizó su resentimiento y se le cuestionaron sus creencias que mantenían esta sensación; también se le pidió que empezara a pensar en un cambio mínimo que le indicará que las cosas iban por buen camino, con el objetivo de que fuera pensando en la posibilidad de vivir esta situación de una diferente manera.

En la quinta sesión se observó el patrón secuencial de comparaciones que Ángeles seguía para hacer su resentimiento. Se intervino en este patrón, pidiéndole: "cuando decidas compararte con tus hermanas y surja entonces el resentimiento, ponte a pensar que el resentimiento es el veneno que uno mismo se toma, esperando que al otro le haga daño". Al hacer esto la paciente comentó para la sexta sesión: "me sentí más aliviada con mi papá y con mis hermanas". Al escuchar esto, se aprovechó para hacerle una de

las preguntas que O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) llaman de escala, con el objetivo de seguir centrándonos en la mejoría; ella comentó que antes de la terapia estaba en un 3, y en ese momento ya se encontraba en un 7.5, más le gustaría estar en un 9.

Una intervención que también sirvió a la adolescente, fue el pedirle en el transcurso de la séptima cita de terapia, que pensara cómo creía ella que sería su futuro; se le pidió que escribiera su proyecto de vida. El escribir fue una actividad que benefició a Ángeles, tal y como menciona O'Hanlon (2006).

Otra actividad que también le sirvió a la paciente fue la de pedirle que leyera un libro testimonial sobre alcoholismo, después de la 8° reunión del proceso psicoterapéutico, con el objetivo de atender la crisis estructural de su familia; esto le ayudó a entender lo que sucedía con su sistema familiar.

Para la 9° sesión, se consideró la posibilidad y ventaja de que la paciente realizara un ritual de transición. Para este propósito se detectó que una de las palabras que utilizaba para superar la crisis era la de "alivianada", se le pidió, que pensará en una imagen, que representara esta sensación fuera de la crisis. La imagen que escogió fue la de una mariposa volando. Entonces se le dijo que hiciera esta imagen en alguna clase de manualidad, ya que ésta era lo que para ella simbolizaba sentirse mejor. Se le instruyó para que al hacerla se fijara en el esfuerzo que implicaba. Una vez hecha esta figura, se le puntualizó que la llevará a la décima sesión de terapia para que fuera apreciada por nosotros; así lo hizo, y se le sugirió que pusiera esa mariposa en un lugar que ella quisiera, y que todos los días se iba poner frente a la mariposa e iba a pensar qué tenía que hacer en ese día para poder ser esa mariposa alivianada, responsable, que busca opciones de vuelo. Estas últimas palabras son las que ella utilizaba.

Por último se terminó la intervención en crisis al considerar que la paciente, ya había aceptado y se había adaptado a los cambios que exigían estas crisis estructurales y del desarrollo. Incluso en la última cita que se tuvo con ella, comentó que un niño que ella apreciaba demasiado había muerto días atrás, y la terapia le había ayudado a afrontar de mejor manera esta nueva crisis.

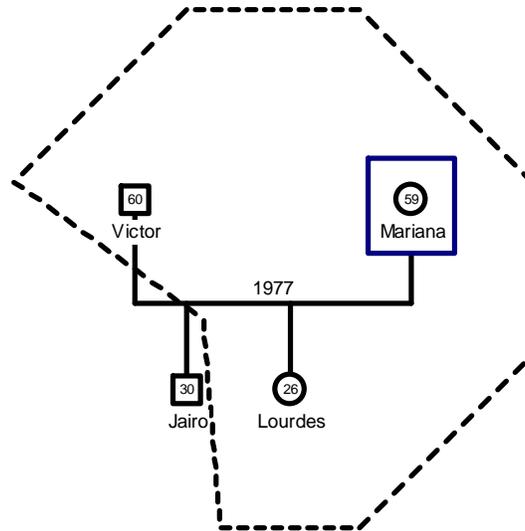
2° Caso: El león devorador de angustia

El segundo caso que se seleccionó para ser analizado desde el marco teórico que estamos abordando, trata sobre una paciente de 58 años que tuvo un diagnóstico de cáncer de mama 20 años antes de la fecha en la que se realizó la intervención psicoterapéutica. Aún cuando el resultado de la operación había sido excelente, la señora Mariana presentaba angustia ante los estudios de seguimiento que se le realizaban, pues pensaba que en cualquier momento podía resurgir el cáncer.

La atención psicoterapéutica se proporcionó en la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla, con el equipo de terapia supervisado por la Maestra Rosario Espinosa Salcido, yo y las compañeras psicólogas: Claudia Elisa Canto Maya, Karla Lorena Guerrero Enríquez, María Angélica Quirino Romo y Erika Tepancal Gómez. Además se contó con la presencia de un equipo de observación de terapeutas que cursaban el 1°

semestre de la Residencia en Terapia Familiar, los nombres de estos psicólogos son: Selene Domínguez Boer, Ana Monroy Sosa, Juan Manuel Montiel Génova, Iliana Riquelme Sáenz y Christian Sandoval Espinosa. El número total de sesiones con las que se trabajó este caso fue de siete.

La etapa del ciclo vital en la que se encontraba la familia, era la de la emancipación de los hijos y el retiro de la vida activa y la vejez. El genograma del sistema familiar era el siguiente:



La paciente se presentó a terapia con un diagnóstico de depresión y ansiedad. Este diagnóstico se manifestaba en ella como si algo se le atorara en la garganta, lo que le producía ganas de llorar y ocurría siempre que se ponía a pensar en el cáncer, operaciones y anestésicos. El síntoma se presentaba en cuanto amanecía, sobre todo entre las 8 y 9 de la mañana. Todo esto fue desencadenado por una colonoscopia realizada un año antes de la intervención psicoterapéutica.

Para resolver este problema la paciente había leído libros, asistido a otras psicoterapias y además había recurrido a un psiquiatra que le había recetado un ansiolítico y un antidepresivo: *clonacepan* de 25 mg y *certralina* de 50 mg respectivamente.

Durante la primera sesión y a través de la llamada telefónica para concertar la cita, se percibió que muy probablemente la señora Mariana manifestaba el síntoma como una manera de pedirle a su esposo más atención, amor y cariño de una manera indirecta, pues ella se mostró deseosa de que él asistiera a terapia, para que la comprendiera más, pues decía también que en vez de que le diera cariño le hacía bromas. Aunque la etapa del ciclo vital en la que se encontraban era la emancipación de los hijos, ambos se encontraban más preocupados por su relación de pareja, que por la independencia de éstos. Cabe agregar que su asistencia fue de gran ayuda, ya que su presencia se utilizó como un recurso más en la terapia.

El tipo de crisis que se presenta en este caso, es una crisis de desarrollo y estructura, ocasionada por una crisis por golpe inesperado, ante la presencia del cáncer de mama de la señora Mariana (Pittman, 1991). Para O'Hanlon (2006) esta crisis sería generada por la señora Mariana con base en una crisis debida a un factor externo.

En la primera sesión de esta intervención en crisis, se hizo una adecuada fase de unión y se escuchó con respeto y atención la dificultad presentada por la paciente; como parte de esto, se les preguntó a ambos cónyuges sobre el significado del cáncer, en este momento ambos se soltaron a llorar, ya que recordaron lo que vivieron. Este evento fue muy fuerte y emotivo, pues en 20 años no se habían permitido hablar del tema, por lo que la paciente se sorprendió de que aún le doliera a su esposo, debido a que él nunca le platicó lo que sintió. Se redefinió el llanto de su esposo como una expresión de amor, así se estaba trabajando lo que se tenía como hipótesis. Se puede decir que con esta intervención se rompió un patrón que se mantuvo por 20 años. También se indagó sobre el significado que la paciente tenía de la palabra cáncer, que ella asociaba con muerte. Esta pregunta le hizo mucho sentido, pues comprendió que a eso se debía el miedo que presentaba.

Se puede considerar que esta descripción del problema fue terapéutica, ya que desde este momento, con las preguntas que se les hicieron, se comenzó una construcción distinta de la crisis a la que la pareja presentó al principio de la primera sesión.

Otro tipo de intervenciones que se realizaron a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico fue el de los elogios; sobre todo elogios hacia su relación de pareja, pues para todo el equipo de terapeutas fue evidente y digno de destacarse el tipo de amor que mostraban, sólo se les sugirió que lo mostrarán de una manera más directa, idea que tomaron en cuenta y que les ayudó a expresarse su afecto de una forma más efectiva.

La escritura fue tomada como estrategia desde la primera sesión, y se obtuvieron resultados muy positivos, ya que la misma señora Mariana informó que esta actividad fue algo diferente que la benefició de forma importante.

Los cambios que se dieron en la crisis de la paciente fueron tan importantes, que desde la segunda sesión se comenzaron a utilizar las preguntas de escala, con el fin de valorar las mejorías. Ya para la segunda sesión, había mejorado tres puntos, pues de situarse en un tres antes de la intervención ahora se ubicaba en un 7. La señora Mariana atribuyó el cambio a la escritura.

Una intervención que se estuvo utilizando mucho, fue el extraer excepciones del problema, a través de preguntar, qué otras personas se habían dado cuenta del cambio. Y también constantemente se les hacían preguntas presuposicionales que daban por hecho que el cambio se iba a conseguir, por lo que se quería que ambos esposos pensarán a qué se iban a dedicar una vez que consiguieran sus metas en esta terapia; se les pidió además que fueran pensando en el tipo de proyecto de pareja que ambos deseaban tener.

Al final de las sesiones se les sugería que se fijaran en qué era lo que más les funcionaba, con el objetivo de que lo siguieran haciendo. Así fue como ellos empezaron a crear toda una receta para poder superar una crisis tan difícil, como lo es la ocasionada por un cáncer. Entonces se descubrió, que lo que les ayudaba a estar mejor era: ocuparse, el buen humor, escribir, pensar diferente y pensar en Dios. Esto último lo habían hecho apreciando la naturaleza, los alimentos, orando, meditando, y haciendo respiraciones profundas; se les sembró la idea de si ayudar a otras personas les podría funcionar y reconocieron que en el pasado si les había ayudado. Esta última idea se sugirió al recordar la Terapia Mitzvah que propone O'Hanlon (2008). Como un ejemplo de lo descrito con anterioridad, en una de las sesiones de terapia se le dijo lo siguiente:

“El equipo estuvo al pendiente de que ustedes han llegado hacer una receta ante situaciones dolorosas, es una receta muy interesante; incluso hoy ustedes fueron nuestros maestros. Lo primero que ustedes nos dicen que uno debe de hacer es desprenderse del pasado, esto es algo básico para superar cualquier crisis, más no es fácil, pero uno lo logra: agradeciendo el día de hoy, viviendo el presente, viendo lo positivo de las cosas, complaciendo a otros, como cuando se hace la comida; otra de las recetas es concentrarse en el presente teniendo disciplina en los pensamientos, todo el equipo les estamos agradecidos por sus enseñanzas”.

También se pudo comprobar el efecto terapéutico de la lectura testimonial, ya que algo que ayudó mucho a la señora Mariana fue leer la vida de Lance Amstrong, un ciclista que como ella, pudo vencer al cáncer. Ante esto se le pidió que escribiera su testimonio frente al cáncer, comentando qué fue lo que le ayudó a vencerlo. Esta última tarea aunque fue dolorosa para ella, también le ayudó.

Se intervino en el patrón que presentaba la molestia en la garganta, al pedirles que por la mañana, cuando aparecía el síntoma de angustia, tanto ella como el señor Víctor se pusieran a cantar o a contar chistes. Esto también generó una mejoría significativa.

Al normalizar el sentimiento de miedo que la señora Mariana podía tener al ir a sus chequeos con el oncólogo, se observó una disminución en la intensidad de la angustia. Incluso al hacer esto se formuló una pregunta de escala, preguntándole a la paciente cómo se encontraba al comienzo de la terapia, dijo que estaba en un cuatro y ya estaba en un 8.5 y quería llegar al 9, para conseguir esto, ella dijo necesitar no tomarse las cosas en serio, pues ahora sabía que era ella la que se hacía su película de terror.

Para terminar esta intervención también se creó un ritual. Se le pidió a la señora Mariana que buscara una imagen que representara lo que fue esta crisis. Curiosamente comentó que lo que ella quería hacer era un dibujo en el que ella estaba desconectada, pues explicó que lo que hicimos en la terapia fue conectar ese cable. Dijo que quería hacer ese dibujo de ella ya conectada. Llama la atención esta metáfora pues es la misma que utiliza Bill O'Hanlon (2008) para describir la consecuencia de las crisis. Expresó que este dibujo quería colocarlo en la pared. Sin embargo al hacer este último comentario mostró mayor interés en realizar un collage para también colgarlo. Este lo iba a visualizar cuando se sintiera mal, iba a hacer una oración y a no irse de ahí hasta que se sintiera bien. Al decir

esto, enseñó a todo el equipo un león que bordó. Ese León representaba un triunfo, su tranquilidad y tener la mente ocupada. Comentó que ese león lo quería enmarcar y colgar. Pues ese León era un amigo que había devorado a su angustia.

La última intervención de este caso fue el agradecimiento, ambos cónyuges se agradecieron su amor. Y nosotros como terapeutas les agradecemos sus enseñanzas.

3° Caso: Una familia de Mujeres Valientes

El tercer caso que se seleccionó para ser analizado, trata sobre un sistema familiar que acudió a terapia psicológica debido a que la madre Hilda de 50 años de edad se comenzó a sentir triste, porque su hija Rosa de 29 años se embarazó, además de que su hijo Beto de 23 años de edad fue apresado por la policía y también coincidió que en ese mismo período de tiempo la familia vivía dificultades económicas que se habían agravado. Todos estos acontecimientos de crisis provocaron que tanto Hilda y Rosa se encerraran en sus habitaciones y no quisieran salir.

Según lo referido por la familia consultante, la crisis comenzó cuando Rosa se embarazó, ante esto la señora Hilda se enojó mucho, pues ésta última comentó que siempre la sobreprotegió y cuidó lo más que pudo después de la muerte de sus hijos mayores en un incendio.

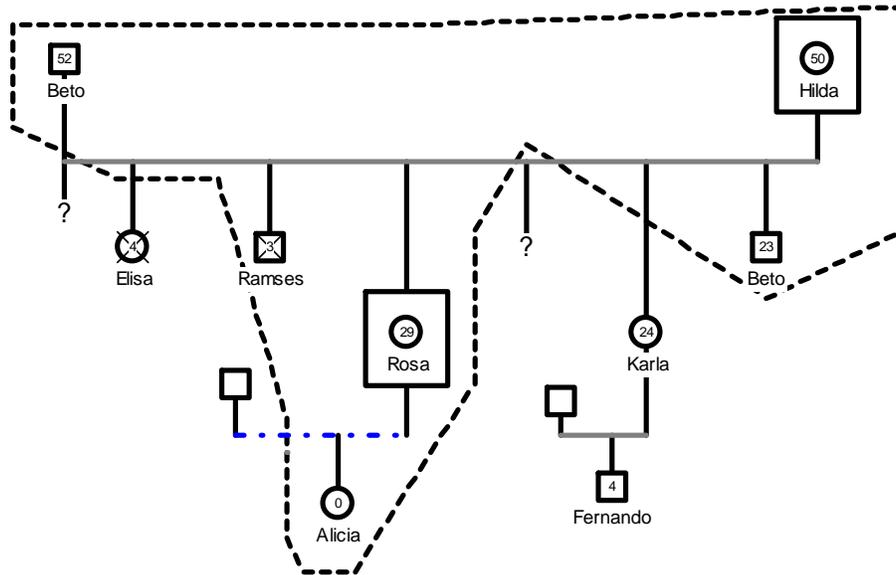
La atención psicoterapéutica se proporcionó en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, con un equipo de terapia supervisado por las Doctoras: Luz de Lourdes Eguluz Romo e Iris Xóchitl Galicia Moyedo y yo como terapeuta, además de nosotros, también participaron en la intervención las compañeras psicólogas: Claudia Elisa Canto Maya, Karla Lorena Guerrero Enríquez, María Angélica Quirino Romo y Erika Tepancal Gómez. El número total de sesiones con las que se trabajó este caso fue de cinco.

La etapa del ciclo vital en la que se encontraba la familia, era la de la emancipación de los hijos; se reconoció que el sistema familiar vivía una crisis característica de esta etapa del desarrollo.

Como objetivo terapéutico las consultantes deseaban superar sus miedos y temores a la muerte, para poder salir de su casa sin preocuparse de más, pues cabe destacar que antes de la psicoterapia, hija y madre casi no salían de su domicilio, situación que afectaba a sus actividades laborales que habían abandonado ante este temor.

A la mayoría de las sesiones de terapia sólo asistieron la señora Hilda y su hija mayor Rosa, aunque cabe destacar que Karla la hija menor de la familia también acudió a dos de las cinco sesiones que se tuvieron, motivada por los cambios que observó en su madre y hermana.

El genograma del sistema familiar era el siguiente:



La actitud de la señora Hilda y de su hija Rosa durante el transcurso de la psicoterapia, siempre fue de una gran apertura hacia la ayuda terapéutica. El tipo de crisis que se presentó en este caso, fue una crisis de desarrollo y estructura por factores económicos según lo expuesto por Pittman (1991). Mientras que para O'Hanlon (2006) esta crisis sería generada por Hilda y por Rosa al no realizar ciertos cambios demandados por el embarazo de Rosa.

En el proceso de psicoterapia primero se tuvo una entrevista con la señora Hilda y con su hija Rosa, en esta actividad se recabó información general sobre el motivo de consulta, y se inició una etapa de unión con las dos clientes, además se empezó a escuchar una breve descripción del problema, y desde esta fase del proceso de psicoterapia, se hizo uso de normalizaciones para despatologizar, así como de reencuadres en la percepción de ambas mujeres. Lo anterior se efectuó sobre todo, después de una pregunta que hizo la señora Hilda, en la que deseaba que se le diera un diagnóstico. Ante esta petición y tomando en cuenta a las ideas del construccionismo social, se decidió comenzar a construir una crisis más resoluble y terapéutica, por lo que se les dijo que lo que parecía que ellas tenían era miedo que su mente había estado construyendo al ponerse a pensar en todos los peligros; ante esta explicación también se les dijo como metáfora que la mente se parecía a un automóvil, por lo que uno la podía dirigir a dónde se quisiera y dependiendo de la dirección que le diéramos era el tipo de pensamientos que se iban a tener. De esta manera se les explicó que su mente había estado construyendo todo un miedo que les impedía vivir sin dificultades. Esta explicación satisfizo a las consultantes y las hizo sentir mejor, pues para ellas significó comenzar a tener el control de esta situación que las había descontrolado por varios meses, al darse cuenta que su situación era algo que dependía de algo propio de ellas como lo era su mente.

Para la primera sesión se continuó construyendo la etapa de unión con las pacientes. Además se les preguntó sobre los cambios que habían ocurrido entre la entrevista que se tuvo y la primera sesión de terapia, a este cuestionamiento respondieron que habían experimentado cambios significativos en su manera de percibir sus temores y tristeza. Sobre todo comentaron que les había ayudado mucho la metáfora del automóvil que se les dijo para despatologizar su situación.

Después en esa misma cita, se continuó escuchando sobre la descripción de su problemática, al hacer esto se re-encuadró su dificultad como transitoria, se elogiaron sus esfuerzos, y se normalizó y despatologizó la situación que estaban viviendo. También se identificaron, marcaron y responsabilizaron algunas excepciones. Y al final de esta primera sesión se les prescribió una tarea genérica y una tarea de fórmula según lo recomienda Bill O'Hanlon y Michele Weiner-Davis (1990).

En la segunda sesión se comenzó la terapia preguntándoles sobre los cambios positivos que habían percibido las pacientes en el transcurso del primero y segundo encuentro del proceso psicoterapéutico. Ambas comentaron que entre una sesión y otra ya estaban comenzando a superar sus miedos. Se les elogiaron los cambios positivos y se revisaron las prescripciones que se les habían sugerido una sesión atrás, analizando lo que les había ayudado de la tarea genérica y la tarea de fórmula. También se normalizaron y re-encuadraron sus sensaciones de temor y miedo de nueva cuenta.

En esta reunión, además se les preguntó sobre las excepciones que más les ayudaron a tener los cambios conseguidos entre la 1° y la 2° sesión. Ante este cuestionamiento respondieron que lo que más les ayudaba era el decirse a sí mismas que nada de sus peores temores iban a pasar, pues éstos eran producto de su mente. Se marcaron y se les responsabilizó en esas excepciones identificadas que les ayudaron a disminuir sus miedos. En la segunda cita también se formuló una pregunta de avance rápido, con el objetivo de profundizar aún más en las excepciones, que consistía en pedirle a la señora Hilda que pensará en algo que le podría decir a la Hilda del pasado con el objetivo de que esta anterior Hilda dejara de sentir temor, ante esta actividad las pacientes reconocieron que ya habían superado el miedo. Después de este comentario se les pidió que definieran sus objetivos de terapia, tal y como sugieren Bill O'Hanlon y Michele Weiner-Davis (op. cit.). Además se siguió usando un lenguaje metafórico que les ayudará a comprender mejor otras posibilidades.

Al final de la segunda sesión se tuvo la pausa con el equipo y al regresar se les dieron elogios, se les reconocieron sus recursos y se les dejó una prescripción que al mismo tiempo re-encuadró la sensación de tranquilidad de la señora Hilda, conectándola con sus avances que había expresado durante la segunda sesión de terapia. Esto se logró a través de decirle que probablemente lo que ella necesitaba ahora que estaba mejor era estar con ella misma, por lo que no era extraño que no tuviera tantas ganas de ponerse a hacer muchas cosas, ya que ahora no necesitaba ocuparse con exageración en varias actividades como hacía antes cuando no se encontraba tan bien.

Para la tercera sesión acudieron la señora Hilda y no una sino dos de sus hijas: Rosa y Karla, además de los niños Alicia y Fernando hijos de Rosa y Karla respectivamente.

En esta sesión también se preguntó sobre los cambios positivos que se experimentaron entre la segunda y la tercer sesión; al hacerlo se comenzaron a buscar y a marcar las excepciones. Karla que no había asistido al proceso de psicoterapia anteriormente, mencionó también comenzar a experimentar cambios positivos al escuchar y seguir lo que su mamá y hermana habían estado aprendiendo durante las sesiones de terapia. Al escuchar esto, se les hizo un elogio como familia y se percibió el efecto de la terapia Mitzvah del que habla O'Hanlon (op. cit.).

Después se profundizó en los cambios positivos que experimentaron tanto Hilda como Karla y Rosa, se les responsabilizó de estos cambios positivos, por medio de preguntarles cómo le hicieron para conseguirlos.

Se normalizó y despatologizó el sentimiento de miedo y angustia que Hilda experimentó, incluso se le ayudó a que ampliando sus excepciones previniera futuras dificultades con su familia. También se elogio a las tres sobre los cambios que habían estado manifestando.

Para finalizar esta sesión, se hizo la pausa y se les dio un elogio que re-encuadraba sus síntomas de tener miedo a ser valientes, pues se les dijo que los valientes no son los que no tienen miedo, sino que al contrario el valiente es el que experimenta el miedo y lo vence. Lo doma, tal y como ellas habían estado haciendo. Además se les dio una sugerencia que se pensó podía seguir promoviendo el cambio que se había gestado en la terapia, por medio de que hicieran cosas que disfrutaran, así como que dejaran de estar al pendiente de lo que les hacia falta.

Durante la cuarta cita de terapia se les planteó una pregunta presuposicional, que daba por entendido que las tres pacientes habían experimentado valentía en torno a sus miedos. Ante este cuestionamiento las pacientes comenzaron a expresar sus cambios positivos respecto a sus temores. Se siguió profundizando en las excepciones, aún cuando una de las pacientes comenzó a decir sus dificultades, ante esto se despatologizó, normalizó y elogiaron sus esfuerzos. Además se trabajó la responsabilidad de los avances terapéuticos por medio de preguntarles cómo consiguieron esos beneficios.

La quinta sesión inició preguntando presuposicionalmente a las consultantes acerca de cómo habían experimentado cambios en el tiempo que transcurrió entre una y otra sesión psicoterapéutica. En el comienzo de este encuentro también se les dijeron elogios y reconocimientos a sus cambios, además de normalizar el miedo que experimentaban ante sus mejorías.

También en esta sesión se tuvo la oportunidad de hacer preguntas de escala, al formularlas se expresó una gran mejoría en una de las pacientes de 0 se paso a una mejoría del 99%, mientras que la otra asistente se encontraba en un 3 y después del proceso se ubicaba en un 9.

Además, siguiendo el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, se les preguntó si después de todos estos logros en la terapia consideraban necesario asistir a otra sesión de psicoterapia, a lo que ellas respondieron que les gustaría tener una cita más. En seguida se les dejó pensando en un símbolo que englobara el significado de sus transformaciones en la psicoterapia. Luego se pasó a la pausa con el equipo y regresando se destacaron sus logros y se les dieron algunas sugerencias que podían ayudar a que el cambio se extendiera.

Después de la quinta sesión las consultantes ya no asistieron a más encuentros terapéuticos, debido en parte a los beneficios de la terapia, ya que el miedo había desaparecido, lo que le permitió a Hilda irse de vacaciones a otra ciudad, y a su hija Rosa poder trabajar. Sólo se tuvo un encuentro fuera del consultorio con Rosa con el objetivo de entregarle documentos terapéuticos que permitieran que ella y su mamá practicaran un ritual de estabilidad que recordara los recursos encontrados durante la terapia.

1.2 Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico

Para poder hacer un análisis del Sistema Terapéutico Total del que se formó parte en los equipos de terapia de los distintos escenarios de trabajo clínico, se necesitan hacer diversas observaciones según el semestre que se cursaba, así como tomar en cuenta las ideas de la Cibernética de segundo orden.

El hacer un análisis de esta experiencia por medio de la Cibernética de segundo orden, permite percibir una gran riqueza. Más cabe destacar que lamentablemente durante la participación en el equipo terapéutico del primer semestre no se tuvo una definición personal sobre la experiencia de Cibernética de segundo orden en un sentido consciente, pues en esos momentos yo carecía de la formación necesaria para poder vivir en una Cibernética de la cibernética. Por lo que en el presente trabajo se hará referencia a una participación ideal, que debió de haber sido en ese momento.

Para poder llevar a cabo un análisis basado en la Cibernética de 2ºorden, es importante tener presentes las nociones básicas de este tipo de pensamiento. La Cibernética de la cibernética o Cibernética de segundo orden, surgió para Marcelo Pakman (1996) cuando se aplicaron los conceptos de la Cibernética al propio pensamiento cibernético; para Heinz von Foerster (1996) esto surge más o menos en 1965, y ya para 1972 Margaret Mead, como presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, tituló a su discurso como “Cibernética de la Cibernética”.

Este tipo de Cibernética trasciende el enfoque simplista de la caja negra, en el cual el observador externo o terapeuta, es como un ingeniero que busca conocer, controlar o reparar las reglas en las relaciones que un sistema tiene en sus entradas y salidas de información.

Más bien en la Cibernética de segundo orden, el observador o terapeuta se sitúa como parte integral del sistema observado, con lo que se es consciente que el terapeuta describirá al sistema que observa de manera subjetiva, influido por su cultura, familia, lengua y cliente; pues en esta nueva Cibernética también se reconoce que el terapeuta influye y es influido por el paciente o cliente, con lo que se pasa así de percibir una realidad objetiva a construir la realidad, de percibir el problema a crear el problema. Ya no se identifican “sistema”, “síntoma”, “persona identificada como paciente”, “terapeuta”, “intervención”, etc., como actores separados que actúan uno sobre el otro, sino que se buscan las pautas que conectan a estos componentes en una estructura de retroalimentación.

Ante las anteriores ideas, la experiencia que se debe de tener en las prácticas de la Residencia de Terapia Familiar de la Maestría en Psicología de la UNAM, es la de un “Sistema Terapéutico Total”, en la que todos los pacientes atendidos, los terapeutas, los supervisores y el equipo de observadores, nos percibamos como un gran sistema en el que nos influimos unos a otros de forma importante. Esto no fue vivido así por mí, pues tendía a percibir que los pacientes y terapeutas eran ajenos a mis acciones en la terapia. Tampoco percibí que los terapeutas, supervisores y compañeros observadores podíamos ser influidos por los pacientes, y tampoco fui consciente de que los problemas psicoterapéuticos se co-construyen en la sesión de psicoterapia; más bien utilizando una epistemología de Cibernética de primer orden, procuraba encontrar la falla de los clientes y sus familias, así como encontrarles el remedio más adecuado que pudiera componer su “mal funcionamiento”. Mas nunca me planteé que ésa podía ser una realidad que yo y todos estábamos construyendo por medio de nuestro lenguaje.

Sin embargo es importante reconocer que también la Cibernética de segundo orden introduce en el proceso psicoterapéutico la inclusión de un espejo unidireccional y el concepto de la labor en equipo, para que se tenga una observación desde diferentes perspectivas de los distintos órdenes de recursión con lo que se convoca a comprender más claramente los circuitos de las interacciones (Ceberio & Watzlawick, 2006). Todo esto es algo que tuve la fortuna de experimentar en las prácticas del primer semestre, cosa que obliga hasta cierto punto a comenzar a vivir en una Cibernética de segundo orden, pues como observador de lo que ocurre en la terapia, se enriquecen los mapas perceptivos que se tienen como psicoterapeuta. De esta manera pude constatar como lo ha afirmado Maturana, que hay tantas “realidades” como lenguajes: o bien que no vivimos en un universo, sino en un multiverso.

Al hacer un análisis de este tipo, es importante plantearse cómo participa el observador o terapeuta en lo observado, en su visión que tiene de los pacientes; y en el caso de un observador del equipo terapéutico, cómo se participa en la percepción que se tiene de todo el Sistema Total. Con esto, como sugería Kant, más que preocuparnos en la objetividad de una observación, se tiene que tener en cuenta la responsabilidad de la observación, la puntuación de la secuencia de hechos que se hace del “Sistema Terapéutico Total”; esto último, tampoco se tuvo presente en la cotidianidad de las prácticas clínicas, pues como ya se comentó anteriormente, hubo veces en las que hasta

se buscó saber quién de los miembros del sistema era el más “objetivo”, incluso hasta hubo molestias al tratar de imponer ciertas realidades en algunas sesiones psicoterapéuticas, como cuando se buscaba cuál miembro del equipo estaba dando en el “clavo” o con la mejor observación.

En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas, en la Cibernética de la cibernética, un terapeuta interactúa con un sistema hurgando en él, introduciendo nuevas ideas en su interior y mediante otros procedimientos semejantes con variados grados de sutileza; estas interacciones influyen a la estabilidad del sistema total, que como respuesta procurará o no compensarlas. De esta manera es el sistema el que se cura y se vuelve a regular por medio de la cibernética, pero esto sólo se consigue en terapia si se practica una Cibernética de 2° orden. Cabe señalar que la totalidad del sistema permanece estable, conservando su identidad como organización autónoma particular, este orden superior de la organización es la organización cerrada del sistema: modificar esta pauta de organización equivale a destruir el sistema (Keeney, 1991). Por esta razón es importante respetar la propia autonomía de los sistemas, aunque esto no se dio en los procesos psicoterapéuticos que se tuvieron en el primer semestre, gracias a la falta de una comprensión de la Cibernética de segundo orden por la totalidad del sistema terapéutico.

Como conclusión de esta primera experiencia, pienso que sería importante que en el ejercicio psicoterapéutico se tenga plena consciencia del tipo de epistemología que se utiliza, con el objetivo de tener una práctica clínica más ética y responsable.

En las Prácticas Clínicas del segundo semestre de la Residencia en Terapia Familiar, como terapeuta, tampoco se tuvo en cuenta la visión epistemológica de la cibernética de 2° orden; incluso se recuerda, que en los dos casos que atendí, se utilizó el Modelo de Terapia Estratégica de Jay Haley, que parte de una cibernética de primer orden como epistemología. En base a lo anterior, se veía a las familias que se atendieron como sistemas descompuestos que necesitaban ser reparados por nosotros los terapeutas; obviamente este tipo de atención no es muy cibernético de segundo orden, pues se separó al paciente del Sistema Terapéutico Total.

La intervención estratégica que se realizó, suponía que se podía manipular y controlar unilateralmente a los sistemas observados, a través de las directivas que se dieron en la terapia. Mas al hacer una observación por medio de la Cibernética de la cibernética, se puede ver que lo que se hizo en el momento de las sesiones psicoterapéuticas fue bloquear la autocorrección indispensable de todo el Sistema Terapéutico Total, por lo menos al hacer las propias observaciones, planeación e intervención de los procesos psicoterapéuticos, no siendo consciente de cómo los pacientes se autocorregían, e influían en el terapeuta, observadores y supervisores. Tal fue el caso de una de las pacientes que se negó en varias ocasiones a realizar las directivas que se le sugerían en la terapia, lo que propició molestia en mí como terapeuta y en el resto del equipo, al no tomar esta negativa como una retroalimentación y auto-organización del Sistema Terapéutico Total que incluía a esta paciente y a su familia.

Siguiendo con el análisis de lo que se hizo en la terapia, se puede comprender cómo las Prácticas Clínicas Supervisadas están diseñadas para que se pueda aplicar una Cibernética de segundo orden, a pesar de que la mirada del observador no lo considere no lo considere. Esto se consigue al reconocer los órdenes de recursión superiores. Por esto se tiene a un primer subsistema que es el de los pacientes o familia sintomática, que es recalibrado por el terapeuta, éste último a su vez es retroalimentado por el equipo de terapeutas en formación, quienes también se verán a su vez influenciados por los comentarios de los supervisores formadores. Algunas veces estos supervisores formadores también se abren a recibir retroalimentación de los demás subsistemas que conforman este Sistema Terapéutico Total.

Se reconoce que la participación del equipo de supervisión resultó muy enriquecedora en mi formación, pues me ayudó a percibir aspectos del proceso psicoterapéutico que ignoraba. Aunque también, según lo experimentado en este semestre, la organización de esta actividad académica, puede resultar problemática si la organización jerárquica del sistema se vuelve rígida e inflexible, no siendo capaz de abrirse a la retroalimentación de otros subsistemas del Sistema Terapéutico Total, esto llega a ocurrir sobre todo cuando no se utiliza una retroalimentación sistémica recíproca y se opta por una retroalimentación lineal, en la que sólo se permite la retroalimentación de un lado hacia otro.

Resulta importante, que aunque se tenga una estructura que obliga a tener algunos principios de la cibernética de los sistemas observantes, se procure hacer un esfuerzo por aplicar este tipo de pensamiento de forma consciente a lo largo de la maestría, pues se tendría más cuidado de las participaciones que se tienen en las diferentes sesiones de psicoterapia de las prácticas supervisadas; también se procuraría no etiquetar a los pacientes y se respetarían sus respectivas autopoyesis. Considero esto importante, ya que en algunas de las sesiones de psicoterapia esto fue algo que faltó, pues se hacían comentarios y sugerencias que no midieron las consecuencias en la auto-organización del Sistema Terapéutico Total. Esto fue algo que sucedió en mi persona, cuando como observador y terapeuta hacia algún comentario al desempeño u observación de algunos pacientes, compañeros observadores y supervisores.

Muchas de las veces en la experiencia de las prácticas clínicas del segundo semestre, no se tuvo la visión de la Cibernética de la cibernética, que ayuda a considerar los comentarios hechos en las sesiones, como comentarios de observadores que no poseen la "objetividad", sino sólo un cierto tipo de observación de acuerdo a su experiencia y rol vivido en ese momento. En algunos momentos tampoco se respetó y escuchó la visión y observación de los sistemas considerados pacientes.

Se pudo observar la organización cerrada de los pacientes como sistemas autónomos, al ser testigos de que las intervenciones psicoterapéuticas o como dice Haley: "directivas", sólo fueron formas de interactuar con los sistemas, "hurgando en ellos", "arrojando cosas en su interior", lo que perturbó la estabilidad del sistema total, que como respuesta procuró compensarlas. Así el sistema total actuó como un homeostato capaz de mantener dentro de ciertos límites su propia organización. Al percibir todo lo vivido en este semestre de esta forma se tiene una experiencia maravillosa, de hecho hermosa, que lleva a

observar la auto-regulación del Sistema Terapéutico Total, que incluye a los pacientes y a sus familias, a los observadores y a los supervisores; de esta manera hasta las inasistencias a la terapia y los comentarios fuera de lugar tienen su estética.

También en las sesiones psicoterapéuticas llevadas a cabo en el segundo semestre se pudo observar la influencia de una “comunidad observadora”, sobre todo al analizar que se utilizan conceptos de sistemas superiores en la retroalimentación que trascendieron los muros del consultorio; así se habló de las ideas de escuelas de psicoterapia que se encuentran a miles de kilómetros de distancia, de las opiniones del sistema legal en el caso de un divorcio y de lo que ordena una institución escolar a la que pertenecía una paciente de 17 años, etc.

Al cursar las Prácticas Clínicas Supervisadas III, se incluyó en el Sistema Terapéutico Total a un subsistema de observadores. Son variadas y diferentes las funciones que pueden desempeñar los observadores en una psicoterapia, por ejemplo, los terapeutas del Modelo de Milán han elaborado toda una estructura que facilita la aplicación de la Cibernética de orden segundo en su trabajo clínico con un equipo de observadores. Paolo Bertrando y Dario Toffanetti (2004) comentan al respecto:

Una de las primeras modalidades usadas [...] ha sido la subdivisión del grupo de alumnos en dos subgrupos con tareas diferentes: grupo terapéutico y grupo de observación. [...] El grupo terapéutico trabaja como un equipo normal y asiste al terapeuta activo (un docente) en la terapia; el grupo de observación, en cambio, tiene la función de observar la interacción entre terapeuta y familia y grupo terapéutico. Al final de la sesión, la discusión ritual tiene lugar en dos tiempos: primero el terapeuta y el grupo terapéutico discuten entre ellos sobre la terapia y las hipótesis que surgen, mientras el grupo de observación se reúne en otra sala para una discusión separada. Inmediatamente después, se realiza la restitución a la familia y se abre una discusión unificada entre los dos grupos (op. cit. pp. 255-256).

En lo que respecta a las Prácticas Clínicas Supervisadas de la Residencia en Terapia Familiar de la UNAM, el trabajo con un equipo de observadores se da de una manera diferente a como se da en la escuela de los Asociados de Milán, pues en el contexto de las prácticas, los observadores desconocen la epistemología de la Cibernética de segundo orden, ya que suelen ser compañeros que apenas comienzan su formación como terapeutas familiares, lo que dificulta que puedan observar desde una perspectiva teórica la interacción entre terapeuta, familia y grupo terapéutico; ante este hecho lo que se hizo en uno de los equipos terapéuticos, fue restringir su participación como terapeutas, limitándolos a sólo observar la dinámica terapéutica, pidiéndoles que no emitieran comentarios al respecto. En otro de los equipos, se optó por integrar a los observadores al equipo terapéutico.

De hecho, es de destacar que el rol del profesor supervisor, tampoco sigue un modelo de terapia bien definido, pues se llegan a mezclar en un mismo tratamiento varios enfoques de psicoterapia, que demandarían ciertos tipos de supervisión. Por lo general en las Prácticas Clínicas Supervisadas de la Residencia en Terapia Familiar, se suele contar con una supervisión autoritaria y directiva, que se identifica más con la supervisión de un

modelo estructural, y es que es muy difícil sino que imposible, tener una supervisión en la que no se tengan jerarquías, pues la simple palabra y acción de supervisar implica una relación de superioridad y de inferioridad; quizás la solución o salida de este embrollo resulte en tener un sistema sensible a las retroalimentaciones de todo el Sistema Terapéutico Total.

Un adelanto del tercer semestre en comparación con los dos primeros, fue el hecho de que la teoría aprendida a lo largo de esos 18 meses comenzó a ser más consciente, con lo que se tuvo más conocimiento de formar parte de un Sistema Terapéutico Total que construye y disuelve problemas, según la lógica de las Terapias Posmodernas.

Para el cuarto semestre, después de conocer las propuestas de las Terapias Posmodernas, se comenzó a tener una visión más global y abarcadora del Sistema Terapéutico Total; así fue como se empezó a cuestionar qué hacer un análisis de la "Totalidad" era incurrir en una paradoja, pues para poderlo realizar era necesario dejar de percibir la totalidad. Por eso, se propone, que quizás más que analizar, es necesario buscar los puntos de retroalimentación que se tienen entre los diferentes elementos del sistema terapéutico, con el fin de observar como se co-construye la realidad dentro del proceso psicoterapéutico entre cada una de las personas que participan en él, por medio de diferentes roles.

Esta última idea fue la que más se vivió en el último semestre de la Residencia, pues ahora sí, con plena conciencia podía percibir como cada parte del Sistema Terapéutico Total influía en los demás por medio de sus conversaciones. Era muy evidente que el lenguaje de cada participante de la terapia podía construir un problema más agobiante, así como una posibilidad más terapéutica y benéfica para todo el sistema creado por el problema. Todo esto se consiguió después de dos años de formación teórico-práctica, lo que lleva a concluir la importancia formativa al ser parte de un Sistema Terapéutico Total de forma consciente.

2.- Habilidades de Investigación

2.1 Reporte de investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa

Reporte de Investigación Cuantitativa

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

La revisión de los expedientes permite conocer a la población que requiere de los servicios clínicos, así como las características de la atención terapéutica ofrecida, pues los expedientes contienen información que abarca desde el inicio hasta la finalización del tratamiento. Este estudio tuvo como objetivo conocer las características de los usuarios y del servicio de la Clínica de Terapia Familiar de la FES de Iztacala de la UNAM, para ello se retomó el modelo de revisión de expedientes clínicos del ámbito médico, dado que no existe un modelo propio de los expedientes psicológicos. Los resultados encontrados mostraron las características más relevantes de la población y el servicio de la clínica;

pero es importante mencionar que los expedientes reflejaron algunas deficiencias en cuanto a la elaboración y archivado de los mismos.

En lo que respecta al método, la población de la investigación comprendió a las familias que se atendieron en la clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala desde septiembre de 2003 hasta diciembre de 2007.

El procedimiento de esta investigación consistió en describir las características de las familias que acuden a consulta a partir de los datos de los expedientes clínicos archivados. En una primera fase se habló con la coordinadora de la residencia en terapia familiar, se le presentó el proyecto y se llegó al acuerdo de iniciar la revisión de expedientes en marzo de 2008. Para la recolección de los datos del expediente, se diseñó una base de datos en el paquete SPSS 10.0, en ese mismo periodo. La segunda fase consistió en acudir a la clínica de terapia familiar para la revisión y captura de datos de los expedientes, lo cual se llevó a cabo en dos sesiones de 6 horas cada una. En total se revisaron los 130 expedientes archivados hasta ese momento, los cuales, primero fueron ordenados por fecha, y luego se capturaron los datos correspondientes. La tercera fase se desarrolló durante los meses de abril y mayo, consistió en hacer el análisis de los datos capturados. La cuarta y última fase, se desarrolló en el mes de mayo, en ella se hizo la integración, redacción y discusión de los datos obtenidos.

Los resultados que se encontraron fueron los siguientes:

Con respecto a quién solicitó el servicio se encontró que es la madre quien más lo hace, con un porcentaje de 64.6%. En cuanto al número de miembros de la familia que acudieron a terapia se observó que en el 36.9% de los casos se presentaron 2 personas, el 21.5% acudieron 3 personas, el 20.8% 1 persona, el 13.1% 4 personas y el 7.7% corresponde a 5 o más miembros de la familia.

Los motivos de consulta más frecuentes se refieren a los que tienen que ver con problemas relacionales, los cuales corresponden al 83.1% de la demanda. En base a los resultados se observó que la estructura familiar más común fue de familias conformadas por 5 o más integrantes, que representaron el 41.5% de los casos.

Se encontró que la etapa del ciclo vital de la familia más presentada en los expedientes, fue la de Familia con hijos adolescentes en un 46.2% de los casos. En cuanto a la modalidad de terapia el 80% fue familiar. El promedio de número de sesiones fue de 4.75 siendo lo más frecuente 1 sola sesión que corresponde al 20.8% de los casos atendidos, seguido por el 15.4% correspondiente a tratamientos de 5 sesiones.

En cuanto a los modelos de Terapia Familiar Sistémica más utilizados, se encontró que lo más frecuente es que este sea indefinido en un porcentaje de 36.9%, el 26.2% corresponde a una mezcla de modelos, y a éste le sigue el modelo estructural con 24.6% de los casos. De acuerdo a los expedientes el 50% de los casos fueron dados de baja.

Se encontraron como resultados más frecuentes los casos con escasa mejoría en un 34.6% y los casos sin modificación con el 33.1%. Se pudo apreciar que el año en el que se atendió un mayor número de familias corresponde al 2004 con 40, mientras que en el 2003 se le dio servicio a 36 de los 130 casos analizados.

Al realizar esta investigación, se pudo observar que la mayoría de los expedientes clínicos revisados no estaban completos, sobre todo porque no especificaban el fin del tratamiento. Ante estos datos, se sugirió a la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala que estableciera un formato de cierre de expediente en donde se especifique el estatus en el que se dio fin al proceso, tomando en cuenta las opciones de alta o baja, y su motivo. También se sugirió dar seguimiento y mantener actualizada la base de datos generada a partir de este estudio.

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

Reporte de Investigación Cualitativa

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

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

En respuesta a esta inquietud, se elaboró un proyecto de investigación con metodología cualitativa, con el fin de conocer las representaciones y construcciones sociales alrededor de la terapia que tenía una familia que había acudido a psicoterapia en la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala.

Para poder llevar a cabo este proyecto, se eligió a una familia basándonos en el muestreo de casos típicos, es decir, los casos en los que el éxito o el fracaso son característicos en relación a la mayoría de ellos (Flick, 2004). En esta investigación la familia elegida fue un caso típico de éxito que se caracterizó por haber sido dada de alta una vez resuelto el síntoma que los llevó a consulta, lo cual fue reportado por la terapeuta que atendió a la familia así como por su supervisora, como un caso con evidente mejoría.

La modalidad del estudio fue instrumental, pues permitió conocer y comprender un problema más amplio a través del conocimiento de un caso en particular; proporcionando la posibilidad de iluminar las condiciones que afectan, no sólo al caso seleccionado, sino también a otros (Valles, 2000; Vázquez y Ángulo, 2003). Pues al conocer las construcciones que la familia entrevistada tiene entorno a la terapia familiar, nos permitió

tener una idea aproximada de cómo piensan otras familias sobre el mismo tema, aunque el principal objetivo era la comprensión del caso concreto, que ofrecía las mejores y mayores oportunidades de aprendizaje.

Una de las estrategias que se utilizó fue la entrevista estandarizada abierta, en la que según la clasificación de Patton (1990 citado en Valles, 2000) se emplea un listado de preguntas ordenadas y abiertas. Decidimos hacer este tipo de preguntas porque se pretendía que las respuestas de los sujetos fueran espontáneas y libres pero centradas en el tema de interés, éste tipo de entrevista nos permitió indagar en las diferentes construcciones que tenía la familia en base a su experiencia terapéutica.

Antes de realizar la entrevista se discutió sobre las dimensiones que se tendrían que abordar para poder acceder a las construcciones que la familia tenía sobre la terapia familiar sistémica, antes y después de acudir a un proceso terapéutico. Así pues, se llegó al acuerdo de explorar a través de preguntas en cuanto al: motivo de consulta, percepción del cambio, alianza terapéutica, percepción de los recursos familiares, expectativas respecto a la terapia, percepción de nuevas necesidades, sugerencias respecto a la terapia, y también sobre las construcciones familiares respecto al proceso terapéutico. Con todo lo anterior se consideró que se podrían hacer las siguientes preguntas: ¿qué tipo de proceso de cambio lleva a la familia a terapia?, ¿cuál es la construcción de la realidad acerca de la misma?, ¿cómo se les ocurrió?, ¿a quién? y ¿para quién es importante asistir a un proceso psicoterapéutico?, ¿cuándo ir?, ¿qué idea tienen de lo que pueden resolver o no en estos encuentros?, ¿por qué deciden en ese momento consultar a un psicoterapeuta?, ¿qué es lo que provoca la terapia y cuánto debe durar un proceso de este tipo?, ¿cómo visualizan al terapeuta?, y ¿cómo debe ser éste?, además de conocer cómo se establece el vínculo terapéutico.

Una vez construido el guión de entrevista, se procedió a elegir un caso típico de éxito que fuese relativamente reciente y se buscó conseguir su colaboración. Para ello se llevó a cabo la negociación desde la llamada telefónica en la que se les mencionó la finalidad de la investigación y ya en presencia de toda la familia se les explicó que una vez concretado el estudio se les haría partícipes de los resultados, de igual forma se les informó sobre la confidencialidad de sus aportaciones enfatizando que el material grabado así como las respuestas que nos dieran serían únicamente utilizadas por el equipo de investigación.

La familia entrevistada, está conformada por los padres y dos hijos varones, de seis y once años respectivamente, siendo el hijo mayor el paciente identificado. Todos los integrantes acudieron a la clínica de terapia familiar durante el periodo comprendido de septiembre a diciembre de 2007, y nos concedieron la cita para obtener los aportes de su experiencia el 12 de abril de 2008. La entrevista se llevó a cabo en el hogar de la familia, con todos sus miembros presentes y fue videograbada con una cámara Sony Handycam DCR-SR42, por los 3 integrantes que conformábamos el equipo de investigación.

Durante el periodo de abril y mayo de 2008, se trabajó sobre la transcripción y análisis de la entrevista. Para ello, toda la información generada fue puesta en formato digitalizado y para su análisis se utilizó la herramienta informática para el análisis cualitativo de datos

textuales Atlas-ti 4.1, donde se crearon códigos y familias de categorías que nos permitieron analizar los resultados, mismas que se presentan a continuación.

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

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

Un aspecto interesante en cuanto a la concepción de la terapia familiar es el hecho de que los entrevistados comentaron su preferencia hacia este modo de trabajo, en donde expresaron tener la ventaja de poder compartir el proceso de su hijo y participar de éste, generando cambios no sólo en el paciente sintomático sino en todos los miembros del sistema familiar. Con respecto a la idea de lo que se puede resolver en terapia, las respuestas de los entrevistados nos hacen suponer que consideran que sirve para superar dificultades en su vida familiar, escolar o social. En alusión a la duración ideal de la terapia, encontramos que los pacientes consideraron que un año es un periodo idóneo para que una familia haga cambios significativos.

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

De igual forma, llamó la atención que para el niño identificado como paciente, la característica más importante que tiene que tener un terapeuta es el ser como un amigo, esta última frase refleja un aspecto que a nuestro parecer todo psicoterapeuta debiera tener siempre presente.

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

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

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

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

3.- Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria

3.1 Elaborar y presentar productos tecnológicos que sirvan para la atención de los usuarios o para programas de prevención en la comunidad, o bien para los programas de formación de los terapeutas

A lo largo de la Residencia se realizaron diversos productos tecnológicos, la mayoría de éstos, son manuales y videos que de una manera didáctica muestran las técnicas de algunos de los Modelos de Terapia Familiar.

A continuación se muestran los productos tecnológicos que se elaboraron según el Modelo psicoterapéutico:

Modelo Terapéutico	Productos Tecnológicos
Modelo Estructural	Se elaboró un manual y un video.
Modelo de Terapia Estratégica	Para este modelo de terapia sólo se filmó un video.

Modelo de Terapia Breve del MRI	Se hizo un manual y un video.
Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones	Se realizó un manual y un video didácticos.

Los videos que se filmaron, muestran de manera gráfica la aplicación de los modelos psicoterapéuticos ante distintas problemáticas presentadas por personas que acuden a una consulta psicoterapéutica. Es importante señalar, que por motivos de confidencialidad se optó por videograbar actuaciones elaboradas por los miembros del equipo de terapia, basadas en los casos atendidos en las Prácticas Clínicas Supervisadas. Es obvio que también por motivos de confidencialidad se decidió cambiar y omitir los nombres originales de los casos que aparecen.

Al ver el video, primero aparecerá una introducción con los datos de la maestría y residencia. Después se pueden observar las intervenciones principales de los distintos Modelos de Terapia.

Se destaca que la elaboración de este producto tecnológico es una propuesta que enriquece la formación del terapeuta familiar sistémico, pues obliga a aplicar las técnicas revisadas en el material teórico, que antes era sólo posible ver en la imaginación, y que después de filmar este trabajo, es posible observarlas en cualquier monitor que cuente con un reproductor de DVD.

Con respecto a los manuales, éstos contienen para cada enfoque psicoterapéutico: antecedentes del Modelo de Terapia, sus fundamentos teóricos, el proceso de terapia que propone y sus técnicas. Con el objetivo de que lo narrado en este escrito sea más claro se ponen ejemplos a través de viñetas de casos.

Estos materiales pueden ser útiles para cualquier psicólogo o terapeuta que quiera conocer de forma sencilla y gráfica los Modelos de Terapia Familiar arriba citados.

3.2 Desarrollar y presentar programas de intervención comunitaria

En el transcurso de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar se desarrollaron 2 programas de intervención comunitaria, ambos dirigidos a psicólogos y a terapeutas egresados y en formación. El primero de ellos fue titulado como: “Programa para superar la violencia” y se presentó a 1 grupo de estudiantes de la carrera de psicología de la FES Iztacala, a 1 grupo de estudiantes de la Maestría en Terapia Familiar de la Universidad Autónoma de Tlaxcala y a 1 Grupo de psicólogos del DIF de Tlaquepaque, esta última presentación del mismo taller fue bajo el nombre de: “Comunicación no violenta: taller para terapeutas”. El objetivo de este programa era presentar una alternativa más de intervención al problema de la violencia.

El segundo programa de intervención comunitaria, se hizo en intervención en crisis; éste es muy amplio y ha tenido diferentes nombres según la exposición del mismo. Así se le ha llamado: “Crecer a partir de la crisis”, “La intervención en crisis desde las psicoterapias breves sistémicas” y “Una propuesta cibernética y sistémica de intervención en crisis y

psicoterapia breve”. Este programa también se ha presentado en diferentes escenarios, como fue el caso de los compañeros de la 7° generación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala, los psicólogos y personal del DIF Tlaquepaque, además de algunos de los estudiantes de Licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma de Campeche. El objetivo de este programa ha sido, aplicar los conocimientos e ideas de las Terapias Sistémicas-Cibernéticas y de las Terapias Posmodernas al tema de la crisis en general, demostrando que el pensamiento de este tipo de terapia puede hacer muchas aportaciones a las actuales crisis que se viven a nivel mundial.

3.3 Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado en foros académicos

Presentación de ponencia en la mesa temática: “Experiencia en Investigación en Terapia Familiar Sistémica”

El tipo de evento al que se asistió fue al II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología, llevado a cabo los días 18 y 19 de agosto de 2008 en la F.E.S. Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En este Congreso se expusieron los trabajos en investigación de los alumnos de Doctorado y Maestría en Psicología de la UNAM

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

En esa mesa temática se expusieron los resultados de la investigación: “Representaciones y construcciones mentales alrededor de la terapia”, que se divide en dos tipos de análisis, uno cuantitativo, que indaga sobre las características de los usuarios y del servicio en la clínica de terapia familiar de la FES Iztacala; y otro cualitativo que profundiza en las opiniones de una familia antes y después de acudir a terapia.

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

En la exposición se presentó:

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

El tiempo para hacer esta presentación fue de 20 minutos.

4.- Habilidades de compromiso y ética profesional

4.1 Discutir e integrar las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional

En una profesión tan importante y trascendente para el bienestar de las personas como lo es la terapia familiar, resulta vital en la formación de los terapeutas, tomar en cuenta las consideraciones éticas pertinentes, que ayuden a tomar decisiones complicadas ante determinadas situaciones. Pues es de esperarse que en la práctica profesional de un psicoterapeuta, se presentaran numerosos sucesos que le plantearan al clínico súbitos dilemas éticos.

Para poder discutir consideraciones éticas, se requiere de un marco epistemológico, pues la ética siempre depende de algún tipo de pensamiento filosófico, así lo que para algunos resulte ético para otros no será así, pues todo dependerá de la teoría de la que se parta para calificar algo como ético o como no ético, ya que son los diferentes tipos de pensamientos o epistemologías los que llegan a determinar: qué está bien o mal, qué es útil o inútil, qué inadecuado o adecuado en una determinada situación.

Por lo anterior es muy importante ubicar que en este texto se hablará de la ética desde ciertos Modelos de Terapia Sistémica y desde ciertos Modelos de Terapias Posmodernas, siempre haciendo referencia a la experiencia que se tuvo a lo largo de toda la Residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala en las Prácticas Clínicas Supervisadas.

El primer Modelo de Terapia Familiar que se aplicó en las prácticas de la Residencia fue el Modelo de Terapia Estratégica de Jay Haley, son varias las consideraciones éticas que este autor hace.

Haley (1976) menciona que al utilizar su modelo psicoterapéutico se plantean dos dificultades: por un lado las de intercambio justo, y por el otro el del control de la información.

El primero se refiere al equilibrio entre lo que se da y se recibe; éste, dice Haley (1976), es propio de cualquier profesión; en el terapeuta esto se ve porque al mismo tiempo que el terapeuta es un individuo humanitario que ayuda a quienes necesitan de él, también al mismo tiempo gana dinero con esa ayuda. Haley comenta, que no es ético aceptar dinero sin brindar a cambio un servicio apropiado, como tampoco lo es obtener algún provecho personal sin retribuir al terapeuta con una remuneración suficiente. En el segundo semestre se tuvo una dificultad ética de este tipo, cuando una de las pacientes sólo pagó una de las cinco sesiones que se le brindaron, por lo que se consideró en el equipo terapéutico esta situación; la decisión que se tomó en ese momento fue el de permitirle a la paciente seguir asistiendo a las sesiones, más se le recordaba en cada una de ellas la importancia de que realizará su pago con puntualidad; se optó por esta decisión al pensar que la terapia era algo que realmente requería esta persona y su familia, situación que comulgaba con la misión de la Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala.

Dentro de esta misma idea, Jay Haley (1976) recomienda que por eso es necesario fijar un objetivo en la terapia, con la motivación de evaluar su efectividad, así, si el terapeuta no cumple con su misión, tampoco logrará su paga, por este motivo últimamente algunos psicoterapeutas han propuesto la idea de cobrar por tratamiento, más que por sesión, una vez que se obtiene el resultado deseado en la terapia.

La otra dificultad ética que plantea el autor del libro *Terapia para resolver problemas*, es el de control de la información. Haley (op. cit.) comenta que si existe un riesgo de hacerle daño a una persona trayendo ideas a su conciencia, el terapeuta enfrenta un problema ético.

Respetar el límite interno de los individuos puede considerarse tan importante como respetar los límites entre las personas; visto así, el control hábil y experto de la amnesia se transforma en parte esencial de la terapia. También esta idea surgió en las prácticas del segundo semestre, en el momento en que una paciente, narró sus dificultades con su esposo; ante esta información se le sembró la idea de considerar la opción de un divorcio; para la siguiente sesión la paciente decía estar decidida a no esforzarse en su relación de pareja, pues había pensado en la idea que le habíamos sugerido de divorciarse, por lo que nos hizo la pregunta: “¿cómo ven mi decisión, está bien o está mal?” Al sentir la responsabilidad de esta cuestión, yo y el equipo terapéutico recurrimos a la ética, al considerar que esto era un problema de decisión y responsabilidad; ante esta situación se optó por no decidir por la paciente, sino por hacerle ver que esa era una decisión que ella tenía que tomar después de contemplar las consecuencias de sus opciones, por lo que se le dijo que para poder optar por algo tenía que esperar un tiempo a que ella tuviera claro que era lo que quería, con esto se dejó que el sistema se auto-regulara de forma independiente ante la nueva información que se introdujo en el sistema.

En el control de la información es discutible el hecho de esconder información al paciente, pues en muchos momentos de un proceso psicoterapéutico estratégico, el terapeuta se verá obligado a ocultarle al cliente sus verdaderas ideas y manipulaciones, con el fin de que éstas tengan un efecto deseado.

En el Modelo de Terapia Estratégica, no se considera necesario que el paciente sea consciente de qué fue lo que más le ayudó, pues se tiene la creencia que esto no lo beneficiaría, ya que un síntoma no surge ante una inconsciencia, sino ante una función que puede ser satisfecha de otra manera; esto se piensa de esta forma para poder enfrentar mejor las resistencias. En las supervisión clínica del segundo semestre, me topé ante esta disyuntiva ética, cuando a una de las pacientes se le prescribió su síntoma, fue una sensación rara pues se le estaba ocultando la verdad de dicha tarea, por lo que se tuvo que incurrir en ciertas estrategias de ocultamiento de la información que justificaran la descabellada tarea. Se justifica este acto alegando que esto se hace en beneficio del paciente, quien no sabe como el terapeuta experto, que es lo que más le conviene. Haley llega a comentar que en todas las terapias se realiza este tipo de acciones, aún en las más posmodernas, pues éstas, tampoco explican a sus pacientes el por qué de sus acciones en las sesiones de psicoterapia.

Otro dilema ético que surgió en las Prácticas Clínicas, fue el haber hecho una coalición con la cliente de la terapia que asistía a consulta, en contra del marido que se mostró siempre desinteresado por acompañar a su esposa, pues se puede decir que en este acto se dotó de herramientas a la esposa en contra del marido, lo que ocasionó que este último estuviera en desventaja. Se optó por esta decisión después de que se invitó al cónyuge en varias ocasiones; además se pensó que esto podría mover al sistema hacia otra forma de interacción, que de seguro como todo sistema inteligente iba a encontrar su manera de auto-regularse.

Ante la experiencia de haber trabajado con un equipo de supervisión, se percibe que hacer terapia de esta manera tiene muchas ventajas éticas, ya que de esta forma es menos probable que el terapeuta imponga sus ideas a los clientes que reciben la psicoterapia. Sin embargo es necesario tomar en cuenta que el reunir a un equipo es complicado, con lo que se puede correr el riesgo de que se privilegie la comodidad de los miembros de éste, por las necesidades y posibilidades de los pacientes.

Lamentablemente en estas prácticas se dio una situación de este tipo, cuando una de las pacientes que acudía a terapia para su tercera sesión seguía hablando de sus problemas, cerrada a hacer otro tipo de comentarios; ante esta actitud los miembros del equipo terapéutico nos mostrábamos cansados de escucharla y dispuestos a ya no atenderla, sin embargo una supervisora externa fue la que ayudó a que el equipo volviera a encontrar el interés por atender terapéuticamente a esta paciente, ya que comentó que según las ideas de Cecchin no estábamos siendo neutrales, por lo que recomendó que fuéramos más curiosos para con la paciente, y para con nosotros mismos como equipo de terapia; así fue como entre nosotros mismos como Equipo Terapéutico Total, comenzamos a cuestionarnos qué era lo que ocurría; estas preguntas de cierta forma también se preguntaron a la paciente, lo que hizo que la terapia tomara otra dinámica.

Para el tercer y cuarto semestre de la Residencia en Terapia Familiar, se optó por aplicar en las prácticas supervisadas una perspectiva y modelos posmodernos, lo que conllevó a adoptar un pensamiento distinta al de Jay Haley. Para poder hablar de ética desde una visión posmoderna, se necesita entender que no existe una realidad que juzga lo que está bien o lo que está mal, pues en este tipo de pensamiento todo conocimiento y ética es subjetiva y trazada por un observador, en un pensamiento de este tipo lo que cuenta es la responsabilidad con la que se hacen las observaciones (Keeney, 1991).

Fueron varias las experiencias vividas en las prácticas supervisadas del tercer y cuarto semestre de la Residencia en Terapia Familiar, de todas éstas, hubo algunas que incomodaron a un servidor; éstas serán las que se decidió abordar en el presente análisis, pues son situaciones que llegan a cuestionar si lo que se hizo beneficia o no a los pacientes que acuden a recibir ayuda en un proceso de psicoterapia, objetivo principal de nuestro trabajo; así como a los terapeutas y supervisores que también se involucran en este proceso de salud mental.

La primera situación que me gustaría profundizar, tiene que ver con una actividad que se realizó antes de que comenzara la atención a los pacientes; esta dinámica consistió en la exposición de los genogramas de los alumnos de tercer semestre que eran parte del equipo terapéutico, ante dos de las supervisoras de las prácticas. La exposición de las familias de los terapeutas, fue una experiencia difícil y violenta para quien esto escribe, pues ambas supervisoras al revisar la información expuesta, se burlaban y opinaban “agresiva” y “groseramente” contra lo que se les exponía según mi percepción, pues decían comentarios en los que usaron palabras altisonantes, se reían y expresaban sus hipótesis de tramas macabras de traición y patología de todas las familias de los terapeutas en formación, como si fueran verdades incuestionables. Esto ocasionó que se creara un cierto miedo hacia ellas, así como un descontento que se vio reflejado en el desempeño del equipo terapéutico total, según los comentarios que se tuvieron entre los compañeros de la Residencia.

La justificación de este ejercicio, era que las supervisoras querían que los terapeutas fuéramos conscientes de nuestras posibles debilidades y temas en los que podríamos tener problemas a la hora de atender a una familia en terapia. Esta hipótesis la llegaron a tener como una verdad y así la defendieron, por lo que no había manera de dar una opinión diferente, y menos si se toma en cuenta que tenían una autoridad y jerarquía rígida durante las prácticas clínicas. Se hace este señalamiento, con el objetivo de entender lo que ocurrió, pues no se había tenido oportunidad de redactarlo, y también se escribe con el objetivo de introducir información en el sistema de la Residencia, que consiga que se tenga una regulación o auto-regulación en beneficio de todos sus elementos.

En esta misma sede de prácticas supervisadas, se tuvieron sesiones en las que se agredió a los pacientes de manera verbal, por parte de las supervisoras, expresándoles palabras que pueden ser consideradas ofensivas. En este mismo tono, no se les pedía opinión a los terapeutas a cargo de las sesiones psicoterapéuticas para poder realizar estas intervenciones, sino que simplemente fueron acciones que se hicieron, sin contemplar el acuerdo del equipo terapéutico y el plan que el terapeuta había diseñado o tenía en mente para realizar.

También en muchas de las acciones terapéuticas que se produjeron en esa sede, se dejó de lado el objetivo terapéutico de los pacientes, y se optó por seguir los objetivos que las supervisoras consideraron convenientes, según su experiencia y prejuicios. En algunos casos, estos objetivos eran completamente contradictorios y antagónicos de lo que buscaban los clientes. En todas estas situaciones, según las distinciones trazadas por un servidor, se dejó de tener el respeto hacia el otro, pues no se aceptó su existencia, ni se validó como miembro de un equipo terapéutico que incluye incluso a los consultantes.

Con este tipo de prácticas, considero, que se contribuyó a construir un problema terapéutico en una de las pacientes, pues se le dijeron tantas hipótesis tan negativas, que ésta las asumió como verdades, y en el transcurso de la terapia se notó un empeoramiento en su persona y en sus relaciones con otros, más que un mejoramiento. Todas estas situaciones se dieron bajo la lógica de las supervisoras, que pensaban que

en algunos casos y sesiones es bueno sacudir y movilizar a los pacientes por medio de la confrontación exagerada, de lo que ellas consideraban malo o inadecuado; esto se hacía gritando y expresando groserías hacia los pacientes, la homeostasis y estabilidad problemática de ciertos sistemas que acudieron a terapia.

Cabe destacar que algunas de las personas que experimentaron estas intervenciones quedaron satisfechas, y es más hasta presentaron cambios. Esto retroalimentó este tipo de dinámicas en el grupo de terapia; sin embargo hubo otros casos en los que esto no benefició, sino que ocasionaron que las personas se dieran de baja; ante esto último no se estuvo abierto a una retroalimentación más profunda que analizara estos hechos, sólo se comentaba, que esa intervención había introducido enojo, y el enojo movilizaba a las personas.

En otra de las sedes se tuvieron otras situaciones, dignas de tomarse en cuenta para un análisis ético; éstas tienen que ver también con la supervisión, que en la pre-sesión y en la post-sesión, la supervisora tendía a insultar a los pacientes cuando estos no estaban presentes, por medio de expresar abiertamente los prejuicios, burlas o cualquier otro comentario que expresaba negatividad hacia sus personas o sus interacciones. Para esto, no se sabe qué tanto estos comentarios lleguen a afectar el desempeño del equipo de terapeutas en formación, que ahora puede trazar una distinción con todos los prejuicios que se mencionaron y que se cree que no son terapéuticos.

Este análisis ético no estaría completo si no se toma en cuenta la responsabilidad que se tiene como alumno y supervisado de la Residencia en Terapia Familiar. Pues se reconoce que ninguno de nosotros como alumnos fuimos capaces de señalar estos problemas en su momento, por tener miedo a las represalias que se puedan tener en la calificación, pues al depender de una beca, que a su vez depende de una calificación, se es cómplice de nulificar el proceso de retroalimentación de la práctica profesional, con lo que se pierde la oportunidad de que la formación de la maestría mejore, condenándola a no ejercer todo lo que puede dar un plan de tiempo completo como lo es el plan de estudios de la Residencia en Terapia Familiar de la Maestría en Psicología de la UNAM.

Asumo la responsabilidad de todas las distinciones que anteriormente tracé con mis comentarios, reconociendo que ésa es mi perspectiva y experiencia subjetiva de estos eventos, pues acepto que pueden existir otras visiones y construcciones de estos hechos; como ya se explicitó el motivo por el que he decidido comentarlos no es para causar ningún daño al Sistema Terapéutico Total de la Residencia, sino que se intenta retroalimentar y co-construir un sistema más benéfico para todos.

Por otro lado, se reconoce que también hubo una mejoría muy importante en mi persona como terapeuta gracias a la supervisión y al contacto con el equipo de terapeutas de la Residencia en Terapia Familiar, pues gracias a estas relaciones, pude enriquecer mi percepción, responsabilidad y valores a la hora de hacer terapia. Un ejemplo de lo anterior fue el haber aprendido a ser más sensible y paciente hacia las situaciones que presentaron los consultantes a los que atendí. También se me ayudó a ser más consciente de mi lenguaje no verbal que podía impedir un mejor desempeño durante las

sesiones de psicoterapia, esto sólo por mencionar algunos de los muchos y varios detalles en los que se me benefició, pues además durante estos dos años de formación académica, se me formó en el arte de hacer terapia de una manera más formal y ética al mostrarme cómo llevar un expediente clínico de manera adecuada, así como el saber cómo aplicar diferentes Modelos de Psicoterapias Sistémicas y Posmodernas.

Algo que también es muy importante destacarse, es el hecho de que en el cuarto semestre se tuvo un particular cuidado y responsabilidad en el lenguaje que se utilizó en los encuentros psicoterapéuticos con los pacientes, pues como parte de la formación que se construyó en los cuatro semestres, se tenía una mayor consciencia de los efectos de lo que se decía a las familias y de las preguntas que se les hacían.

Como conclusión, es importante que como terapeutas seamos conscientes todo el tiempo de nuestra responsabilidad en el momento de la terapia, en cada uno de los actos que hacemos, pensamos, sentimos, y sobre todo de lo que decimos, pues de este cuidado puede depender el bienestar de familias y sistemas enteros, incluyéndonos en ellos, ya que también tarde o temprano se pagan las consecuencias de desempeñar una praxis inadecuada.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

1.- Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Es impresionante el gran número de habilidades y competencias profesionales que adquirí en estos dos años de Residencia en Terapia Familiar. Lo primero que me gustaría destacar son los conocimientos teóricos sobre la epistemología, pues han sido los aprendizajes más útiles para comprender y utilizar los distintos modelos de terapias sistémicas y posmodernas; además también han sido de gran ayuda para entender la lógica y manera de pensar de los pacientes que he atendido a lo largo de toda la residencia.

Estos conocimientos epistemológicos se conocieron a través de las clases y leyendo a los principales pensadores de las terapias sistémicas y posmodernas. El primero que quiero destacar es a Gregory Bateson, de la lectura de sus libros entendí la importancia de poder tener un cambio epistemológico, al comprender que todas las cosas están relacionadas entre sí, por medio de la “pauta que conecta”. También reconozco la invaluable “visión binocular” que el mismo Bateson recomienda para entender las relaciones o interacciones entre personas, también valoro su idea de que: “información es la diferencia que hace una diferencia”, así como todas sus observaciones sobre la comunicación e interacciones que después llevaron a Watzlawick, Jackson y a Beavin a escribir el libro de: *Teoría de la comunicación humana*, y que decir de “los niveles lógicos de la comunicación”, a partir de los cuales Bateson propone la idea de metacomunicar. Y por último quiero comentar el impacto que en mí tuvo conocer la idea de mente como algo externo a las personas, como algo más que psicológico, relacional. Estas son sólo algunas de las ideas que quiero resaltar de Bateson, pues sus aportaciones son de una riqueza que es imposible describir en unas cuantas líneas.

El haber conocido y podido comprender el pensamiento de Bateson es algo con lo que podría estar más que conforme, pero mi fortuna no terminó ahí, pues también tuve la dicha de ampliar las ideas batesonianas a través de los escritos de Bradford Keeney; él es quien me permitió entender por qué Bateson juzgaba a la cibernética como el mayor mordisco del fruto del árbol del conocimiento que el hombre hubiera dado en los últimos dos mil años, pues con él pude analizar cómo es que los sistemas nos auto-regulamos, estas ideas se complementaron al leer a Heinz von Foerster y a Marcelo Pakman, con quienes confirmé que los sistemas consultantes son autónomos y capaces de reorganizarse por medio del lenguaje; fue con estos autores que empecé a introducirme en la epistemología posmoderna constructivista.

El construccionismo social también fue uno de los conocimientos que más me impactó, pues antes de estudiar esta maestría no había caído en cuenta de la importancia que tiene el lenguaje para construir la realidad de una comunidad según ciertos intereses sociales y políticos, por lo que conocer esta epistemología me permitió entender y vincular a la psicoterapia con las teorías sociales, cumpliendo mi sueño de ligar el sistema familiar

con sistemas más amplios, esto se lo debo sobre todo a los libros de Kenneth Gergen, de Harlene Anderson y de Michael White.

Es imposible que al hacer un recuento de todo lo aprendido en epistemología, me olvidé de Edgar Morin, pues gracias a él ahora acepto la idea de la complejidad en todo lo que existe.

Todas estas ideas, fueron concretadas por los escritos de otro puñado de autores que se leyeron como parte de los diferentes modelos de psicoterapia que se revisaron. El primer autor que se nos presentó fue Salvador Minuchin y su Modelo de Terapia Estructural, esta forma de hacer terapia me enseñó a cuestionar los síntomas, estructura y realidad de un sistema como parte de un proceso de psicoterapia.

Otro modelo de terapia fue el del MRI, con el que se tuvo una clara comprensión de la historia de la terapia familiar, así como el uso que esta forma de psicoterapia le dio a las ideas cibernéticas de Bateson; a través de estudiar este modelo también se pudo profundizar en el cambio de los sistemas. Como una evolución del MRI y del Modelo Estructural, se analizaron las ideas de Jay Haley en su Modelo Estratégico. Al revisar estos dos enfoques no se pueden olvidar las aportaciones del gran Milton Erickson.

Además se nos presentaron las ideas sistémicas de Bateson a través del Modelo de Terapia de Milán y de los Asociados de Milán, esto sucedió al mismo tiempo que conocía al Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, el que reconozco que fue el enfoque de terapia que más me agradó y que es el que pienso utilizar en mi práctica profesional. Por último conocí a las ideas de los Modelos Narrativos, Colaborativos y del Equipo Reflexivo.

Con todos estos conocimientos sobre terapia me siento un terapeuta más competente que sabe lo que hace en una encuentro psicoterapéutico, sin embargo, los conocimientos recibidos no terminan ahí, ya que también se nos presentaron en la maestría otros conocimientos complementarios a las ideas sistémicas y posmodernas que tienen que ver con metodología de la investigación, con la medición y con la evaluación, así como con otras teorías y modelos de intervención alternativos a las ideas de las Terapias Sistémicas y Posmodernas.

Además todo esto fue reforzado por las Prácticas Clínicas Supervisadas en los cuatro semestres, con lo que estas ideas no sólo quedan a un nivel teórico, sino que se integraron en varias intervenciones a sistemas familiares.

2.- Incidencia en el campo psicosocial

Considero que la incidencia en el campo psicosocial al estudiar esta residencia es todavía poca, pues al ingresar a este programa se optó por dejar de lado otras actividades que no fueran las de dedicarse a tiempo completo a la maestría, así que no se ha tenido oportunidad en la actualidad, de explotar todo lo aprendido en la residencia en el campo social, pues casi no se tiene contacto con éste. Sin embargo, en estos dos años que duró la residencia, se han creado y construido ideas mejor fundamentadas en la teoría

sistémica-cibernética y posmoderna que pueden ayudar a México por medio de diferentes programas. De hecho esta tarea se comenzó a hacer a pequeña escala por medio de la elaboración de algunos productos tecnológicos como manuales, videos y programas de intervención, pero estos, no significan para nada todo lo que se puede hacer una vez que ya se tenga una mayor relación con el campo social, una vez que se hayan cubierto todos los compromisos que se tienen con la Maestría, pues entonces si será posible dedicar nuestro tiempo a aplicar todo lo que se aprendió en dos años.

Incluso al respecto, a veces pienso que estos dos años pasamos el tiempo nutriéndonos, fortaleciéndonos de varios conocimientos, he recibido tanto, pero tanto que todos estos aprendizajes buscan salir cuando de repente he escuchado sobre los padecimientos de las familias y de la sociedad, pues automáticamente me vienen varias soluciones e ideas para tratar estas dificultades.

Así que vislumbro una incidencia en el campo social muy importante en el futuro inmediato, pues con todo lo recibido tengo la intención de participar y procurar beneficiar los contextos inmediatos, ya que ahora cuento con más herramientas para poder construir historias más benéficas en los sistemas, que permitan que estos se auto-regulen de una manera más ecológica.

Este punto de la tesis me encanta y me gustaría que fuera algo en lo que se hiciera una mayor incidencia a lo largo de toda la residencia y no sólo al final de este trabajo, ya que en este programa uno recibe mucha información que podría ser aplicada en contextos tan necesitados de estos conocimientos, como lo son los Sistemas para el Desarrollo Integral de la Familia municipales y estatales, pues algunos de sus terapeutas no cuentan con una formación sistémica, también se puede tener una mayor incidencia a lo largo de la residencia, teniendo vínculos con las universidades de otros estados que tampoco cuentan con la información que se nos proporcionó; lo anterior lo comento porque lo pude realizar y los beneficios que obtuve y que obtuvieron las demás personas fueron muy vastos.

Es también importante que para que podamos tener una mayor incidencia en el campo social, se busque un mejor vínculo con organismos gubernamentales en los que se puedan echar a andar programas a gran escala, pues es lamentable que al egresar del programa no se tenga empleo, ni ningún vínculo con ninguna institución gubernamental, a pesar de que el mismo gobierno a través del CONACYT estuvo invirtiendo durante dos años más de \$7,000 por mes en cada alumno, dinero que puede multiplicarse si cualquier egresado aplica sus conocimientos a la sociedad

3.- Reflexión y análisis de la experiencia

Esta experiencia ha sido como un dejar, soltar y vaciar, para tomar, poseer y llenar, creo que esta imagen sería la que mejor podría resumir mi experiencia en estos dos años que han pasado rapidísimo.

Recuerdo que esta vivencia inició meses antes de ingresar a la primera clase de la maestría, cuando se comenzaron los trámites de ingreso a este posgrado, desde ese

momento se experimentó un esfuerzo que se vio recompensado con creces cuando se tuvo la noticia de ser aceptado en el Programa de Maestría en Psicología de la UNAM. A este gozo se sumó la angustia de un cambio de ciudad a la que me costó trabajo adaptarme, al ser una de las más grandes del mundo.

Este sentimiento de angustia se olvidó cuando se tuvo la primer clase, ¡por fin iba a tomar una clase en una de las mejores universidades del mundo!, mas este gusto, luego se vio opacado por algunas desilusiones; pero después resurgió un sentimiento positivo al estudiar y conocer muchas ideas de diferentes pensadores, ideas, que todos los días surgen y me sorprenden y me llevan a entender que aún hay mucho por aprender.

En general ha sido una experiencia de enriquecerme, de tomar un tiempo de dos años para aprender muchas cosas, para comenzar a construir una nueva historia. Sin embargo debo de confesar que ahora en un contexto tan alterado por la crisis económica, ambiental y de salud, no tengo la seguridad de qué voy a hacer con toda esta riqueza que el país me otorgó tan generosamente y que tanto necesita, sé que de alguna manera la tengo que invertir en la misma nación, pero en este preciso momento no sé en qué, por eso también mi experiencia es de una “segura incertidumbre”, de una “pobre riqueza” y de una “esperanza en la desesperanza” de ¡muchas ganas de trabajar con ilusión ante la desilusión!. Quizás sea la experiencia de un “mago con magia”, ante un mundo incrédulo y tan necesitado de milagros. Creo que mi experiencia es realmente la de una crisis: peligro de olvidar toda la riqueza que poseo y la oportunidad de recordar y aplicar todo lo aprendido.

De todos modos y a pesar de todas estas ambigüedades, la mejor palabra que se me ocurre para expresar todo lo experimentado, es la de ¡GRACIAS!, pues todo lo recibido me ha hecho ser una mejor persona cómo se detalla a continuación.

4.- Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

El poder ver a mi persona en el ámbito profesional según los aprendizajes de la maestría como: terapeuta-persona y como profesionista en una psicoterapia, es algo nuevo e interesante.

Como terapeuta-persona, me doy cuenta que después de estudiar la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, soy un ser humano con una gran responsabilidad, un ser humano que como todos siente, y piensa en base a una epistemología y prejuicios que son expresados por medio del lenguaje, lo que me lleva a ser muy precavido con lo que digo, hago e incluso en lo que creo.

Esta maestría como ya se comentó también ha modificado mi epistemología como persona, pues ahora poseo una manera diferente de percibir las cosas, no sólo en la psicoterapia sino en todas mis experiencias; es así, que cada vez que enciendo la televisión me intereso por ver las noticias y analizar cómo un evento está conectado con otro; además observo cómo se auto-regulan los diferentes sistemas y subsistemas de los

que formo parte, también me percató de cómo se construyen realidades según ciertos intereses políticos y sociales.

Esto es lo que me ha llevado a ser una persona-terapeuta, pues cuando interactúo con otra persona y tengo dificultades me es imposible no buscar ayuda en los aprendizajes obtenidos, incluso muchos de mis conocidos esperan de mi persona ciertas opiniones y sugerencias antes determinadas vivencias que se les presentan.

Algo que me ha impactado es que últimamente he estado tendiendo a adoptar una postura centrada en soluciones ante las dificultades de la vida cotidiana, quizás como efecto de la simpatía que muestro por este modelo de terapia. Incluso ahora que me asalta la incertidumbre ante mi egreso de la residencia, prefiero construir un futuro lleno de posibilidades basándome en las ideas de Bill O'Hanlon.

El tema de mi tesis es otra narrativa que ha afectado toda mi vida, mis futuras decisiones a corto plazo están basadas en los datos que investigue para realizar este trabajo.

Con todo esto puedo afirmar que la Residencia en Terapia Familiar ha sido formativa no sólo profesional sino también personalmente, además el haber recibido tantos beneficios de forma gratuita por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México y por parte del Consejo Nacional de Ciencia y la Tecnología, me hace querer ser una persona y profesionalista más comprometido con el país y no con el lucro.

Respecto a mi persona como profesionalista, es de destacar y agradecer el crecimiento que tuve en esta área gracias al apoyo de mi equipo de supervisión, pues por medio de sus retroalimentaciones percibí y corregí algunos aspectos de mi persona que podían no ayudar a mi desempeño como psicoterapeuta; en concreto me refiero a mi velocidad en el habla y a una sonrisa que automáticamente aparecía en mi rostro de forma inconsciente. Después de varios meses de trabajo esta costumbre parece que ha empezado a disminuir, y debo de confesar que el acompañamiento de mi equipo será una de las cosas que más extraña ahora que ya no estaré con ellas.

Obviamente gracias a la Residencia se dio un crecimiento teórico importante en los conceptos epistemológicos y técnicos de los modelos de psicoterapia, de investigación y de evaluación clínica de los consultantes.

Ahora poseo una mejor capacidad para facilitar un diálogo psicoterapéutico, para poder hacer un trabajo en equipo, para analizar una sesión de psicoterapia en video, para llevar un expediente clínico de un caso de una adecuada manera y también para brindar una supervisión a colegas y a terapeutas en formación.

Debo destacar el fortalecimiento que la residencia me proporcionó en mis habilidades de exposición de temas relacionados con la epistemología, las Terapias Sistémicas-Cibernéticas y en las Terapias Posmodernas, por medio de presentación de diapositivas, manuales y videos.

Para terminar no debo de olvidar los esenciales aprendizajes que obtuve de todos los pacientes y familias con los que me encontré a lo largo de mi residencia, ellos fueron muy importantes en el crecimiento profesional que tuve en estos dos años.

Referencias

- AméricaEconomía.com *México se contraería hasta un hasta un 5% en 2009*. Recuperado el 14 de abril de 2009, de <http://www.americaeconomia.com/252532-Mexico-se-contra-eria-hasta-un-5-en-2009.note.aspx>
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ashby, W. R. (1976). *Introducción a la cibernética*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bárcena, A. (2009). *La actual crisis económica mundial: oportunidades y desafíos para el desarrollo de América Latina*. Recuperado el 15 de abril de 2009, de http://www.eclac.org/noticias/paginas/8/33638/ClaseMagistral_UCH-2abril2009.pdf
- Bárcena, A. (2009). *A raíz de la crisis internacional: Crecimiento de América Latina y el Caribe retrocedería a -0,3% en 2009, según la CEPAL*. Recuperado el 15 de abril de 2009, de <http://www.eclac.org/cgibin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/7/35627/P35627.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>
- Bárcena, A. (2009). *Crisis financiera no debe detener esfuerzos por reducir los impactos del cambio climático*. Recuperado el 15 de abril de 2009, de http://www.eclac.org/cgibin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/8/35708/P35708.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl%5Ct_blank
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. & Weakland, J. (1993). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En Berger, M. (Comp), *Más allá del doble vínculo* (pp. 21-44). Buenos Aires: Paidós.
- Bateson, G. (1993). El nacimiento de una matriz o doble vínculo y epistemología. En Berger, M. (Comp), *Más allá del doble vínculo* (pp. 53-77). Buenos Aires: Paidós.
- Bellack, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Biever, J., Bobele, M., Gardner, G. & Franklin, C. (2005). Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En G. Limón (Comp.), *Terapias postmodernas*, México: Pax.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Boscolo, L. (2008, abril). *Seminario de historias familiares*. Ponencia presentada en el Seminario realizado en la Universidad del Noreste, Tampico, Tamaulipas, México.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós: Barcelona.
- Ceberio, M. & Watzlawick, P. (2006). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.
- Cecchin, G., Lane, G. & Ray, W. (2002). *Irreverencia*. Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G. (2003, octubre). *El modelo de Milán*. Ponencia presentada en el Seminario de Terapia Familiar realizado Ciudad de México.
- Cox, P. (2009). *Banco Mundial prevé que PIB de América Latina va a caer 0,6% en 2009*. Recuperado el 15 de abril de 2009, de http://www.eclac.org/noticias/paginas/5/35385/EFE_Bancomundial_150409.pdf 15/04/2009 14:21 ECO
- ECLAC (2009) Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Recuperado el 15 de abril de 2009, de <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/7/35627/P35627.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>
- Eguiluz, L. (2006). *La teoría sistémica, alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UAT, UNAM.
- Eguiluz, L. (Comp.) (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax-México
- Fisch, R., Weakland, J. & Segal, L. (1988). *La táctica del cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Editorial Morata.
- Galicia, X. (2004). Terapia Estratégica. En L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 81-113). México: Editorial Pax México.
- Gergen, K. (2006). *Construir la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. & Hoffman, L. (1993). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Haley, J. (1999). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Haley, J. (2003). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Haley, J. (2006). *Terapia de ordalía*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Haley, J. & Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Haley, J. (2007). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Hoffman, L. (2002). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. & Anderson, H. (2004, marzo). *¿Clientes difíciles o retos terapéuticos?: Un enfoque posmoderno a la psicoterapia*. Trabajo presentado en el Curso-Taller realizado en la Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, México.
- INE (2009) Instituto Nacional de Ecología. Recuperado el 15 de abril de 2009, de <http://www.ine.gob.mx/cclimatico/descargas/tercomun.pdf>
- INEGI (2002). Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Hogares de jefatura femenina*. Recuperado el 18 de abril de 2009, de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/hogjefem/2005/Hog_Jef_Fem.pdf
- INEGI (2009) Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Recuperado el 15 de abril de 2009, de www.inegi.gob.mx
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Keeney, B. & Ross, J. (1993). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Limón, G. (Comp.) (2005). *Terapias postmodernas*. México: Pax.
- Lipset, D. (1991). *Gregory Bateson. El legado de un hombre de ciencia*. Boston, MA: Fondo de Cultura Económica.
- Loria, E. (2009). *Primera reunión trimestral del Centro de Modelística y Pronósticos Económicos. Las opciones frente a la crisis. México 2009-2010*. Recuperado el 15 de abril de 2009, de [http://www.economia.unam.mx/cepe/CEMPE__1ra_reunion_2009_\[1\].pdf](http://www.economia.unam.mx/cepe/CEMPE__1ra_reunion_2009_[1].pdf)
- Loria, E. (2009). *México 2009–2010. Pronósticos Macroeconómicos*. Recuperado el 15 de abril de 2009, de <http://www.economia.unam.mx/cepe/pronosticos.html>
- Loungani, P. (2009). Ver la crisis con claridad. *En Finanzas & Desarrollo marzo de 2009*, 1(46), 4-7. Recuperado el 16 de abril de 2009, de <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fand d/spa/2009/03/pdf/fd0309s.pdf>
- Madanes, C. (1993). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- McNamee, S. & Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1985). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.

- Minuchin, S. & Fishman, C. (1998). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Morin, E. (2006). *El método 1: La naturaleza de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- Morin, E. (2007, diciembre). *De la sociedad de la información a la sociedad del conocimiento*. Ponencia presentada en la Muestra Iberoamérica de TV y Video Educativo, Científico y Cultural 2007, México: Distrito Federal.
- NOTIMEX (2009). *México el país más afectado por la crisis en AL: FMI*. Recuperado el 22 de abril de 2009, de <http://dinero.prodigy.msn.com/articulo.aspx?cp-documentid=19332152>
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Editorial Herder.
- O'Hanlon, W. & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, B. (2006). *Crecer a partir de la crisis*. México: Paidós.
- O'Hanlon, B. (2008, junio). *Positive psychology: Practical applications in clinical work*. Ponencia presentada en el Taller realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.
- Pakman, M. (1996). Introducción. En H. von Foerster, *Las semillas de la cibernética* (pp. 15-29). Barcelona: Gedisa editorial.
- Pakman, M. (1996). Comentario Introductorio. En H. von Foerster, *Las semillas de la cibernética* (pp. 104-108). Barcelona: Gedisa editorial.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Penn, P. & Frankfurt, M. (2005). La creación de un texto participante: la escritura, las voces múltiples y la multiplicidad narrativa. En G. Limón (Comp.), *Terapias postmodernas* (pp. 85-109). México: Pax.
- Pisani-Ferry, J. & Santos, I. (2009). Transformación de la economía mundial. *En Finanzas & Desarrollo marzo de 2009*, 1(46), 8-12. Recuperado el 16 de abril de 2009, de <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2009/03/pdf/fd0309s.pdf>
- Pittman, F. (1991). Crisis familiares previsibles e imprevisibles. En C. Jaes (Comp.), *Transiciones de la familia* (pp. 357-380). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- PNUMA (2007) Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. *Perspectivas del medio ambiente mundial GEO4 medio ambiente para el desarrollo*. Recuperado el 14 de abril de 2009, de <http://www.pnuma.org/GEO4/principal/Global.pdf>
- Ramos, R. (2009). *¿Cómo adaptar el trabajo clínico de contar historias desgraciadas a contar historias terapéuticas*. Ponencia presentada en una conferencia realizada en la Unidad de Seminarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, Tlalneantla, Edo. de México, México.

- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar modelos y técnicas*. México: Manual Moderno
- Selvini, M., Cirillo, S., D'Ettoire, L., Garbellini, M., Ghezzi, D., Lerma, M. et al. (1986). *El mago sin magia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Anolli, L., Di Blasio, P., Giossi, L., Pisano, I., Ricci, C. et al. (1988). *Al frente de la organización*. Buenos Aires: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1994). *Paradoja y contraparadoja*. México: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. (1995). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- SEMARNAT (2009) Secretaria del Medio Ambiente y Recursos Naturales. *Desastres naturales*. Recuperado el 15 de abril de 2009, de <http://www.semarnat.gob.mx/quessemarnat/programas/Pages/fondodedesastresnaturales.aspx>
- Suares, M. (2002). *Mediando en sistemas familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Umbarger, C. (1999). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Terrones, M., Scott, A. & Kannan, P. (2009). *Nota de prensa del capítulo 3: De la recesión a la recuperación: ¿Cuándo y a qué ritmo? Perspectivas de la economía mundial, abril de 2009*. Recuperado el 16 de abril de 2009, de <http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/weo/2009/01/pdf/sums.pdf>
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. España: Síntesis.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. En L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (pp. 1-27) México: Editorial Pax México.
- Vargas, P. (2007). La visión orientada a los sistemas de interacción. El centro de terapia breve del MRI. En M. García (Comp.), *Estrategias de evaluación e intervención en psicología* (pp. 127-162). México: Miguel Ángel Porrúa.
- Vázquez, R. y Angulo, F. (2003). *Introducción al estudio de casos: los primeros contactos con la investigación etnográfica*. Granada: ediciones Aljibe.
- Von Bertalanffy, L. (1984). *Tendencias en la teoría general de sistemas*. Madrid: Alianza Universidad.
- Von Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1999). *Cambio*. Barcelona: Editorial Herder.

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.