



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

CONSTRUYENDO HISTORIAS ALTERNATIVAS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
VERÓNICA VARGAS ARRAZOLA**

**DIRECTORA: MTRA. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO,
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**REVISOR: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO,
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ: MTRA. MARIA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA,
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRA. MARIA DEL ROSARIO MUÑOZ CEBADA,
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MTRA. PIEDAD ALADRO LUBEL,
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

MÉXICO, D. F

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas las personas que con su apoyo me motivaron a concluir esta etapa.

A mi padre que enfrento el reto de ser mamá y papá cuando las circunstancias se presentaron.

A mi hermana por compartir conmigo momentos de alegría, tristeza y enfermedad.

Especialmente a mi tía Alejandra Vargas por su comprensión, cariño y estar junto a mí en los momentos difíciles, espero que comprenda que mis logros son también suyos.

Mi gratitud a Víctor Alemán por su apoyo, confianza y ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

Deseo expresar mi agradecimiento a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por brindarme la oportunidad de acceder a una preparación de calidad.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por proporcionar los recursos económicos que facilitan concentrar esfuerzos en el desarrollo de las actividades académicas.

A mis profesoras-profesores por su asesoramiento y estímulo para seguir creciendo intelectualmente, en especial a la Mtra. Guadalupe Santaella, Mtra. Silvia Vite y Dra. Noemí Díaz, por sus aportes para corregir y mejorar mi trabajo con sus valiosos conocimientos.

Mi reconocimiento a la Mtra. Asunción Valenzuela y la Mtra. Rosario Muñoz, por sus entrañables enseñanzas.

A las doce integrantes de la novena generación en Terapia Familiar por su compromiso y apoyo.

A mis amigas-amigos y colegas: a Rodrigo, Cesar, Disraeli, Brenda, Cecilia, Very, Claudia, Paula, Araceli, por compartir proyectos, expectativas de desarrollo profesional y estar conmigo cuando sentía que no lograría avanzar.

A Gaby por concederme la oportunidad de compartir sueños, dudas, miedos, risas y proyectos, además de alentarme a continuar a pesar de lo difícil que se visualice la situación.

Un agradecimiento especial a todas y todos los consultantes por confiarnos sus historias de dolor y esperanza.

A todas las personas anónimas que me brindaron un brazo para apoyarme o una frase de aliento.

ÍNDICE

RESUMEN	1
I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	2
1. Análisis del campo psicosocial y de la problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar.	2
2. Características de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico	9
II. MARCO TEÓRICO	29
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo	29
1.1 Teoría General de los Sistemas	30
1.2 Cibernética	33
1.3 Teoría de la Comunicación	37
1.4 Constructivismo	42
1.5 Construccinismo Social	46
2. Principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención	51
2.1 Modelo Estructural	51
2.2 Modelo Estratégico	58
2.3 Modelo de terapia breve enfocada a los problemas	68
2.4 Modelo de terapia breve centrado en las soluciones	76
2.5 Modelo de Milán	83
2.6 Terapia Narrativa	91
2.7 Terapia Colaborativa	99
	107

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	
1. Habilidades clínico terapéuticas	107
1.1 Integración de expediente clínico: Primer caso	109
1.2 Integración de expediente clínico: Segundo caso	127
2. Habilidades de investigación	145
2.1 Reporte de investigación con la implementación de método cuantitativo	145
2.2 Reporte de investigación con la implementación de método cualitativo	155
3. Habilidades de enseñanza y difusión de conocimiento; Atención y Prevención comunitaria	165
3.1 Productos Tecnológicos	165
3.2 Programa de intervención comunitaria	171
3.3 Asistencia a foros de académicos y presentación de trabajos	173
4. Habilidades de compromiso y ética profesional	175
IV. CONSIDERACIONES FINALES	178
REFERENCIAS	182

RESUMEN

La terapia familiar es un marco explicativo de lo que ocurre en la familia, poniendo énfasis en la evaluación e intervención de la acción terapéutica, también subraya el papel del terapeuta como parte integrante del sistema que mantiene una postura de unión y acomodamiento en la que puede moverse dentro y fuera del sistema, manteniendo una postura de liderazgo. Es así, que la “terapia familiar” hace referencia a un cambio epistemológico, por lo que es más indicado hablar de *terapia sistémica*, ya que el pensar de forma sistémica invita a mantener una postura incluyente y en constante movimiento.

El presente trabajo expone mi desempeño durante los dos años de formación en la Residencia de Terapia Familiar del programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. Compendia las competencias, habilidades y conocimiento adquiridos durante los dos años de la formación.

La formación en terapia familiar sistémica incluye el conocimiento de los fundamentos teóricos y prácticos. En el área teórica se analizan, discuten e identifican las características de los diversos modelos. La parte práctica promueve el desarrollo de habilidades clínicas para la atención de familias en diversos escenarios de atención, además de la participación como terapeuta, coterapeuta o equipo terapéutico.

El programa promueve la formación de profesionales comprometidos en el trabajo terapéutico, con la investigación y con habilidades para incidir en el campo psicosocial.

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1. Análisis del campo psicosocial y de la problemática en la que incide el trabajo desde la terapia familiar

Desde sus inicios la terapia familiar se ha posicionado como una alternativa a las diversas dificultades que las familias presentan. Aunque se habla de terapia familiar se ha llegado a debatir este término por otro que sea más apropiado al cambio epistemológico al que se refiere, prefiriendo hablar de *terapia sistémica*, ya que el pensar de forma sistémica cambia la epistemología hasta entonces predominante de causa-efecto, por un paradigma incluyente y en constante movimiento. Sin embargo, se sigue haciendo uso del término terapia familiar con la finalidad de acceder de una manera más operativa a la hora de incidir en el trabajo clínico.

Es así, que desde la terapia sistémica se conceptualiza a la familia como un sistema abierto donde los miembros intercambian energía e información con su entorno, se envían y reciben mensajes de los subsistemas que se encuentran inmersos en la vida cotidiana.

Por lo anterior, se puede ver la importancia que tiene el acceder a un enfoque incluyente de los diversos subsistemas y la influencia recíproca entre ellos, lo que permitirá realizar un análisis de las problemáticas que se generan en las familias producto de la condición sociocultural, pero también socioeconómica, sociosanitaria, sociodemocrática y cívico-política. Operantes en el colectivo de una sociedad diversa y altamente desigual.

Dicho intercambio de información tiene diversas implicaciones, por lo que el propósito de éste apartado es presentar un abanico de los diversos temas, situaciones y problemáticas inmersas en el contexto sociocultural donde incide la terapia familiar o mejor dicho la terapia sistémica.

A partir de los datos extraídos del censo realizado en el 2010 por el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), donde se observa que la esperanza de vida por persona es de 76 años, que son las mujeres quienes viven en promedio más años que los hombres 78 y 73 años respectivamente, los servicios de salud y económicos tienen que implementar estrategias dirigidas a este sector de la población.

En cuanto a los hogares, el INEGI (2010) menciona que están integrados por personas que pueden ser o no familiares, es decir que comparten la misma vivienda y se sostienen de un gasto común. Una persona que vive sola también constituye un hogar, las cifras reflejan que 91 de cada 100 hogares son familiares y el resto lo constituyen los no familiares. Dado que un hogar familiar es aquel en el que al menos un familiar tiene parentesco con el jefe o jefa del hogar, estos hogares también se dividieron en categorías como: nuclear, compuesto y ampliado. En tanto que un hogar no familiar es en donde ninguno de los integrantes tiene parentesco con el jefe o jefa del hogar y se divide en: hogar unipersonal y corresidente.

En México, según los datos del INEGI (2010) de cada 100 hogares 64 son nucleares, formados por el papá, la mamá y los hijos o sólo la mamá o el papá con hijos, una pareja que vive junta y no tiene hijos también constituye un hogar nuclear; 24 son ampliados y están formados por un hogar nuclear más otros parientes (tíos, primos, hermanos, suegros, etc.); 1 es compuesto, constituido por un hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe del hogar, 9 son unipersonales, integrados por una sola persona y 1 es corresidente y está formado por dos o más personas sin relación de parentesco. Cada una de estas configuraciones tiene implícitas un conjunto de demandas funcionales que organizan la forma en que interactúan los miembros de la familia.

El INEGI (2010) reporta que en los últimos años el número de matrimonios descendió un 25%, en tanto que las cifras de divorcios aumentaron en un 65%, esto implica que por cada 100 matrimonios hay 14 divorcios. Dicho proceso de separación interrumpen el proceso de desarrollo del ciclo vital de la familia, originando una serie de

cambios donde los miembros de la familia se enfrentan a una situación de caos y desequilibrio. Los padres se centran en desacuerdos que se exteriorizan con denigraciones y recriminaciones mutuas. Por otra parte en los hijos se puede generar un sentimiento de pérdida, incertidumbre, resentimiento, culpabilidad, desobediencia y problemas escolares (Bengoechea, 1992).

Además, por cada 100 hogares 25 de ellos están a cargo de una mujer, con las implicaciones que ello conlleva, como son que la mujer cuenta con una posición económica menos favorable aun cuando trabaje fuera del hogar, perciben salarios menores y tienen una menor posibilidad de ascenso. Estas situaciones hacen difícil garantizar la autosuficiencia económica, lo que genera en las mujeres una sobrecarga, que dificulta, imposibilita y garantiza el desarrollo individual de ella y de sus hijos (Barrón, 2002).

A lo anterior, hay que sumarle las expectativas sociales sobre la necesidad de una figura paterna en el hogar. Una vez que dicha expectativa es cubierta por otra pareja se pretende que dicho sustituto paterno haga las funciones del padre que faltaba en el hogar, el cual cubrirá los vacíos (inclusive de liderazgo de la madre sola); sin embargo estas creencias contrastan con otras experiencias, ya que dicho remplazo es percibido como un extraño con derechos, deberes y funciones parentales difusas. Con respecto a los hijos ven en el sustituto una clara usurpación del papel que se sigue adjudicando a un padre biológico, lo que conlleva a un conflicto de lealtades (Barrón, 2002).

Con frecuencia, al no cumplir los padres con los roles y funciones que les corresponden puede generar la inserción temporal de los hijos al trabajo remunerado o no, como intento de satisfacer necesidades básicas personales y/o familiares.

Al hablar de los niños que trabajan es importante señalar que existen dos tipos de trabajos que pueden desempeñar los niños y niñas, uno es el doméstico y otro el económico. Entre los niños que realizaron alguna actividad económica se encuentra

que el 67% eran niños y 33% niñas. Los principales motivos por los cuales los niños y las niñas realizaron algún trabajo económico fueron: para pagar su escuela o sus propios gastos y porque en el hogar necesitan el dinero de su trabajo para cubrir necesidades básicas. De los niños y las niñas que realizan algún trabajo económico, 4% recibió menos de 1 salario mínimo 51% recibió algún pago que no sobrepasó 2 salarios mínimos, y 45% no recibió ninguna remuneración. Los niños y niñas que trabajaron, lo hicieron principalmente en el campo, en el comercio, en los servicios y en la industria manufacturera.

Con respecto a la violencia y el maltrato en las familias ha sido y sigue siendo, una característica de la vida familiar tolerada y aceptada en la sociedad. Los datos del INEGI (2010) reportan que de los casos de violencia al interior de las familias es del 57.4% cifra obtenida sólo de los casos donde se ha realizado una denuncia, por lo que esta cantidad puede aumentar, ya que como lo menciona Luciana Ramos (2002) la violencia dentro de la familia con frecuencia no es reconocida como un problema incluso por profesionales de la salud.

Datos del INEGI indican que son las mujeres con edades de 30 a 39 años quienes en su mayoría son víctimas de la violencia por parte de su pareja; muchas de estas mujeres no cuentan con recursos para pedir ayuda o escapar de una relación violenta, o no son apoyadas por el sistema de justicia o de salud cuando deciden hacerlo. Johann (1994 en Ramos 2002) menciona que las razones más comunes por las que las mujeres maltratadas no dejan a las personas que las violentan son principalmente el no tener un lugar seguro a donde ir, razones económicas, miedo, no hacer planes a largo plazo por estar ocupadas sobreviviendo día a día, experiencias previas de haber intentado o de hecho haberse separado y haber sufrido más violencia, la esperanza de que el maltratador cambie y el creer que no pueden sobrevivir por sí mismas, sin embargo para Luciana Ramos (2002) la mujer se queda atrapada en la relación no por la fuerza física del hombre, sino por la fuerza social, derivada de las respuestas obtenidas cuando ella ha buscado ayuda.

En las familias se presentan varias formas de violencia entre las que se encuentra la violencia económica, la violencia sexual, la violencia física y la violencia emocional, el INEGI reporta que cada mujer puede padecer uno o más tipos de violencia, cada una de ellas con sus características particulares como se describe a continuación (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2006):

Violencia física, produce daño corporal o lesiones a través de golpes de diversa intensidad, con las manos, instrumentos o armas: empujones, patadas, puñetazos, palizas, mordeduras, quemaduras, cortes, intentos de estrangulamiento.

Violencia sexual, desde la imposición de una relación sexual no deseada, de posturas, gestos, actos o formas de vestir, hasta abuso y violación con uso de la fuerza física.

Violencia económica, controla el dinero, le impide el acceso y conocer el patrimonio familiar, toma decisiones unilaterales sobre su uso, se apodera de los bienes, le impide tener un trabajo asalariado, le asigna una cantidad y le exige explicaciones de los gastos realizados.

Violencia emocional, insultos, humillaciones, burlas, descalificaciones y críticas constantes, desprecios, abandono y aislamiento emocional, incomunicación, gritos, chantajes, amenazas de tipo económico o emocional, control de lo que dice y hace.

Cifras del INEGI indican que 6 de cada 10 mujeres viven algún tipo de violencia, la mayoría por parte de su pareja. También señala que en promedio fallecen diariamente seis mujeres por muertes intencionales: cuatro por homicidio y dos por suicidio. De los homicidios de mujeres, 41.4% ocurren en su hogar.

Aunque en las familias también se expresan otras formas de violencia como el abandono y la negligencia en los cuidados, dado por la falta de protección y cuidados físicos de los miembros de la familia que lo requieran, la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo y estimulación cognitiva, falta de atención, descuido en la alimentación y vestido necesario.

Todas estas formas de violencia pueden ser ejercidas por cualquier miembro de la familia independientemente de su edad, raza o sexo, moviéndose tanto como agente o víctima de la violencia. Según la literatura los grupos más vulnerables son los niños, mujeres, ancianos y discapacitados.

Con respecto a las personas con discapacidad el INEGI (2010) reporta que el 5.1% de la población tiene algún tipo de discapacidad entre los más conocidos están: caminar o moverse, ver, mental, escuchar, hablar o comunicarse atención y aprendizaje y auto cuidado. Cuando una familia se enfrenta con un diagnóstico de discapacidad como los mencionados, produce un gran impacto en cada uno de los miembros, donde la confusión y los sentimientos de aceptación, rechazo y culpabilidad se mezclan de manera constante.

Por consiguiente, la discapacidad actúa como un elemento desestabilizador de la dinámica familiar (independientemente de la capacidad de adaptación e integración que tenga la familia ante las situaciones de crisis), para los padres desaparece, transitoriamente, de su mundo cualquier otra realidad (los demás hijos, el trabajo, el entorno familiar y/o social, etc.) que no sea su hijo, su discapacidad y su tratamiento y adoptan un comportamiento particular, quieren vivir intensamente todos los momentos, no se dejan ayudar, se sienten amenazados por la posible pérdida del niño, etcétera.

En México, las personas con discapacidad viven en constante situación de exclusión y marginación. En el año 2005 el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación y la Secretaría de Desarrollo Social en su Encuesta Nacional dictaminaron que el 90% de las personas con discapacidad afirman haber sido discriminadas por su condición, y el 52% consideró que sus derechos no habían sido respetados principalmente en el ámbito educativo, que sin duda repercute negativamente en el acceso a probables oportunidades de trabajo.

Otro aspecto de violencia en la infancia-adolescencia está representada por el fenómeno del *Bullying* el cual se caracteriza por el maltrato entre iguales, datos de la

Encuesta Nacional de la Juventud 2010 que realiza el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) muestran que un millón 563 mil chicos, refieren haber sido víctimas de violencia por alguno de sus compañeros, además se visualiza que la violencia es más común entre los hombres (63.4%), que entre las mujeres (36.6%).

Por lo anterior, queda claro que las personas podemos abusar en diversas circunstancias de las personas a nuestro alrededor, dicha relación coloca al abusado o la abusada en la condición de objeto y no de sujeto. Quién ejerce abuso no aprende a regular, a medir, a decir, a escuchar y respetar mensajes de sí mismo y del OTRO, cómo son “no quiero”, “no va más”, “sólo hasta ahí”, etc., en la familia, se han vuelto últimamente cada vez más visibles algunos abusos frente a los que, por siglos, hubo miradas condescendientes, como los golpes del marido a la mujer y los malos tratos infligidos a los niños. Dichos tratos los vemos constantemente los terapeutas familiares a través de las familias que nos consultan (Ravazzola, 2005).

En el 2010, las principales causas de muerte en la población se debían a enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos. Otros problemas de salud son originados por la ingesta excesiva de alcohol (Cirrosis hepática), las Encuestas Nacionales de Adicciones muestran un incremento notable de síntomas por el abuso y dependencia, donde se aprecia una mayor participación de las mujeres. Algo similar ocurre con el consumo de tabaco donde se observa un incremento por parte de las mujeres, lo que indica que la brecha de género se está estrechando, ya que el porcentaje es muy similar al de los varones (Calleja, Pick, Reidl y González-Forteza, 2010).

Resulta imposible intentar definir la dinámica predominante de cada grupo familiar, a partir de su estructura particular y la multiplicidad de factores tanto internos como externos que puedan influir: familias uniparentales, reconstruidas, extensas, con historias de adicción, desempleo, discapacidad, etc.; son sólo algunas de las dificultades que los sistemas familiares enfrentan.

La terapia familiar puede incidir en cada uno de los factores antes mencionado, con un marco epistemológico que le permite moverse en diversos subsistemas, ya que cada uno de los profesionales que se han formado en dicha disciplina pueden implementar sus conocimientos y habilidades a favor del óptimo desarrollo del grupo y a partir de la atención de las diversas complejidades que influyen en el sistema familiar.

Dicha complejidad elimina la certeza de una única manera de explicar la realidad, cuestiona la racionalidad objetivista, obliga a transitar en la incertidumbre y a abandonar los límites supuestamente claros, por lo tanto, un sistema complejo pone en juego procesos donde entran en interacción elementos que pertenecen al dominio de diferentes disciplinas.

2. Características de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico

Uno de los aspectos fundamentales de la residencia en terapia familiar, es que los alumnos acudan a escenarios clínicos donde teoría, técnica, habilidades y recursos terapéuticos, sean puestos en práctica; con tal convicción, hay espacios donde se lleva a cabo dicha propuesta entre los que destacan las sedes de Facultad de Psicología y sedes externas, las cuales se detallarán a continuación:

a) Centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

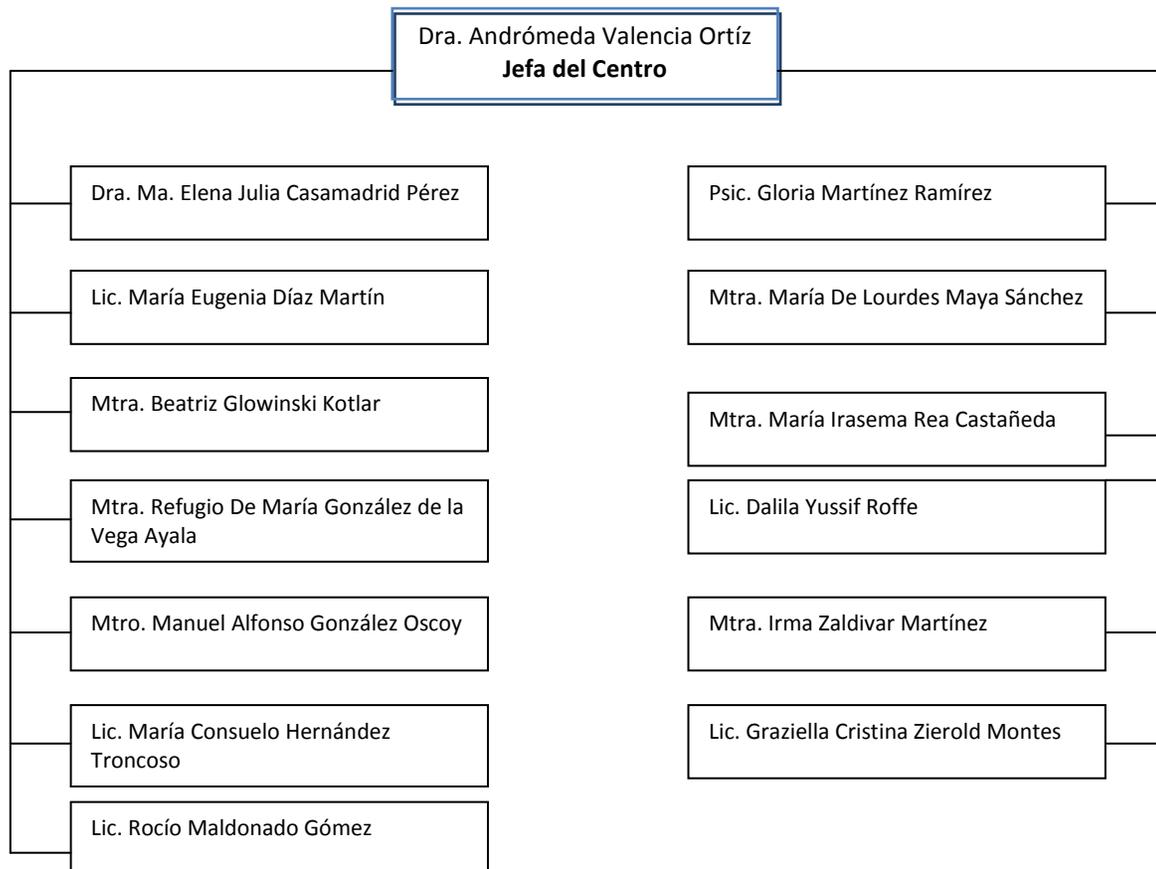
El Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila fue el primer Centro de Atención Comunitaria en la Facultad de Psicología de la División de Estudios de Posgrado el cual se inauguró oficialmente el 8 de mayo de 1981 y fue hasta 1983 que adquirió su autonomía. Se ubica en Av. Universidad 3004, Cd. Universitaria, D.F., Facultad de Psicología en el sótano del ed. “D”.

El Centro de Servicios Psicológicos pertenece a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, ofrece formación académica supervisada a estudiantes de licenciatura y posgrado dentro de la Facultad

de Psicología, en tanto que proporciona servicio terapéutico a estudiantes y trabajadores de la UNAM, así como al público en general.

Cuenta con una sala de espera, una recepción, con 12 cubículos de atención individual, seis cámaras de gesell equipadas con equipo de audio y video de grabación, espejo bidireccional, de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas (sillones, sillas y mesas), además de una pequeña cocina para los residentes y terapeutas que asisten al Centro. La sede cuenta con diversos profesionales expertos en diversas áreas de la psicología y un coordinador como se ve en el organigrama.

Organigrama. Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.



Objetivo

El objetivo del Centro es apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes de licenciatura y de posgrado, bajo la supervisión de especialistas; así como proporcionar servicio psicoterapéutico con diferentes aproximaciones teóricas a niños(as), adolescentes, adultos, estudiantes y trabajadores de la UNAM, en forma individual, grupal, de pareja y familiar.

Misión

Contribuir a la formación y actualización de los estudiantes de Psicología a través de los diferentes programas y proyectos de investigación en la atención psicológica que se brinda, siendo ésta de carácter Preventivo, de Tratamiento y Rehabilitación, certificados con calidad, excelencia y trato digno con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del Centro.

En el Centro “Guillermo Dávila” son tres los niveles de atención: 1) la intervención terapéutica, ya sea individual, de familia, de pareja y grupal, con diversas problemáticas como trastornos de la alimentación, víctimas de abuso sexual, maltrato infantil, adicciones, psicoterapia en línea, peritaje psicológico, etc., 2) la prevención caracterizada por la elaboración de talleres enfocados a la solución de problemas, duelo, habilidades sociales, establecimiento de límites por parte de los padres, etc., y 3) la investigación, desarrollando programas de atención, instrumentos de evaluación, etcétera.

El trabajo profesional realizado en el Centro se sustenta desde con distintos enfoques terapéuticos entre los que destacan:

- Humanístico
- Sistémico
- Psicodinámico

- Terapia narrativa
- Cognitivo
- Conductual
- Cognitivo-Conductual.

Dicha sede contribuye a la formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mejor capacidad resolutive por parte de los estudiantes y profesores que participan, y así favorece una formación integral de manera humanística, ética y científica.

b) Centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

El Centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” forma parte de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, desde hace más de 25 años brinda a estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesional en un escenario real a través de su formación en el servicio comunitario.

En 1979, se funda el Centro comunitario de la Facultad de Psicología en la colonia Ruiz Cortines, después de una investigación realizada por profesores(as) de la Facultad de Psicología, la cual era encabezada por el Dr. Julián Mac Gregor. Dos años más tarde en 1981, en el mes de mayo el nombre cambia a Centro comunitario “Dr. Oswaldo Ruiz Cortines”.

En el 2002, se lleva a cabo una remodelación de las instalaciones, con la finalidad de ofrecer un mejor servicio a la comunidad en la que se encuentra ubicado, en ese mismo año, en el mes de marzo se reinauguró con el nombre de Centro comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro.

El Centro comunitario se encuentra ubicado en la Colonia Ruiz Cortines de la Delagación Coyoacán. Da servicio a la colonia que lo alberga y a otras siete más:

ajusco-Coyoacán, La Candelaria, Gustavo Díaz Ordaz, El Reloj, San Pablo Tepetlapa, Santa Ursula Coapa y Santo Domingo.

La Colonia, al igual que las demás fue conformada por migrantes de otras comunidades de la ciudad y de otros estados, por lo que muchos de sus pobladores tienen orígenes indígenas. Esta zona, también conocida como los pedregales de Coyoacán, tiene en su memoria la vivencia de los movimientos de colonias populares de los años cincuentas cuando se organizaron para lograr la regularización de los terrenos de sus habitantes y la instalación de servicios. En este sentido, tienen una historia de organización popular que ha permitido construir un fuerte sentimiento de arraigo hacia la comunidad.

En un estudio realizado en el año 2002, con una muestra de 200 hombres y mujeres, se encontró en los habitantes de esta comunidad que principalmente sus ingresos provienen del comercio pequeño o de la economía informal, con un ingreso promedio mensual de \$3,000.00, en un rango que va desde los \$500.00 hasta los \$10,000.00 mensuales. El 80 % de la población cuenta con casa propia, el 5% prestada y el 15% rentada; la mayor parte de sus habitantes comparten vivienda, ya que en un mismo terreno viven familias extensas. La escolaridad promedio es de primaria o secundaria y un 10% no tiene escolaridad y la religión es predominante católica.

El Centro comunitario cuenta con ocho cubículos amueblados, sala de lectura, sala de juntas, sala de usos múltiples, sala de cómputo, cocina, dos cámaras de Gesell, dos equipos de circuito cerrado y grabación, sanitarios para usuarios y personal.

Objetivos.

Profesionalización de los estudiantes de licenciatura y posgrado:

- Integrandose en alguno de nuestros programas: Formación en la práctica, servicio social, tesis, residencias de maestría.
- Combinación entre teoría y práctica.

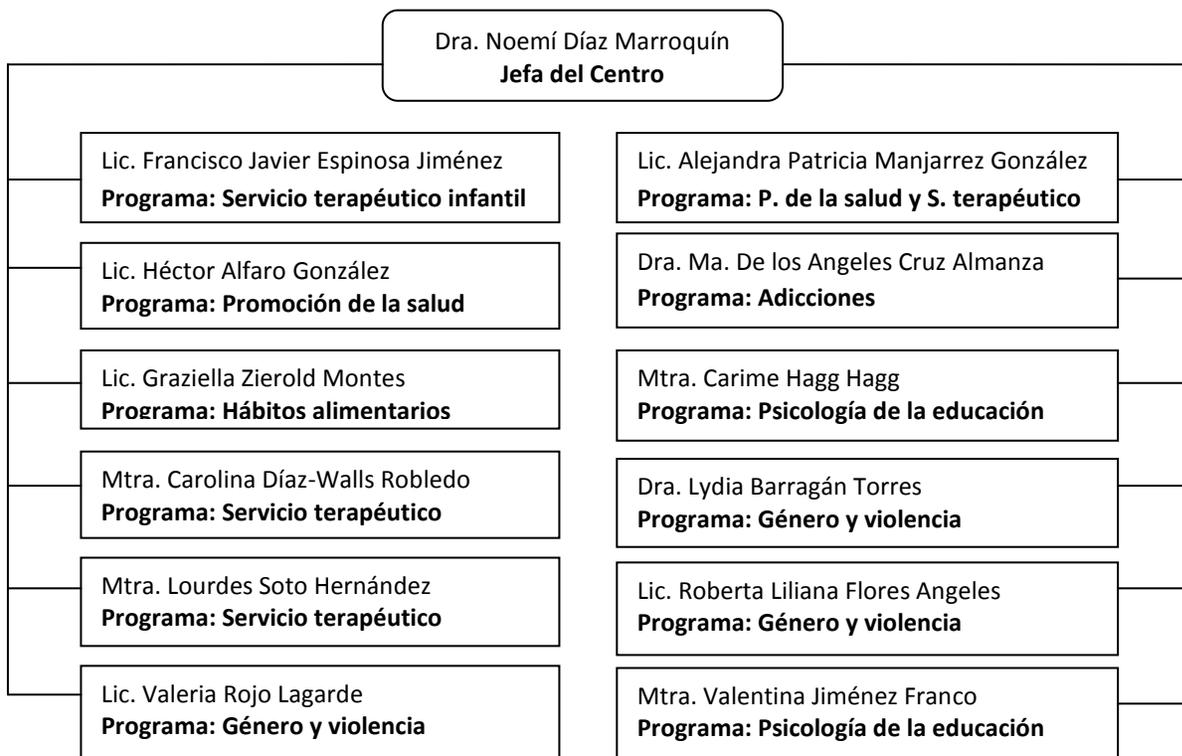
Misión

Brindar a las y los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad, desde una perspectiva psicosocial.

Visión

Lograr que a través de la profesionalización de estudiante de licenciatura y posgrado se logre incidir en las principales problemáticas que afectan a la comunidad.

Organigrama. Centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”



En este Centro son dos niveles en los que se trabaja, por un lado haciendo énfasis en la prevención y por el otro en el tratamiento: 1) la prevención, se realizan diversas actividades como talleres, conferencias, grupos de reflexión, pláticas informativas y ciclos de cine-debate, todas estas actividades se apegan a las problemáticas de la

comunidad y 2) el tratamiento, el Centro cuenta con académicos de distintas orientaciones clínicas y formas de trabajo, así como también con las residencias de maestría; de esta manera todos/as ellos/as permiten ofrecer servicios de tratamiento diversos y enfocados a distintos grupos de edad. Se cuenta con tratamiento individual, familiar, de pareja y grupal.

Los programas que se encuentra inscritos en el Centro son:

- Psicología Escolar
- Psicoterapia Infantil
- Psicoterapia de Adolescentes
- Terapia Familiar

Para el Centro es prioridad otorgar una atención oportuna a las personas que solicitan el servicio terapéutico, evitando tener una lista de espera amplia y posibilitando una atención equitativa a todos los casos, para ello es importante sistematizar la forma de atención y documentar la información de cada paciente permitiendo dar un buen servicio, dando prioridad a los siguientes puntos:

1. Primer contacto. Por canalización, conocimiento del Centro, acuden directamente o vía telefónica.
2. Registro. Se anotan en la libreta "lista de espera".
3. Revisión de lista de espera. Los terapeutas deben registrar nombre de terapeuta fecha y hora.
4. Llamar y dar cita.
5. Primera entrevista. Se abre un expediente y se coloca en un archivero, el expediente debe incluir: Ficha de admisión, estudio socioeconómico, consentimientos informado, formato de canalización (de ser necesario) y anotar en el carnet el nombre del terapeuta, fecha y hora de la siguiente cita.
6. Entrevista subsecuentes. El terapeuta deberá incluir al expediente un reporte de cada sesión, donde se especifican la fecha y hora de la cita con un breve resumen de los aspectos trabajados por sesión.

7. Dar de alta.

Debido a la especialización que merecen ciertas problemáticas existen casos que no es posible brindarles la atención y que por tanto son referidos a otros Centros pertenecientes a la Facultad o Instituciones especializadas entre los que se encuentran: personas con problemas severos de adicción, personas con padecimientos psiquiátricos y personas con daño neurológico.

Para el Centro comunitario es importante supervisar y colaborar en actividades académicas y administrativas para cumplir con los objetivos de servicio, docencia, investigación, difusión y extensión universitaria, así como la inter-relación con otras dependencias pertenecientes a la Facultad de Psicología.

c) Centro comunitario de atención psicológica “Los Volcanes” (C.C. A.P.)

Surgió por iniciativa del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, ante la necesidad de atender el incremento de problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje, violencia intrafamiliar y adicciones, en la población del sur de Tlalpan. A partir del convenio establecido con la Facultad de Psicología, este Centro fue inaugurado en noviembre de 2004. Se encuentra ubicado en calle Volcán Fujiyama esquina con Volcán Cofre de Perote s/n, Colonia Los Volcanes, Delegación Tlalpan, D.F.

Las principales problemáticas de los pueblos y colonias del sur de Tlalpan son: 1) altos índices de pobreza (además de presentar marginación en algunas colonias), 2) desintegración familiar (con diferentes tipos de violencia), 3) consumo de drogas (las más comunes son el uso de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalantes). Estas problemáticas acercan las actividades de docencia, formación profesional y servicio social de la Facultad de Psicología a las necesidades de atención y solución de problemas psicológicos en el ámbito clínico comunitario de la colonia Los Volcanes.

Objetivo

Contribuir a la formación profesional de los estudiantes a través de su participación en actividades diagnósticas, psicoterapéuticas, preventivas y de investigación, bajo la supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la Psicología, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

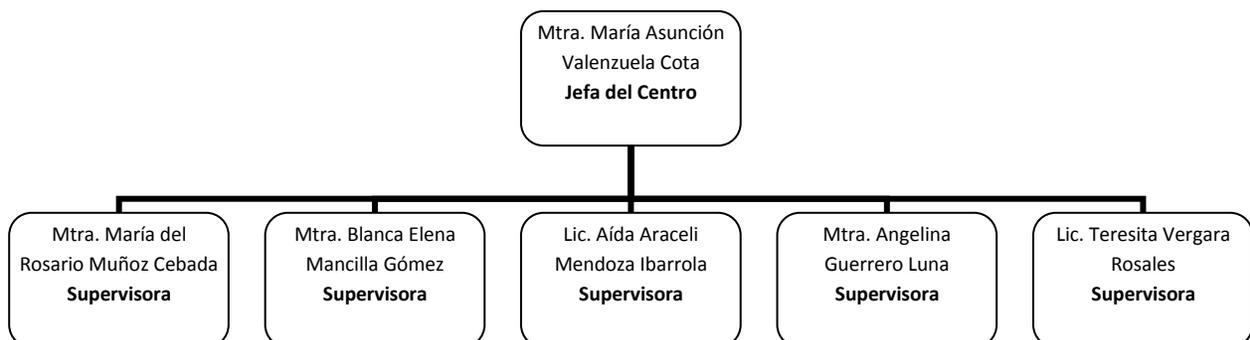
Misión

Ofrecer servicios psicológicos de calidad relativos a evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de problemas de salud mental, al alcance de la población que acude al Centro comunitario, mediante el desarrollo de actividades para la atención y solución de problemas, fomento de la salud e investigación clínica comunitaria.

Visión

Desarrollar un Centro de Atención Psicológica con psicólogos que realicen una labor profesional de alto nivel, procurando elevar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad en el sentido de contar con más recursos para prevenir, enfrentar y solucionar necesidades de salud mental comunitaria, en los niveles individual, familiar y social.

Organigrama. Centro comunitario “Los Volcanes”



La población a la que se atiende incluye niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y familias. Las demandas más frecuentes de terapia son: depresión, duelo, proceso de divorcio, abuso sexual infantil, y problemas en la relación madre-hijo, problemas de aprendizaje, emocionales y de conducta.

Por lo anterior, el Centro ha elaborado diversos programas entre los que se encuentran:

- Clínico-Asistencial, el cual es atendido principalmente por estudiantes de servicio social contando con la supervisión clínica. Las actividades que se llevan a cabo son entrevistas de evaluación individual y familiar; psicodiagnóstico; psicoterapia breve, de juego e intervención en crisis; orientación individual y familiar; canalización a instituciones y seguimientos de casos.
- Supervisión clínica, es una de las actividades fundamentales de este Centro y se realiza tanto individual como colectivamente. Se busca poder evaluar, tomar decisiones y asesorar directamente los casos que se presentan.
- Servicio Social, está integrado por estudiantes de Psicología principalmente, de noveno semestre y egresados a quienes se les capacita durante el servicio.
- Prevención, se realizan conferencias, talleres, cine debate, etcétera.
- Prácticas Profesionales y Voluntarios, estas actividades sólo se desarrollan a partir de programas de práctica supervisada que se establecen directamente con los profesores de la Jefatura del Centro.
- Docencia Curricular y Extracurricular, el Centro sirve de escenario para llevar a cabo la parte práctica de algunas materias del plan curricular de la Facultad de Psicología.

Cada uno de los programas cuenta con la participación activa, comprometida y responsable de prestadores de servicio social, residentes de maestría, voluntariado y supervisores.

Dentro de las actividades clínicas en general y de especialización que se desarrollan en el centro se encuentran (véase cuadro 1):

Cuadro 1. Actividades psicoterapéuticas realizadas en el Centro

ACTIVIDADES PSICOTERAPÉUTICAS	
GENERALES	ESPECIALIZADAS
<ul style="list-style-type: none"> • Pre consulta • Evaluación Clínica • Psicodiagnóstico • Juego diagnóstico • Orientación: individual, familiar, de pareja y a padres • Intervención en Crisis • Psicoterapia focalizada y breve • Referencia Institucional 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia Individual • Psicoterapia Familiar y de Pareja • Psicoterapia Grupal • Terapia de Integración Sensorial • Psicoterapia de juego

Es importante mencionar que aunque es el Centro con menor tiempo de apertura, a logrado ser reconocido tanto por las autoridades de Facultad de Psicología, como por los representantes del Movimiento popular de las colonias del sur y la comunidad, como un espacio de calidad profesional y humana.

d) Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

El Manicomio General de México, construido a principios de este siglo (1910) albergaba en sus pabellones a mujeres, hombres y niños, sin que existiera una diferenciación clara de acuerdo a la edad y al proceso psicológico. Después de mucho esfuerzo y trabajo, se logró separar a los niños de los adultos, pues éstos además de sufrir de las carencias propias de la época, tenían que estar en contacto con las enfermedades mentales que presentaban los adultos.

Durante varios años estuvieron reunidos en un solo pabellón niños con diferentes padecimientos y de diferentes edades (desde lactantes de seis meses hasta adolescentes de 18 años), por lo tanto el siguiente paso importante, fue la división de

los niños en diferentes pabellones según su padecimiento, entre estos pabellones se encontraba el “Pabellón de Psiquiatría Infantil” el cual representó un gran paso en el progreso de la atención psiquiátrica de los niños.

El siguiente paso fue mayormente significativo pues al construir un hospital psiquiátrico para la atención de los adultos, lo que anteriormente fue el Pabellón de Psiquiatría Infantil del “Manicomio de la Castañeda” se transformó en el Hospital Psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro fundado el 24 de Octubre de 1966. Ese día se convirtió en una fecha histórica para la psiquiatría en México.

El Hospital inició sus actividades con el objetivo de impartir atención integral al enfermo mental, menor de diecinueve años, de ambos sexos, que no se encontrará protegido por los sistemas de seguridad social, especialmente a los de escasos recursos económicos, para después readaptarlo al medio familiar y social de donde provenían.

Actualmente sus objetivos se han ampliado y organizado en tres niveles: atención primaria, que consiste en la promoción de la higiene mental y la protección específica de los diferentes padecimientos; atención secundaria, encaminada al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno y la atención terciaria, que corresponde a la rehabilitación, tanto psicomotriz como de readaptación social. Esta atención se proporciona de manera continua e integral.

El modelo interdisciplinario del Hospital se encuentra en cada servicio que ofrece, como son: la paidopsiquiatría, la psicología, el trabajo social, la enfermería asociada a los diagnósticos terapéuticos y de rehabilitación cada uno de ellos en apoyo al infante; servicios psiquiátricos que se rigen por la norma oficial NOM-025-SSA"-1994; por lo que el hospital cuenta con instalaciones apropiadas para atender a las personas que soliciten atención.

Las funciones básicas del hospital están divididas en tres grandes áreas que son:

Admisión y urgencias. En esta se evalúa a los pacientes de primera vez y se les asigna el servicio que se encargará de darles seguimiento y tratamiento. Proporciona atención las 24 horas, los 365 días del año.

Consulta externa. Es el área donde se atiende a los menores con alteraciones específicas de una o varias áreas de desarrollo. Trastornos de las emociones, como ansiedad, fobias, ataques de pánico o depresión y las reacciones de adaptación social. Trastornos de la conducta, como el déficit de atención, hiperactividad y las alteraciones en el aprendizaje.

Proporciona ayuda integral a niños y adolescentes así como a sus familiares, que presentan problemas relacionados con el abuso sexual y/o negligencia en el área de la sexualidad.

Apoya al tratamiento de los trastornos que inician en la adolescencia o en etapas más tempranas. Brinda atención a menores con trastornos generalizados del desarrollo como es el autismo y la psicosis en sus diferentes manifestaciones.

Hospitalización. Consta de tres unidades donde se presta un servicio integral a menores de 19 años, que ameritan manejo intrahospitalario por encontrarse en fase aguda de su padecimiento. Algunos ejemplos de estos son: psicosis de diferentes tipos, como son tóxicas u orgánicas, entre otras, agitación psicomotriz, trastornos de conducta y personalidad, depresiones severas, retraso mental, entre otras. El área de hospitalización cuenta con diferentes unidades para la mejor atención de los usuarios:

- **Unidad de PAIDEIA.** (Programa de Atención Integral a Niños Adolescentes con problemas de Fármaco-dependencia), en esta unidad se atiende a niños y adolescentes que tienen problemas con la adicción y el abuso de sustancias en un modelo de atención similar a una comunidad terapéutica. Los pacientes tienen

diversas actividades como educación física, terapia ocupacional, además de las propias de su tratamiento.

- **Unidad de Adolescentes Varones (UAV).** Trata a pacientes con trastornos psiquiátricos agudos que requieren hospitalización para su manejo. Estos pacientes tienen un rango de edad entre doce y diecisiete años once meses y el promedio de estancia es de 30 días. Existe también la **Unidad de Adolescentes Mujeres** que brinda la misma atención.
- **Unidad de cuidados prolongados.** Trata a pacientes que por diferentes razones han quedado bajo los cuidados del hospital, sin tener visitas de sus familiares.

Las actividades de enseñanza e investigación se realizan de acuerdo con los principios de la ética médica, la Ley Federal de Salud y su reglamento en materia de investigación para la salud, así como en la aplicación de la norma internacional de protección de las personas que padecen enfermedades mentales.

e) *Fundación Bringas Haghenbeck, IAP*

La fundación Bringas Haghenbeck, surge a partir de la unión de dos fundaciones: a) la fundación Luz Bringas, fundada el 9 de Julio de 1935 y b) la fundación María de los Ángeles Haghenbeck, el objetivo de esta institución fue ofrecer atención a niños y ancianos o personas solitarias, otorgándoles casa y alimentos.

Los patronos de ambas fundaciones decidieron fusionar ambas Instituciones a efectos de reducir los costos administrativos, con la finalidad de lograr mayor efectividad en las obras, por lo que en el año 1992, nace la “Fundacion Bringas Haghenbeck, IAP”.

Misión:

Participar activamente en el desarrollo y bienestar social de diversos grupos o sectores de la población mediante:

- La creación, sostenimiento, promoción y apoyo a establecimientos de atención a niños, jóvenes y personas de la tercera edad, tales como Escuela, Residencias, dispensario y Centros comunitarios.
- El otorgamiento de BECAS, ayudas económicas, subsidios y pensiones a personas de escasos recursos.

Esta misión abarca tres sectores que a continuación se describen:

- Educativo. El objetivo fundamental de este servicio asistencial es contribuir en conjunto con los padres en la educación y formación de sus hijos, quienes en ocasiones, por falta de tiempo y espacio no pueden ofrecerles la preparación y desarrollo previo para iniciar la primaria. Trabaja en el desarrollo de su creatividad y autosuficiencia fomentando valores para su formación.

Respecto a los jóvenes trabaja en su formación integral, ampliando sus conocimientos en Cómputo e Inglés, proporcionando además la práctica del deporte. Ayuda a quienes desafortunadamente no tienen posibilidades de cursar una licenciatura brindando a señoritas, madres solteras y jóvenes, una alternativa de preparación a corto plazo, que les permita mejorar su calidad de vida.

- Tercera edad. Dado que la familia se encuentra actualmente en crisis y existe por tanto dificultad para albergar a sus miembros mayores o éstos desean vivir con otras personas, se busca proporcionar una solución digna que corresponda a un estilo de vida en familia como una opción que asegure un ambiente positivo para su desarrollo, crecimiento, armonía y paz interior.
- Salud. El objetivo es fomentar y promover en la comunidad la enseñanza de hábitos de higiene, de nutrición y prevención de enfermedades, a fin de promover bienestar físico, mental y espiritual. Además, mediante la promoción del deporte se pretende liberar a los jóvenes del problema de la Drogadicción.

Justificación

En los últimos años se han incrementado los problemas sociales asociados al desarrollo del ser humano y a su salud mental.

Las barreras para buscar atención están relacionadas principalmente con:

- Poca credibilidad que se le da al tratamiento médico, 58% hombres, 68% mujeres.
- El acceso a los servicios de salud es difícil 8% hombres, 14% mujeres.
- Falta de información 8% hombres, 14% mujeres.

Estas barreras están relacionadas con el bajo nivel de escolaridad e ingresos de las familias y con la estigmatización de los trastornos mentales (*Programa de Acción en Salud Mental, SSA, 2001*), por lo que es indispensable que se valore la salud mental como una forma de acrecentar la equidad de oportunidades para la población.

En este sentido, la salud es junto con la educación el componente central de capital humano (*Programa de Acción en Salud Mental, SSA, 2001*), por lo que es importante promover y asegurar que la población en general tenga acceso a servicios de calidad en salud mental, a fin de fomentar el desarrollo pleno e integral, mejorando así las capacidades y potencialidades de los individuos. En otras palabras, la protección a la salud es un valor que fortalece el tejido de nuestra sociedad.

En cuanto a la atención psicoterapéutica que se brinda en el área de psicología se ha observado que las principales problemáticas que presentan son: problemas emocionales, violencia familiar, baja autoestima, depresión, bajo rendimiento escolar, angustia, pobreza y marginación, problemas relacionados con alcoholismo y drogadicción, problemas de aprendizaje y deserción escolar en adolescentes.

Tales problemáticas, brevemente expuestas, evidencian la necesidad de establecer dispositivos de intervención psicológica tanto a nivel individual como a nivel

grupal y comunitario, para participar en una solución integral de dichos problemas. Estos puntos pueden generar profundas secuelas tanto físicas como psicológicas en el individuo, principalmente en los niños y en los jóvenes, por ser la población más vulnerable.

Existe una significativa tendencia a que los niños y jóvenes inmersos en tales circunstancias repitan los patrones de conducta negativos a los cuales han estado expuestos, repitiéndose de nuevo ciclos de violencia, de maltrato, desprotección social, etc., que tanto afectan a nuestro país y especialmente a la Delegación Iztapalapa, que es la zona donde se encuentra ubicado el Centro comunitario “San Lorenzo”.

Entre la población que principalmente acude al servicio de psicología se encuentra población adulta, los cuales desempeñan actividades que van desde el comercio, servicios, empleados, exclusivamente al hogar y desempleados; además de adolescentes y niños.

El Centro y en especial el área de psicología cuenta con tres tipos de personal: personal en nómina, personal remunerado con una ayuda económica para transporte y personal voluntario, con estudios que van desde licenciatura, maestría y especialidades, entre las que se encuentran (véase cuadro 2):

Cuadro 2. Grados y especialidades del personal del área de psicología

Grados	Especialidades
Maestría en Psicoterapia Gestalt	Intervención en Crisis
Maestría en Psicoterapia para Adolescentes	Terapia Breve y Manejo de Grupos en Crisis
Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica.	Emocional.
Maestría en Psicoterapia Sistémica	Psicodrama
Maestría en Psicoterapia Infantil	

Cada uno de los profesionales que integran el equipo de atención psicológica en el Centro comunitario “San Lorenzo”, trabajan en conjunto, sin imponer una forma de abordar las problemática sobre otra, si no que favorecen el bienestar de las personas.

f) Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) es producto de la fusión del Instituto Nacional de Comunicación Humana, el Instituto de Medicina de Rehabilitación y el Instituto de Ortopedia, que se realizara el 7 de Agosto de 1997, surgiendo como un instituto desconcentrado de la Secretaria de Salud. De esta manera surge una institución única en su género no solo dentro del país, sino a nivel Latinoamérica.

Objetivo

El objetivo del Instituto consiste en proporcionar a las personas el tratamiento y la rehabilitación de diversas discapacidades, entre sus objetivos principales se encuentran:

- El impulso de acciones preventivas de la discapacidad, así como la mejora en la atención de esta.
- Busca proporcionar servicios de calidad mediante la aplicación de avanzados conocimientos científicos y el uso de tecnología de punta, buscando incidir de manera integral en aspectos físicos, psicológicos, sociales y ocupacionales.
- Formación y capacitación de recursos humanos para la rehabilitación.
- Desarrollo de investigación científica que permita un mayor conocimiento del fenómeno de la discapacidad, tanto a nivel epidemiológico, preventivo, fisiológico, familiar y social.

En el INR, se brinda servicio bajo nueve especialidades diferentes entre las cuales se encuentra: Audiología, Foniatría y Patología Del Lenguaje; Ortopedia; Medicina de Rehabilitación, Centro Nacional de Investigación y Atención a Quemados, Medicina del

Deporte, Oftalmología, Otorrinolaringología, Anestesiología, al igual que Servicios Auxiliares de Diagnostico y Tratamiento (véase cuadro 3).

Cuadro 3. Especialidades en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Especialidad	Características
Audiología	Brinda atención a pacientes de todas las edades con discapacidad auditiva de todos los tipos, acufeno u otra sintomatología audiológica para establecer el diagnóstico o el tratamiento médico y de rehabilitación.
Foniatría	Atención especializada, docencia e investigación en patología de la voz, habla y deglución. Se enfoca en problemas de la voz, trastornos motores del habla y del ritmo del habla. Junto con la Asociación Mexicana de Laringectomizados I.A.P. realizan valoraciones médicas individuales.
Patología del Lenguaje	Proporciona asistencia a pacientes con alteraciones en lenguajes ya sea verbal o escrito, además de brindar capacitación a otras áreas de audiología y foniatría, en conjunto con la investigación de problemas y alteraciones en la adquisición del lenguaje, afasias y alexias.
Ortopedia	Dentro de esta área existen 13 sub áreas para brindar un mejor servicio, las cuales son: cirugía de columna, cirugía de mano, deformidades neuromusculares, infecciones óseas, ortopedia del deporte y artroscopia, ortopedia pediátrica, reconstrucción articular cadera y rodilla, reconstrucción articular hombro-codo, reumatología, traumatología, unidad de cuidados intensivos y urgencias.
Medicina de Rehabilitación	Esta área se enfoca en apoyar a los pacientes en su adaptación a su ambiente bopsicosocial y laboral en el menor tiempo posible, de acuerdo a las características individuales. Por otro lado, buscan desarrollar protocolos que permitan prevenir o disminuir el riesgo de amputaciones y mejorar prótesis.
Investigación y atención a quemados	Es el área más reciente del Instituto, fue inaugurada el 4 de enero del 2011. Se realiza investigación para el mejor conocimiento, tratamiento y rehabilitación de lesiones por quemaduras, en los seres humanos.
Oftalmología	Brinda diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oftálmicas con especial interés en cataratas en conjunción con el programa Nacional de Catarata, aunque atiende glaucoma, retinopatía diabética y enfermedades inflamatorias del globo ocular.
Otorrinolaringología	Tiene como función el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación quirúrgica y prevención de los trastornos que producen discapacidad de la audición, el equilibrio, voz, deglución y del aparato resonancia nasal.
Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Es el área encargada de realizar estudios útiles en el diagnóstico como lo son: tomografías, resonancias, estudios gammafráficos, electroencefalogramas, mapeos cerebrales, etc. En esta área se ubican también el laboratorio central como el de urgencia. También se evalúan trastornos que afectan procesos sensoriales, neuromotrices o cognitivos.

La investigación es un elemento presente en todas las áreas; sin embargo existe un área independiente de investigación enfocada en dos áreas principales biomédica y tecnología. Dichas áreas a su vez cuentan con subdivisiones: lesiones de hueso y articulaciones, distrofias musculares, malformaciones congénitas, análisis de

movimiento, trasplantes, quemaduras, medicina genómica, tumores musculoesqueléticos y neurociencias.

Dentro del Instituto la enseñanza es un tema importante, por lo que cuenta con espacios de servicio social y practicas profesionales dentro de sus diferentes áreas, así como la licenciatura en terapia de comunicación humana, terapia ocupacional y terapia física y de rehabilitación. Es sede de la maestría y posgrado en ciencias de la salud impartida por la UNAM.

La psicología es un área importante, ya que muchos de los especialistas que realizan evaluaciones respecto a problemas del aprendizaje son precisamente egresados de esta área, los cuales se encuentran inmersos en cada una de las especialidades del Instituto, particularmente en el área de comunicación y medicina del deporte.

En cuanto a la terapia familiar esta depende del servicio de rehabilitación integral, los pacientes que llegan a este servicio, son previamente valorados por psicólogos que consideran como apoyo a la terapia individual y la terapia familiar, por lo que generalmente los pacientes reciben ambos servicios. No existe una estadística clara sobre los motivos por los que las familias son derivadas a terapia familiar, sin embargo en general puede decirse que las problemáticas se relacionan con el efecto de la discapacidad entre los demás miembros de la familia, el efecto en las relaciones de pareja, la rigidez en las dinámicas familiares, aunque en algunos casos se trabajan temas de pareja previos a la discapacidad.

En el Instituto, el área de Psicología y en especial la terapia familiar, es un servicio que tiene una alta demanda de atención, por lo que en el 2010 se establece contacto con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), para fungir como sede de la Maestría en Psicología, brindando la oportunidad a alumnos de realizar prácticas clínicas. Por lo anterior, se puede decir que la terapia familiar tiene un importante espacio dentro del Instituto.

II. MARCO TEÓRICO

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

Durante la mayor parte del siglo XX el enfoque psicodinámico predominaba dentro del campo de la Psicología, dicha orientación tiene como foco al individuo, el terapeuta con esta perspectiva se centra en los recuerdos, motivaciones y los sentimientos respecto a personas significativas. Otra área de la salud mental que también se enfocaba en el estudio del individuo era la Psiquiatría, contexto donde predominantemente se realizaron la mayoría de las investigaciones que incluían al individuo, miembros de su familia o la familia completa, las cuales derivaron en la consolidación de un nuevo enfoque la terapia familiar (Madanés, 2001).

La evolución de la terapia familiar implicó una manera diferente de percibir la realidad. El acto básico de la epistemología es crear la diferencia entre una pauta y otra: lo importante es que el mundo pueda percibirse de diferentes maneras, según las distinciones que uno establezca.

Von Foerster (1991) menciona que la palabra **epistemología** proviene del griego, *episteme* que significa conocimiento y *logos* tratado, de manera que podría traducirse como tratado del conocimiento o estudio del saber.

La **epistemología**, para von Foerster en 1991 es un intento de responder explícita o implícitamente a las preguntas básicas sobre el conocimiento, sus procesos y mecanismos; sus límites y condiciones; su sujeto y su objeto, es un amparo común al que se asoman muchas disciplinas específicas; en realidad, todo intento de conocer cualquier área.

Para Fishman y Rosman (1990, p. 27) la epistemología es “el estudio o una teoría de la naturaleza y los fundamentos del conocimiento”.

Bateson (1990 en Fishman y Rosman, 1990, p. 27) refiere que epistemología es “un conjunto de reglas inminentes usadas para pensar por grandes grupos de personas para definir la realidad. Otra forma sencilla de definir la epistemología podría ser “reflexionar sobre el pensamiento”.

Una nueva epistemología crea un nuevo conjunto de reglas, lo que definitivamente iniciará una nueva ciencia (Fishman y Rosman, 1990).

La epistemología de la terapia familiar se nutre para su desarrollo de cinco postulados teóricos: la Teoría General de los sistemas, la Cibernética, la Teoría de la Comunicación, el Constructivismo y el Construccinismo social.

1.1 Teoría General de los Sistemas

La base que orienta la forma de abordar e intervenir en terapia familiar es a partir del punto de vista sistémico el cual enfatiza el no aislar los elementos necesariamente, sino visualizar la relación entre ellos con el fin de comprenderlos desde su interacción contextual y exclusiva. El modelo sistémico nace de la teoría general de los sistemas, la cual fue concebida con el fin de construir un modelo práctico que conceptualizará los fenómenos que la ciencia clásica no podía explicar. Esta nueva teoría refiere que la formulación y derivación de estos principios son válidas para todos los sistemas en general (Von Bertalanffy, 1968).

La teoría general de los sistemas postula que “todo organismo es un sistema, o sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas” (Von Bertalanffy, 1968, p. 202) y por lo tanto todo sistema es una totalidad que se regula por retroalimentación.

Existen dos tipos de sistemas: a) un *sistema abierto* que se encuentra en interacción permanente con el entorno e intercambia con él materia, energía e información; el sistema expulsa también hacia el entorno la *energía usada o entropía*

(pérdidas, desechos, etc.) y b) un *sistema cerrado* que a la inversa del sistema abierto no presenta intercambio de materia, ni energía, ni información con su entorno. Es así, que este tipo de sistema no se deja modificar y tampoco lo modifica el entorno (Salem, 1990).

Por lo anterior, es que se comprende a la familia como un sistema abierto donde los miembros intercambian energía e información con su entorno, envían y reciben mensajes; de manera que resulta absurdo por más profunda y ampliamente que se estudie a uno de sus miembros, explicar por medio de éste, el comportamiento de la totalidad del grupo familiar (Andolfi, 1984).

Por su parte, Sánchez y Gutiérrez (2000) mencionan que la teoría general de los sistemas aplicada a la terapia familiar nos permite una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de sus relaciones; para los sistemas no hay ni existe la familia normal, cada familia tiene el derecho y la libertad de vivir su propia verdad y razón de vida, es así como surgen 5 principios básicos de los sistemas en la terapia familiar, los cuales son:

1. El sistema interactúa por las cualidades individuales de la suma de n elementos, es decir, el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.
2. El sistema familiar esta formado por subsistemas, en el cual existen jerarquías y se delimitan a través de obligaciones y responsabilidades.
3. Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, existe una retroalimentación constante.
4. En los sistemas familiares existe una estabilidad por el mecanismo de *homeostasis* que le facilitará mantenerse en equilibrio.

5. La familia es un sistema abierto, por lo tanto los cambios y progresos se dan en todos y cada uno de los miembros de la familia.

Para Salem (1990) existen tres conceptos principales que caracterizan a la teoría general de los sistemas.

El primero es el concepto de **totalidad**, según el cual el sistema es algo más que la suma de sus partes (principio de no sumatividad). Se tiene más en cuenta su funcionamiento global, como un todo.

La forma de desarrollarse las interacciones constituye el segundo concepto **la circularidad**, donde se pone en evidencia la importancia de la reciprocidad de las acciones y de las influencias que se ejercen entre las entradas y salidas del sistema, como entre los elementos que lo constituyen.

El tercer concepto es el principio de **equifinalidad**, que establece que los mismos efectos pueden tener orígenes diferentes, es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están sólo determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino también por sus diversos parámetros y por la propia naturaleza de los procesos de cambio.

Es así, que el concepto de sistema en la terapia familiar se utiliza para hacer referencia a un grupo de personas que interactúan como un todo funcional. Ni las personas ni sus problemas existen en un vacío. Ambos están ligados a sistemas recíprocos más amplios de los cuales el principal es la familia.

Por lo tanto, desde una intervención sistémica el terapeuta convocará a la familia completa, creando un contexto terapéutico tranquilizador y colaborativo evitando asumir el rol de juez (Andolfi, 1984).

Para concluir, se puede decir que con la incorporación de la teoría general de los sistemas en la intervención clínica y en especial con las familias, permitió visualizar la complejidad de los sistemas, así como las reglas establecidas por cada uno de los miembros del sistema, lo que permitió establecer estrategias que incidieran en las pautas de interacción y así producir un cambio. Tiempo después esta teoría se enriquecería con otros enfoques entre los que destacan: la cibernética, la teoría de los juegos, la teoría de las redes y la teoría de la información.

1.2 Cibernética

La investigación del grupo familiar se desarrolla a partir de una nueva epistemología “la epistemología de la cibernética” la cual se enfoca en la organización circular en lugar de una lineal.

La palabra Cibernética, que deriva de la voz griega *kubernetes* o *timonel*, tiene la misma raíz de la cual los pueblos de Occidente han formado gobierno y sus derivados (Wiener, 1981).

Wiener (1981) refiere que la cibernética es cualquier proceso que sirve de soporte a un intercambio de información, el cual es dinámico, donde hay un inicio y un regreso al medio que lo rodea, por lo que cuando dicha información es asimilada, el sistema tiene la capacidad de encargarse de su propio control.

Es importante mencionar que la cibernética proviene específicamente del control de las máquinas después aplicada a las ciencias sociales y del hombre. La primera vez que se habló de la importancia de los procesos de retroalimentación con respecto a la conducta intencional, fue en la primera de una serie de conferencias auspiciadas por la fundación Josiah Macy en 1942 (Vargas, 2004).

En esta primer conferencia, Wiener (1981) expone su definición de cibernética, la cual hace mención al proceso de la comunicación y el gobierno de las máquinas, esto lo

ejemplifica de la siguiente forma: “cuando una persona se pone en contacto con otra persona, le da un mensaje; cuando responde, da algo en relación con lo que se dijo y que contiene informes accesibles a él primordialmente y no a la persona que dijo el mensaje”.

Por lo tanto, el propósito de la cibernética es desarrollar una lengua y técnicas que permitan, no sólo encarar los problemas más generales de comunicación y regulación, sino además establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares por conceptos; a través de ofrecer un lenguaje único, en un conjunto de conceptos adecuados para representar los más diversos tipos de sistemas y conceptos que tienen correspondencia exacta en cada rama de la ciencia.

Desde lo postulado por la cibernética Gregory Bateson (1993), menciona que no solamente se puede entender a la sociedad mediante el estudio de los mensajes y de las reglas de la comunicación, ya que los acontecimientos parecen envolver algo más que las decisiones y acciones individuales, y estar determinados más bien por sistemas socioculturales, trátense de prejuicios, ideologías, grupos de presión, tendencias sociales, el crecimiento y la decadencia de las civilizaciones y muchos más aspectos.

A partir de la epistemología cibernética se desarrolló una nueva visión de la materia y la pauta; del cuerpo y la mente, además de establecer dos formas de abordaje terapéutico: la cibernética de primer orden y la cibernética de segundo orden.

a) La cibernética de primer orden, de los sistemas observados, esto es, el sistema observado se considera fuera del observador, donde, tanto su pauta como su organización están determinadas desde una perspectiva de observador-observado (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Se suponía que sus nociones describían realidades independientes del observador, que los modelos basados en esas nociones describían a los sistemas, sus enlaces circulares, sus mensajes, etc. como verdades ontológicas.

Ante este panorama, la función del terapeuta se reduce a interrumpir la homeostasis y promover el cambio de manera activa, asumiendo una posición de experto, diagnosticando y reparando el sistema familiar (Anderson, 1999).

Para Sánchez y Gutiérrez (2000) la cibernética de primer orden se caracteriza por dos periodos: primera cibernética y segunda cibernética.

El primer periodo (primera cibernética) se centraba en los procesos de retroalimentación negativa, postulando que los sistemas operan para lograr la homeostasis y la negación como principio ordenador, donde más allá de la entropía yace el caos y la destrucción.

La segunda etapa (segunda cibernética) se caracteriza por el modo en que los sistemas, cambian su organización por retroalimentación positiva (morfogénesis) en los procesos de desviación, en la estructura del sistema, el desequilibrio y la reestructuración del sistema, enfatizando en la dialéctica la estabilidad-cambio.

b) La cibernética de segundo orden considera al observador como parte de la realidad observada a través de la autoreflexión, autonomía, recursividad y neutralidad. La cibernética de segundo orden pone atención tanto en los “sistemas observados” como en los “sistemas que observan”.

En esta etapa de la evolución de la cibernética sus relaciones con la terapia familiar son de otra índole. No se trata aquí de proveer modelos basados en las nociones de circularidad, función, organización, etc., sino de dar un marco epistemológico general para el desarrollo de modelos aplicados al campo de la clínica.

La relación entre cibernética y terapia familiar, que consistía antes en un traslado de modelos, está ahora mediada por el desarrollo de una epistemología, de un marco conceptual y una postura respecto de las cuestiones del conocer, la verdad y la realidad. El terapeuta no es más alguien que describe al sistema “tal cual es desde

afuera”, sino alguien que “co-construye al sistema del que él también es participante” y más aun, el terapeuta mismo emerge como tal a través de esa participación y del tipo de instrumentos conceptuales que usa, co-generando una participación recíproca.

Para Ashby (en Hoffman, 1994) los cambios de primer orden son las respuestas correctivas a las fluctuaciones menores y los cambios de segundo orden se refiere a las diferencias radicales del medio.

Los investigadores de la familia, influenciados por una visión sociológica de la teoría general de los sistemas, han descrito históricamente dos importantes procesos en un sistema, los cuales organizan su propia estructura: **morfogénesis**, el potencial del sistema para el cambio, este proceso abarca una retroalimentación positiva; y **morfostasis** (homeostasis) el potencial del sistema para mantenerse igual o conservar el status quo, esto lo logra mediante el proceso activado por error, conocido como retroalimentación negativa (Hoffman, 1994).

Algunos especialistas en cibernética argumentan que esta visión dualista es una descripción equilibrada del proceso viviente. Si consideramos la **retroalimentación** como un proceso recursivo que genera diferentes órdenes de circularidad; entonces una nueva comprensión de la organización de los sistemas vivos aparece. Esta comprensión de la retroalimentación surge de una tradición de pensamiento que Von Foerster (1991) llamó “la cibernética de la cibernética” lo que implica que cualquier cambio que sea “solamente una fluctuación en un sistema, en un determinado momento puede convertirse de repente en la base de una disposición totalmente nueva del sistema en otro momento” (p.190).

A partir, de la cibernética se hizo posible pensar en una nueva manera de abordar los problemas e incluso probó ser una teoría atractiva para los investigadores interesados en estudiar las relaciones entre individuos y grupos humanos, entre los que encontramos: a Gregory Bateson que después de familiarizarse con los conceptos extraídos de la cibernética; los cuales le serían útiles para plantear constructos como el

“doble vínculo” en su investigación sobre la comunicación en pacientes esquizofrénicos. Además von Neuman y Wiener introdujeron la diferencia entre las claves analógicas y digitales que fueron retomadas en el libro de Paul Watzlawick Teoría de la comunicación humana (1986).

1.3 Teoría de la Comunicación

En latín *communicare* significa poner en común o estar en relación, pero no fue hasta el final del siglo XX que la palabra *comunicar* adquiere el significado de *transmitir* (una noticia, una información, etc). Sin embargo en la actualidad la comunicación es considerada como una acción de la cual la *información* es el producto. La comunicación se define como un sistema de comportamiento integrado, que tiene por efecto ajustar, evaluar y hacer posibles las relaciones humanas (Salem, 1990).

Bateson (1976) considera que cuando comunicamos al mismo tiempo se da un aprendizaje permanente en la forma que comunicamos y que dicho aprendizaje se puede describir en términos de cambio (porque una persona que aprendió algo es diferente con respecto al momento en que no se había aprendido), es así que describe cuatro niveles de aprendizaje.

Aprendizaje Cero, se caracteriza por lo específico de la respuesta, que correcta o incorrecta no está sujeta a corrección.

Aprendizaje I, es el cambio específico de la respuesta por medio de la corrección de errores dentro de un conjunto de alternativas.

Aprendizaje II, es el cambio en el proceso del aprendizaje I, por ejemplo, un cambio correctivo en el conjunto de alternativas a partir de las cuales se hace la elección o un cambio en la forma de puntuar la secuencia de la experiencia, es decir, hay un cambio en el proceso mismo del aprendizaje, a lo que Bateson llamaría “aprender a aprender” o

“aprendizaje secundario”. Algunas de las conductas aprendidas en este nivel son el fatalismo, la dependencia, la astucia, la confianza, el desapego, etcétera.

Aprendizaje III es el cambio en el proceso de aprendizaje II, por ejemplo, un cambio correctivo en el sistema de conjuntos de alternativas a partir de los cuales se hace la elección. En este nivel Bateson describe cuestiones fundamentales de la naturaleza humana como, la lucha perpetua entre, el deseo de seguridad, el miedo a la novedad, la voluntad de sacar lecciones de las experiencias pasadas a fin de prepararse mejor para afrontar los cambios continuos de nuestra relación con el mundo, y, por otra parte la disponibilidad del hombre ante los cambios perdurables de su entorno como la creatividad.

Por otro lado, Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) en su interés por examinar y destacar el punto de vista comunicacional como algo más que un mero ejercicio intelectual propone algunos axiomas exploratorios de la comunicación.

Axioma. *No es posible no comunicarse.*

Si consideramos que toda conducta es comunicación, la conclusión es que es imposible no comunicarse. Así, el silencio y la inactividad tiene un valor y una influencia interaccional. Desde este principio la patología puede adoptar diversas formas:

- **Rechazo a la comunicación.** Donde la persona puede mostrar rechazo a otra como una forma de manifestar su deseo de no establecer una relación.
- **Aceptación de la comunicación.** Aún cuando una persona desee establecer comunicación con otra, lo hace sobre la base de insatisfacción consigo misma por haber cedido al requerimiento del otro.
- **Descalificación de la comunicación.** Ésta puede asumir una variedad de conductas encaminadas a anular, ya sea su propia comunicación o la del otro. Así el sujeto puede mostrar contradicciones, cambios de tema, incongruencias, malos entendidos e interpretación metafórica de expresiones literales.

- **El síntoma como comunicación.** Aquí el sujeto adopta un síntoma para evitar comunicarse, como el fingir somnolencia, dolor de cabeza, etcétera.

Axioma. *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tal que el segundo clasifica al primero, es decir, se llega a una metacomunicación.*

El aspecto de contenido se refiere a la información que es transmitida, mientras que el aspecto relacional hace referencia a la parte no verbal del mensaje emitido y que tiene que ver con la interacción.

Axioma. *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los sujetos que están comunicando.*

La puntuación es una forma de organizar cadenas de interacción largas, con lo cual se determina el tipo de relación.

Axioma. *Una interacción está determinada por dos tipos de comunicación: la digital y la analógica.*

La comunicación digital se refiere a los datos, mientras que la comunicación analógica se refiere a las conductas que acompañan dicha información.

Axioma. *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según están basados en la igualdad o la diferencia.*

Una interacción simétrica se caracteriza por la igualdad de conducta de los participantes en comunicación; mientras que la interacción complementaria hace referencia a aquella relación en la que uno de los participantes asume una posición de superioridad con relación al otro, en tanto que este asume una posición de superioridad.

Como ya se mencionó, la teoría de la comunicación tiene diversas aportaciones de personalidades de la terapia familiar como: Don D. Jackson, Gregory Bateson, Paul Watzlawick, entre otros, los cuales trabajaron juntos en el Mental Research Institute (MRI), donde iniciarían importantes investigaciones con familias que tenían un miembro esquizofrénico, la premisa de dicha investigación era que: “la esquizofrenia infantil se debe a que el niño es atrapado por la madre en un contexto mental, basado en una comunicación de paradojas” lo cual llevaba a la madre no sólo a castigar al niño por sus demandas de cariño, sino también por cualquier insinuación que el niño hiciera respecto de que la madre no lo amaba (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Del mismo modo Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) refieren que la comunicación no se da en cadenas progresivas lineales, de causalidad, por lo tanto no tiene sentido hablar acerca del comienzo y el fin de una cadena, tales términos carecen de sentido en los sistemas como circuitos de retroalimentación, ya que en un circuito no hay comienzo ni fin. El mismo tipo de razonamiento se aplica a esta irremediable controversia: “la comunicación de una determinada familia es patológica porque uno de sus miembros es psicótico, o bien uno de sus miembros es psicótico porque la comunicación es patológica”.

Bateson (1971 en Salem, 1990) menciona que en la mayoría de los procesos de comunicación ignoramos los canales por los cuales fabricamos nuestros mensajes y los procesos por los cuales descodificamos y comprendemos los mensajes del otro y cómo respondemos; no prestamos atención a la multitud de detalles comportamentales por los cuales nos comunicamos: modular la voz, guiñar un ojo, agitar las manos, alzar una ceja; son muchos los mensajes que escapan ordinariamente al control de la conciencia y que responden a múltiples convenciones pasajeras que determinan que nuestras propuestas deben ser comprendidas entre líneas.

Una de las premisas de la teoría de la comunicación expresada por Bateson (1976), hace referencia a la teoría de los Tipos Lógicos de Whitehead y Russell. A partir de esta teoría y de las observaciones con pacientes esquizofrénicos, se deriva la

descripción de una situación llamada del “doble vínculo” y de las condiciones necesarias para ella, una situación en la cual una persona, haga lo que haga, “no puede ganar” y por lo tanto la persona atrapada en el doble vínculo puede desarrollar síntomas esquizofrénicos.

Para Bateson, Haley, Jackson y Weakland, una situación de doble vínculo se presenta cuando (Bateson, 1976):

1. Dos o más personas participan en una relación intensa que tiene un gran valor para la supervivencia física y/o emocional de una, varias o todas ellas.
2. Experiencia repetida, que pasa hacer una expectativa habitual.
3. Un mandato primario negativo porque implica castigo, que generalmente suele ser la pérdida de afecto.
4. Un mandato secundario en conflicto con el primero, el cual también implica castigo.
5. Un mandato negativo terciario que prohíbe a la víctima escapar.
6. Una vez instituido el doble vínculo como unidad, el conjunto de ingredientes deja de ser necesario.

Estos mismos autores refieren que la exposición de una persona a una situación de doble vínculo tiene el efecto de producir una incapacidad para discriminar entre los tipos lógico. Las características generales son:

- a) El individuo está envuelto en un relación en la cual siente que es vitalmente importante que discrimine acertadamente qué clase de mensaje le está comunicando, para poder responder a el de manera adecuada.
- b) La relación en la cual se encuentra el individuo, se expresan dos órdenes de mensajes y uno de ellos niega al otro.
- c) El individuo es incapaz de comentar los mensajes, es decir, no puede formular una enunciación metacomunicativa.

En cuanto a la situación familiar del esquizofrénico, está puede ser descripta de la siguiente manera:

1. Un niño cuya madre se angustia y se aísla si el niño le responde como a una madre amorosa, es decir, la madre se angustia y se porta hostil cuando se encuentra en peligro de un contacto cercano con el niño.
2. Una madre para la cual no son aceptables sus sentimientos de angustia y de soledad hacia el niño, cuya manera de negarlos consiste en expresar una conducta manifiesta de amor para persuadir al niño de que le responda como a una madre amorosa y que se alejará de él si no lo percibe.
3. La falta en la familia de alguna persona que pueda intervenir en las relaciones entre la madre e hijo frente a las contradicciones del juego.

Es así, como para Bateson, Watzlawick, Jackson, Haley y Weakland el proceso de la comunicación es el eje central para entender la conducta humana, ya que mencionan que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación.

1.4 Constructivismo

Como se mencionó anteriormente a partir de la teoría general de los sistemas. la cibernética y la teoría de la comunicación se modificó la forma de abordar los problemas y las intervenciones para el trabajo con grupos (familias y pareja), proporcionando una base epistemológica y un lenguaje apropiado para referirse al cambio personal y social, sin embargo para Keeney (1987), el terapeuta que adopta una forma de pensar a través de las teorías mencionadas, es como ingresar en un mundo de descripción radicalmente distinto al habitual, por lo tanto menciona que lo ideal sería dejar atrás la dicotomía tradicional entre teoría y práctica clínica, hasta llegar a experimentar una epistemología alterna, con el propósito de mejorar la comprensión que tiene el clínico de su contexto, en el cual él es un miembro participante.

En los últimos años una epistemología alterna se ve representada por el **Constructivismo**, en esta podemos observar la presencia de una tradición relacionada con la filosofía, con la biología, con la psicología cognoscitivista o incluso, con una ingeniosa combinación de éstas. El término constructivista fue introducido por Jean Peaget en la década de 1930, pero tuvo una escasa acogida en la literatura psicológica.

En la actualidad el constructivismo es considerado como una escuela de pensamiento que estudia la relación entre, el conocimiento y la realidad dentro de una perspectiva evolutiva, postula que un organismo nunca es capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, pues solamente puede construir un modelo que se ajuste a ella, a un modelo o “mapa” que se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente y obedece a principios evolutivos de selección (Simon, Stierlin y Wynne, 1984 en Limón, 2005).

Por lo tanto, el constructivismo es una teoría del conocimiento que propone una ruptura radical con la epistemología tradicional; pensar de modo constructivista implica cambiar modalidades y contenidos de pensamiento. El constructivismo se deriva de cuatro fuentes, las cuales son (Von Glasersfeld, 2000):

- **El lenguaje**, es una fuente de constructivismo, ya que a través del lenguaje no se trata simplemente de una cuestión de vocabulario o gramática, sino de una cuestión de conceptos que cada una de las personas a través de constructos piensan que su modo de ver el mundo es el justo. Y por lo tanto cada grupo de personas puede tener razón *ad intra*, pero no *ad extra*; y más tarde percibe que también hay diferencias intelectuales entre las personas que tienen una misma lengua materna.
- **La posición filosófica de los escépticos**, sostiene que lo que llegamos a conocer ha pasado a través de nuestro sistema sensorial y a través de nuestro sistema cognitivo; la interacción entre estos dos sistemas nos proporciona una imagen. En el momento en que quisiéramos saber si está imagen es correcta –

una imagen verdadera del mundo exterior- descubriremos que somos completamente incapaces de hacerlo, porque cada vez que miramos al mundo exterior, lo que percibimos a través de nuestros órganos sensoriales y de nuestro sistema cognitivo se decodifica. Así pues, estamos atrapados en una paradoja: queremos creer que podemos entender el mundo exterior, pero no podemos afirmar la verdad de este conocimiento, porque para hacerlo necesitamos una comprobación que sencillamente no podemos hacer.

- **La evolución, un concepto clave de la teoría de Darwin**, desde esta perspectiva el conocimiento no ofrece la reproducción de un mundo independiente, sino un mapa de lo que se puede hacer en el ambiente tal y como es percibido.
- **La cibernética**, el uso del termino información no tiene sentido en el contexto. Podemos hablar de información en relación con nuestra experiencia personal, pero no respecto a algo que, según se supone, se esconde más allá de nuestra barrera perceptiva.

A partir de dichas fuentes se puede decir que el constructivismo es un modo de pensar y no sólo una descripción del mundo, es un modelo sin pretensiones ontológicas que se propone describir una realidad absoluta, sino que se enfoca en los fenómenos de la propia experiencia; desde el punto de vista constructivista no se puede conocer una realidad independiente del observador, el constructivismo no hace afirmaciones ontológicas. No dice cómo es el mundo, sino que sugiere una forma o un modelo de pensarlo.

Es probable que el mejor modo de definir el constructivismo sea afirmar que es el primer intento serio de separar la epistemología (el estudio de lo que podemos conocer y de cómo llegamos a hacerlo) que ha estado siempre ligada a la concepción según la cual el conocimiento debe ser una representación de un mundo externo, real; por el contrario el constructivismo sugiere que el conocimiento debe ser operativo para que se

adapte a nuestro objetivo, y que se debe armonizar con nuestro mundo perceptivo, porque es el único que nos interesa (Von Glasersfeld, 2000).

Para Mahoney (2005) el constructivismo se expresa en una variedad de perspectivas sobre la experiencia humana y menciona que son cinco los temas básicos del constructivismo:

- **La actividad**, donde se sugiere que los seres humanos no son instrumentos pasivos dentro del juego de la vida sino que son agentes que actúan en y sobre el mundo, por lo tanto el constructivismo afirma que los seres humanos somos participantes activos de nuestra propia vida.
- **El orden**, el constructivismo reconoce que necesitamos orden, ya que organizamos nuestro mundo y reaccionamos al orden dentro de él.
- **La identidad**, sugiere que organizamos el mundo gracias a que nos organizamos primero a nosotros mismos.
- **La relación sociosimbólica**, hace mención que la gran parte del orden que buscamos y del significado que creamos emerge de lo que sentimos con otras personas.
- **El desarrollo vital**, el constructivismo habla de ciclos y espirales de experiencia. El constructivismo pone atención en los procesos de desarrollo.

A partir del constructivismo se desarrollaron una serie de premisas que sustentan lo siguiente: (Mahoney, 2005)

- La experiencia humana crea una actividad continua.
- La mayor parte de la actividad humana está dedicada a los procesos de ordenamiento, a las pautas de organización de la experiencia; estos procesos de

ordenamiento son principalmente emocionales, estratégicos y categoriales (dependen de los contrastes) y representan el aspecto central de la creación de significados.

- La organización de la actividad personal es fundamentalmente autorreferente o recursiva, al hacer del cuerpo la piedra angular de la experiencia y al estimular un sentido fenomenológico del sí mismo o identidad personal.
- La capacidad de auto-organización creación de significados está fuertemente influida por los procesos sociosimbólicos; las personas existen dentro de redes vivas de relaciones, muchas de las cuales están mediadas por el lenguaje y por sistemas simbólicos.
- Cada vida humana refleja los principios de la dialéctica dinámica del desarrollo; que pueden conducir a episodios de desorden (desorganización) y, bajo algunas circunstancias, a la reorganización (transformación) de las pautas nucleares de actividad, incluyendo la creación de significado y la relación con uno mismo y con los demás.

Todas estas premisas sugieren que una perspectiva constructivista de la experiencia humana es aquella que enfatiza la acción creadora de significados a través del desarrollo de uno mismo en sus relaciones con los demás.

1.5 Construccinismo Social

Si bien durante la elaboración de este escrito, se ha observado que no existe una epistemología única que nos guíe en la forma de trabajar con las familias, sino que como lo menciona Keeney (1987) las epistemologías se enfrentarán con epistemologías de un orden superior, que a su vez se enfrentarán con epistemologías de un orden superior, y así siguiendo hasta el infinito, lo que sugiere que las epistemologías son procesos recursivos, dicho de otra manera se podría decir que el propio conocimiento acerca de la terapia cambia la terapia propia, que a su vez cambia el propio conocimiento acerca de la terapia y uno de estos cambios se presentó con el construccionismo social.

Los teóricos del construccionismo social creen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje, por lo tanto el posmodernismo considera: (Anderson, 2005)

- **La realidad**, lo que llamamos la verdad, como una construcción social y, por tanto, de naturaleza relacional. La realidad como algo dinámico, en constante creación, fluida y siempre cambiante.
- **El conocimiento**, lo que conocemos o creemos conocer, también es visto como una construcción social. El conocimiento y el que conoce son interdependientes.
- **El lenguaje**, la comunicación tanto hablada como no verbal, es visto como formativo, creador y generador. El lenguaje es el vehículo principal a través del cual construimos y le damos sentido a nuestro mundo. El lenguaje no refleja simplemente la realidad, sino que crea la realidad social y el conocimiento.
- **Los significados**, o el sentido que les damos a las cosas, no se localizan en las palabras mismas, sino que se va desarrollando en el modo en el que usamos las palabras unos con otros, a través de la conversación y la interacción, dentro de un contexto social y cultural más amplio.
- **La heterogeneidad, la multiplicidad y la divergencia** de muchas voces vistas como la semilla de lo novedoso.

Para Gergen y McNamee (1996) el construccionismo favorece el tipo de reflexión crítica que podría abrir una vía a futuras formas de comprensión, además de constituir un desafío crítico al dualismo sujeto-objeto sobre el que se basa la concepción tradicional del terapeuta-científico.

A partir, de la postura reflexiva para la terapia familiar Hoffman (1996), refiere que este enfoque es más participativo que otros y está menos orientado hacia los

objetivos. Sus principales representantes son Harlene Anderson y Harry Goolishian los cuales desertaron de las filas de la cibernética y se pasaron a las de la hermenéutica.

Estos autores consideraban que había serias limitaciones en las técnicas sustentadas por la cibernética, en los modelos cognitivos y constructivistas, sobre todo por su visión del ser humano como “una máquina de procesamiento de información, y no como seres generadores de significados” (Goolishian y Anderson, 1996), se trata de una concepción que destaca que los significados sólo existen dentro del discurso, el lenguaje y la conversación, y que las personas solamente viven y entienden su vida a través de realidades narrativas, construidas socialmente, que le dan sentido y organización a su experiencia (Limón,2005).

Para Goolishian y Anderson (1996) su actual posición narrativa se apoya en las siguientes premisas:

Primera: *El sistema terapéutico es un sistema lingüístico, ya que los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y quienes mejor pueden describirlos son los individuos que participan en ellos y no los observadores externos.*

Segunda: *Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su interacción dialogal. El significado y la comprensión se construyen socialmente.*

Tercera: *El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de la solución del problema.*

Cuarta: *El sistema terapéutico de di-solución del problema y de organización del problema.*

Quinta: *El terapeuta es un participante-observador y un participante- facilitador de la conversación terapéutica.*

Sexta: *El terapeuta ejercita una pericia en la formulación de preguntas desde una posición de “ignorancia”, en vez de formulación de preguntas por un método que requiera respuestas específicas, es decir, el terapeuta adquiere una posición de “no saber”, ya que el terapeuta se limita, sin ideas preconcebidas, a estimular la conversación de los clientes, asumiendo una posición hermenéutica.*

Séptima: *Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que deriva su significado.*

Octava: *Vivimos en y a través de las identidades narrativas que desarrollamos en la conversación.*

Por lo descrito anteriormente, se puede decir que la psicoterapia, en esencia es conversación; sin embargo no son conversaciones ordinarias. Las conversaciones terapéuticas se organizan con el deseo de calmar el dolor mental, el sufrimiento y producir alivio, por lo tanto Karl Tomm (1987) instituyó en sus entrevistas e intervenciones la formulación de preguntas reflexivas orientadas a permitir a los pacientes o a las familias generen, por sí mismos, nuevos patrones de cognición y comportamiento.

Por otro lado, Hoffman (1996) menciona que el concepto de reflexividad implica que hay una equidad en la participación, aun cuando las partes puedan tener posiciones o características diferentes.

Para Anderson (2005) su trabajo en las entrevistas ha cambiado la forma de pensar sobre sus clientes, sus dilemas y su relación con ellos, lo que la ha llevado a hablar más de una “postura filosófica” que de un cuerpo teórico. Como postura filosófica, se refiere a:

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

- Una actitud, una postura, un tono que comunica a la otra persona que es un ser único, no una categoría de gente, que tiene algo que decir digno de escucharse.
- Una forma de interactuar auténtica, espontánea y natural en la relación.
- Aunque esta postura tiene ciertas expresiones identificables comunes, es distinta para cada sistema humano, sus circunstancias y sus necesidades.

En resumen, se puede decir que la conversación y las preguntas terapéuticas que surgen de la posición de ignorancia constituyen un esfuerzo solidario encaminado a generar un nuevo significado, significado basado en el relato lingüístico y explicativo de la persona.

En lo personal, considero que un cambio de perspectiva de tal magnitud no se logra fácilmente, además de que toda epistemología siempre debe estar en constante transformación, ya que de lo contrario el aprendizaje sería enfrascado en una sola forma de pensamiento, lo que limitaría la forma de concebir los problemas dentro de la diversidad de los mismos.

Desde las bases epistemológicas antes mencionadas surgieron diversos modelos de intervención con familias, como son: el modelo Estructural, el modelo Estratégico, el modelo Breve, el modelo Centrado en soluciones y dos enfoques más con las premisas socio-construccionistas el enfoque Colaborativo y la Narrativa, los cuales se expondrán a continuación.

2. Principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención

2.1 Modelo Estructural

Desde la perspectiva sistémica se hizo énfasis en la inclusión del contexto, además de la responsabilidad compartida entre los miembros de la familia sobre la problemática al interior de la misma, por lo que el modelo estructural propuesto por el Dr. Salvador Minuchin se centra en encontrar como es que todos los miembros del sistema participan en el mantenimiento del síntoma y cómo es que el síntoma actúa para mantener la estabilidad familiar.

Antecedentes

Salvador Minuchin médico psiquiatra con una trayectoria profesional de más de 50 años; nació en 1921 en una familia de judíos rusos que emigraron a Argentina. A partir de la década de los sesenta emigró a los Estados Unidos para ubicarse en la ciudad de Nueva York, donde se especializó como psicoanalista, para después realizar trabajos en Israel, con niños afectados por la guerra de los siete días, es en éste periodo donde comprendió la importancia de trabajar en terapia conjunta con la familia (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

De regreso a la ciudad de Nueva York trabaja en la *Philadelphia Child Guidance Clinic* e inicia su práctica clínica y contacto con las propuestas teóricas de la terapia sistémica, es en éste contexto donde comenzó a implementar novedosas propuestas para abordar los problemas relacionados a la salud mental, derivadas principalmente de su trabajo con poblaciones pobres de zonas marginadas (Desatnik, 2004).

Ya instalado en la clínica y en conjunto con Edgar Auerswald trabajaron en el programa de “*delincuentes menores*”, bajo el apoyo y la supervisión de Ackerman e iniciaron un proyecto muy ambicioso, *La dinámica de las familias pobres.*, quedando impresionados por la pobreza de las familias puertorriqueñas (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

De 1965 a 1975 Minuchin fue director de la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, durante éste periodo logró que la clínica estuviera a la vanguardia como centro de terapia familiar y de entrenamiento para terapeutas, su salida responde a la inquietud de continuar con la investigación y el tratamiento de familias en las que alguno de los miembros tenía enfermedades psicosomáticas.

En 1981 Fundó en Nueva York el centro *Family Studies Inc.* y posteriormente fundó el *Minuchin Center for the Family* en la misma ciudad, donde actualmente se llevan a cabo programas de atención terapéutica, de investigación y de entrenamiento a terapeutas.

Los colegas con los cuales trabajo inicialmente fueron: Jay Haley, Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte, Bernice Rosman y Cloé Madanes; siendo Braulio Montalvo y el propio Salvador Minuchin los principales representantes del modelo estructural, sin embargo cada uno de los colegas aportaron técnicas terapéuticas y metodología que permitieron construir un modelo de intervención que se llegaría a conocerse como “*Terapia estructural*” (Desatnik, 2004).

Para Hoffman (1994) el modelo estructural es muy flexible para incluir las diversas formas en que pueden organizar las estructuras familiares, tanto de familias pobres como de distintas etnias, respetando las costumbres.

Principios centrales

Una visión sistémica estructural permite la exploración de las interacciones de los individuos en relación a los distintos contextos de los que forma parte; permite experimentar las formas en que los miembros de la familia se sostienen y se distinguen mutuamente (Desatnik, 2004).

Para Minuchin la familia es un grupo social y natural, un sistema abierto en constante transformación, en donde sus miembros responden a factores internos, ya

que atraviesan por diferentes etapas de desarrollo; y a factores externos que cambian al ritmo de la sociedad (Umbarger, 1983), por lo tanto la familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales y apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia (Minuchin y Fishman, 1994).

Desde el enfoque estructural se considera el síntoma de una familia como el producto de un sistema familiar disfuncional, por lo que si se hacen cambios en la organización familiar, el síntoma desaparecerá.

Por lo tanto, *el objetivo* de la terapia estructural es reestructurar el sistema en la medida que la familia lo permita para funcionar de manera más efectiva, funcional y competente (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías que impactan profundamente las transacciones familiares, tienden a producir un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma; por lo tanto el objetivo del terapeuta estructural es cuestionar la estructura exhibida por la familia, obligándola a buscar nuevos patrones conductuales que sustituyan a los disfuncionales (Ochoa de Alda, 1995).

Para poder observar la funcionalidad de la familia se consideran varios principios centrales dentro de la estructura familiar los cuales son (Minuchin, 1979):

- **Límites.** Están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de que manera; cuya función será proteger la diferenciación de cada uno de los subsistemas en cuanto al establecimiento de roles, funciones y demandas específicas.
- **Jerarquía.** Se refiere al orden establecido, es decir, el nivel de autoridad que un miembro ejerce sobre la familia. Tanto en sentido de poder y como de crédito, que se le reconoce a cada persona dentro de la familia.

- **Centralidad.** El término centralidad se refiere a que espacio ocupa cada uno de los miembros de la familia y cual es su participación en las alianzas o subsistemas.
- **Coalición.** Es la unión de dos o más personas que a diferencia de las alianzas, implican un proceso de acción en contra de un tercero.
- **Alianza.** Es la asociación de dos o más miembros de la familia, la cual puede ser abierta o encubierta y que es considerada como positiva.
- **Geografía.** Permite describir la ubicación física de los miembros de la familia (en el hogar y en las sesiones terapéutica).

A partir de dichos principios fue que se visualizó que las familias poseen una estructura y que el realizar un movimiento en algún punto de la organización, puede llevar a poner en marcha alternativas que garanticen la continuidad de la familia.

Conceptos principales

Los terapeutas estructurales hacen énfasis en la importancia de conocer los conceptos del enfoque estructural, para facilitar las acciones dirigidas a resolver el conflicto, algunos de estos conceptos son:

- a) **Estructura.** Es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan las formas en que interactúan los miembros de la familia.
- b) **Estructura familiar.** Es la forma de organización de los miembros de la familia; esta estructura describe las secuencias que pueden ser predecibles, e involucran y establecen reglas que dan continuidad a las transacciones.
- c) **Los subsistemas u holones.** Las familias pueden dividirse en subsistemas los cuales se pueden establecer a través de: generación, género, interés y función. Entre los subsistemas u holones que encontramos en una familia se hayan (Minuchin y Fishman, 1994):

- *El holón individual.* Se refiere al individuo como unidad al interior de la familia.
- *El holón conyugal.* Esta conformado por la unión de dos adultos, hombre y mujer, por lo tanto se refleja en su conducta de esposos.
- *El holón parental.* Implica las funciones de crianza de los hijos y las relaciones interfamiliares.
- *El holón de los hermanos.* Esta conformado por los hijos, en una relación entre iguales, los cuales elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir.

d) **Tipos de familias.** Las familias como menciona Minuchin y Fishman (1994), tiene configuraciones y estructuras diferentes, y como la forma no puede menos que influir sobre la función, reaccionan frente a los obstáculos según modalidades que les vienen impuestas por su clasificación, las configuraciones más comunes son:

- *Familias de pas de deux.* Pueden ser dos miembros, por lo tanto la estructura de dos con trae una recíproca dependencia casi simbiótica.
- *Familias de tres generaciones.* Familia extensa, con abuelos. Los adultos pueden funcionar de un modo desapegado.
- *Familias con soporte.* Familias grandes, donde por lo regular un hijo adquiere funciones parentales.
- *Familias acordeón.* Uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados.
- *Las familias cambiantes.* Familias que cambian constantemente de domicilio.
- *Familias huéspedes.* Familia temporal.
- *Familias con padrastro o madrastra.* Cuando se agrega a la unidad familiar la figura de un nuevo padre o madre.
- *Familias con un fantasma.* La familia que ha sufrido muerte o deserción de algún miembro.

- *Familias descontroladas.* Uno de sus miembros presenta problemas de conducta.
- *Familias psicósomáticas.* Uno de los integrantes de la familia tiene problemas de salud.

Proceso estructural

El terapeuta debe evaluar a la familia y desarrollar hipótesis basadas en su evaluación, además de intervenir de tal modo que facilite la transformación del sistema familiar. Es así, que puede recurrir a diversos pasos para la creación de un sistema terapéutico y situarse a sí mismo como líder, entre los que se encuentran (Minuchin, 1979):

Unión, se utiliza cuando se pone el acento en las acciones del terapeuta tendientes directamente a relacionarse con los miembros de la familia.

Acomodación, se utiliza cuando se pone el acento sobre las adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr la alianza.

El mimetismo, es una operación humana universal, que se ha observado en la conducta de los niños adoptados.

El diagnóstico, es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con el proceso de unión con la familia, por lo tanto no se puede observar a la familia y realizar un diagnóstico desde “afuera”.

El contrato terapéutico, su *“objetivo es hacer que la familia avance hacia un manejo más específico y eficiente de su realidad disfuncional”*, es así que familia y el terapeuta deben lograr un acuerdo en lo que concierne a la naturaleza del problema y los objetivos del cambio. El contrato puede abarcar la reestructuración de un área totalmente nueva.

Técnicas estructurales

En la terapia estructural existen tres estrategias para el trabajo con las familias (ver Cuadro 4).

Cuadro 4. Estrategias en la terapia estructural.

1. Cuestionamiento del síntoma	2. Cuestionamiento de la estructura familiar	3. Cuestionamiento de la realidad familiar
<p>Hay una lucha prolongada por entender el síntoma de uno de sus miembros individualmente. Las soluciones que la familia ha intentado no son más que repeticiones estereotipadas. El terapeuta tiene que cuestionar la definición que la familia da del problema. El objetivo es reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema. Hay una búsqueda de respuestas afectivas, cognitivas y de conducta. Se utilizan como técnicas:</p> <p>Escenificación, la familia presenta escenas de interacción familiar.</p> <p>El enfoque, el terapeuta se centra en una interacción particular.</p> <p>La intensidad, engrandece alguna pauta de comportamiento, hasta que se reconozca su importancia.</p>	<p>La concepción del mundo de los miembros depende de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes familiares. Hay una coparticipación del terapeuta con la familia. Los sectores disfuncionales a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa. Utiliza técnicas como:</p> <p>La fijación de fronteras, modifica y regula la permeabilidad de los distintos subsistemas.</p> <p>El desequilibramiento, modifica jerarquías dentro de un holón.</p> <p>La complementariedad, cuestiona la idea de jerarquía y control lineal</p>	<p>La realidad de los pacientes es inviable con la realidad que ellos mismos han construido. Las pautas de interacción de la familia obedecen a la realidad tal como es vivenciada y experiencia. Hay que elaborar nuevas modalidades de interacción entre los miembros de la familia. Las técnicas utilizadas son:</p> <p>Los constructor cognitivos, se expone una visión más flexible.</p> <p>Las intervenciones paradójicas, tiene como consecuencia lo opuesto a lo que se pretende.</p> <p>La insistencia en los lados fuertes de la familia, se resaltan los recursos y logros de la familia o de alguno de sus miembros.</p>

El modelo estructural parece muy sencillo, pero es difícil de enseñar; para ser un buen terapeuta estructural se requiere mucha experiencia y una intensa supervisión, en vivo, por un experto (Hoffman, 1994). Por lo que el terapeuta que se entrena requiere de un compromiso con el modelo que se esta aprendiendo y poniendo en práctica.

2.2 Modelo Estratégico

El modelo estratégico hace énfasis en el diseño de una estrategia acorde a la problemática presentada, dicho enfoque surge con la aportación de los principales pioneros en el campo de la terapia familiar.

Antecedentes

Jay Haley es uno de los fundadores de la terapia familiar, gran parte de sus fundamentos sobre terapia la adquirió de colegas, estudiantes y su trabajo en institutos y grupos como:

- El “**Grupo de Palo Alto**”, tal y como lo menciona Haley en realidad había dos grupos cuyas ideas diferían bastante, uno dirigido por Gregory Bateson, que desarrolló la teoría del “*doble vínculo*” y colaboradores como John Weakland y el propio Haley, y con dedicación parcial como consultores psiquiátricos el doctor Don D. Jackson y Willian F. Fry, quienes formaban parte del segundo grupo (Haley, 1988).
- **Mental Research Institute (MRI)**, se conformó como tal cuando el proyecto de Bateson llegaba a su fin, creado por el doctor Jackson. Bateson, quien se rehusó a formar parte del instituto ya que no le gustaba que confundieran su proyecto con dicho grupo (Wittezaele y García, 1994). Cuando se formó el instituto Jay Haley participa como investigador (1963-1967), director de la Revista Family Process y participa en un programa de formación de terapeutas en el Institute of Family Changing Families (Instituto de Asesoramiento Psicológico Familiar), grupo que contaba con personalidades de las distintas escuelas como (Haley, 1988): Minuchin, Montalvo, Cloé Madaanes, Carter Umbarger y Mariano Barragán, quienes impartían formación terapéutica. En ese periodo publicó libros en homenaje a otros terapeutas, como son: 1967, Techniques of Hypnosis and

Therapy y Técnicas de Terapia Familiar de Lynn Hoffman (Bertrando yToffanetti, 2004).

- **La Philadelphia Child Guidance Clinic** (Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia), después de cinco años de investigación en el MRI, recibe una propuesta de Salvador Minuchin para formar parte de la Clínica, esta estancia influiría en Haley con algunos elementos estructurales (Bertrando yToffanetti, 2004).
- **Family Therapy Institute** (instituto de Terapia de la familia) de la ciudad Washington, instituto creado por Haley, siendo su directora Cloé Madanes con quien se casó en 1975 y de quien tiene una gran influencia su trabajo. El trabajo del instituto se centra en resolver problemas específicos a corto plazo (Bertrando yToffanetti, 2004).

Durante la participación de Haley en el grupo de Palo Alto, cuando se estaba desarrollando la investigación sobre las paradojas en la comunicación, Jay Haley y Jonh Wekland comenzaron a visitar semanalmente a Milton Erickson, quien también había sido invitado a participar en la primera conferencia organizada por la fundación Macy. En aquella época Erickson se hallaba en la fase culmínate de su carrera como hipnotizador y psicoterapeuta, pero sobre todo era famoso por su forma tan particular de hacer terapia, que se basaba en estrategias insólitas y opuesta a los procedimientos psicoterapéuticos clásicos, de los que se diferenciaba no sólo por su curiosidad operativa, sino también por sus eficientes resultados (Vargas, 2004).

El modo de hacer terapia de Erickson representó para Haley y Weakland un material clínico fundamental. Por lo que llevó a Jay Haley a considerar a Erickson “el primer terapeuta estratégico y quizá el primer terapeuta propiamente dicho” (Vargas, 2004). No obstante, Erickson no se consideró nunca un terapeuta familiar. Erickson está convencido de que toda limitación no es más que una construcción mental y que los

recursos de los seres humanos son superiores a sus limitaciones, en cualquier caso muy superiores a lo que piensan los terapeutas (Haley, 1988).

Haley en su libro *Uncommon Therapy* (1973), que constituye el punto cumbre de su carrera, es un homenaje a las técnicas del maestro Milton Erickson y donde puso especial énfasis en el carácter estratégico del método de Erickson. En dicha obra Haley definió la “terapia estratégica” como aquella en la cual “el clínico toma la iniciativa de lo que habrá de ocurrir durante la terapia y establece un método particular para cada problema (p. 32)” (Rosen, 2009).

Haley destacó que entre las características primordiales de la terapia ericksoniana se encontraba el “aliento de la resistencia”, el “ofrecimiento de una alternativa peor”, la “frustración de una respuesta para alentarla”, la “siembra de las ideas”, la “ampliación de una desviación” y la “prescripción del síntoma” (Rosen, 2009). La mayor parte de dichas características del modelo ericksoniano forman parte del enfoque estratégico implementado por Jay Haley, como se describirá en párrafos subsecuentes.

Principios centrales

La situación terapéutica es el contexto social en que se produce la reunión terapeuta-paciente, de la cual se puede decir que el terapeuta es quien procura cambiar la ideología de su paciente, pero la finalidad del tratamiento puede consistir en aliviar la ansiedad, ayudar a tener éxito en la vida, adaptarse a su ambiente, etc., sin embargo el procedimiento que se aplique dependerá de lo que el terapeuta crea que hay que modificar en la persona, a partir de la demanda hecha por el cliente (Haley, 1989).

Por lo anterior, Haley considera de vital importancia tomar en cuenta los siguientes puntos:

- **Definición de la relación**, en una relación terapéutica donde se va definiendo la relación que han de mantener, deciden conjuntamente que tipo de conducta comunicativa ha de prevalecer. Cada uno de los mensajes que se intercambian refuerza por su propia naturaleza la meta que se ha trazado o sugiere la introducción de un cambio de la misma para incluir un nuevo mensaje (Haley, 1989).

- **El síntoma como maniobra de comunicación**, se considera que la comunicación entre dos personas implica la negociación de los mensajes o tipos de conducta que caracterizan la relación de manera que se defina y se asuma el control de la relación por alguno de los miembros, sin embargo, se puede recurrir al síntoma como maniobra para limitar la conducta del otro y confundir el tipo de relación.

- **El control de la relación**, una forma de tener el control es a través de la comunicación mediante lo que se dice y la forma de cómo se dice. Una regla básica de la comunicación es que nadie se escapa a la necesidad de definir su relación con el otro o intentar el control de la misma. Las formas de conducta definen una relación como **simétrica o complementaria**, la primera se refiere a que uno y otro individuo pueden tomar la iniciativa, criticarse, aconsejarse, etc., y en la segunda se establece cuando una da y la otra recibe o una enseña y la otra aprende, es decir, una se encuentra en una situación superior y la otra obedece (Haley, 1989).

- **Poder y organización**, dentro de los grupos existe cierta organización que se caracteriza por la forma de comportamientos que siguen sus integrantes, esta organización lleva a establecer un *estatus o jerarquías* lo que implica que hay alguien por encima y por debajo (1988). Un aspecto importante es que la jerarquía es mantenida por todos los integrantes de una organización, por lo que en el sistema familiar se puede ver que existe una jerarquía, la cual los ayuda a mantener la estabilidad familiar, aunque como lo menciona Haley (1988), en las

familias hay por lo menos tres generaciones involucradas (abuelos, padres e hijos).

- **Secuencias o pautas**, uno de los objetivos en la terapia es cambiar las secuencias de hechos que las personas siguen al interior de la familia, sin embargo un obstáculo que tiene que enfrentar el terapeuta es que los miembros de la familia manifiestan inconformidad para observar y describir las pautas repetitivas (Haley, 1988).
- **Secuencia y jerarquía**, una de las formas para ver si existen jerarquías en una familia es a través de los patrones repetitivos de comportamiento, sin embargo, cuando se observa comportamiento inadecuado puede ser por consecuencia de presentarse dos jerarquías opuestas o cuando es inestable porque la conducta indica cierto mandato y después uno contrario.

Conceptos principales

Entre los conceptos principales del enfoque estratégico y que son importantes para entender la forma de intervención desde este modelo son:

- ✚ La **jerarquía**, como una forma de ordenamiento jerárquico injusto, que coloca a las personas en posición subordinada, tanto en la familia, como en el grupo de trabajo, por su sexo, religión o motivos raciales.
- ✚ La “**doble ligadura**”, concepto utilizado para describir como se presentan simultáneamente los niveles de comunicación y los niveles de jerarquía que hace referencia a las paradojas generadas por mensajes conflictivos y pertenecientes a múltiples niveles (Haley, 1988).
- ✚ El **poder**, como una lucha por el control de alguna situación o control del comportamiento en las relaciones familiares (Haley, 1988).

Proceso estratégico

Para Haley (1988) el *tratamiento breve* se define como aquel que se lleva a cabo en 20 sesiones terapéuticas, pero no por ello se hace menos que un tratamiento más prolongado. Una primer entrevista puede durar media, una o varias horas y desde este primer acercamiento se puede iniciar un cambio, refiriéndose a este último aspecto el autor menciona que es posible trabajar con un sólo miembro de la familia o pareja y, así, modificar la dinámica de la familia, pero que se corre el riesgo de que sea un proceso lento y difícil, por lo tanto, se recomienda entrevistar a todas las personas involucradas en la situación problemática con la finalidad de encontrar una solución y como consecuencia la terapia se tornará en un proceso rápido y eficaz, ya que su objetivo es identificar síntomas que intentará especificar y delimitar.

En la primera entrevista los miembros de una familia acuden en la mayoría de los casos sin saber el motivo por el cual asisten, aunque por lo regular suelen expresar varios problemas y que comúnmente son atribuidos a un sólo miembro.

Haley (1988) refiere que la primera entrevista tiene una serie de etapas que le ayudaran al terapeuta a comprender el problema y formularlo de manera que se pueda hacer algo al respecto, las cuales son:

1) *La etapa social*

En esta etapa el terapeuta procederá a presentarse y conocer a todos los miembros de la familia, deberá dirigir a cada integrante de la familia y entablar contacto con cada uno. Se recabará información sobre el estado de ánimo de la familia, las relaciones existentes entre sus miembros y la conducta de cada uno.

2) *La etapa de planteo del problema*

Es en esta etapa se da inicio formalmente la terapia, es decir, la situación ya no es de tipo social sino que obedece a un propósito. En general se explora el propósito de la

cita, así como recabar hechos y opiniones desde el punto de vista de cada uno de los integrantes de la familia frente al problema.

3) *La etapa de interacción*

La principal actividad del terapeuta en esta etapa consiste en lograr que todos los integrantes de la familia que asistieron hablen entre sí sobre el problema.

4) *Definición de los cambios deseados*

En este punto de la entrevista es importante que todos centren su atención en el conflicto, con la finalidad de establecer objetivos de trabajo. El terapeuta establecerá un contrato que cuanto más claro sea, será más organizada la terapia, sin embargo, si los problemas se formulan de manera confusa y oscura, resultará más difícil lograr la participación de la familia y disminuirán las probabilidades de éxito. Para Haley (1988) se les llamará síntomas o quejas a los problemas, los cuales deben ser algo computable, observable, medible, o que permitan detectar de algún modo la influencia que ejercemos en ellos.

Definición del problema

Para Haley (1988) es preferible definir un problema en términos precisos de la conducta que forma parte de una secuencia de interacción que abarque por lo menos dos o tres personas involucradas en la situación y averiguando de qué manera lo hacen, con la finalidad de romper la pauta que mantiene la situación problemática. La definición del problema se debe hacer en el presente sin recurrir a hechos pasados.

Por lo tanto, Haley (1988) menciona que en la intervención familiar y en especial con este enfoque, existen ciertas reglas que aumentan la eficacia del procedimiento. El terapeuta:

- No puede oponerse o confrontar a sus integrantes con su error, por el contrario aceptará, lo que hacen y dicen, generando el cambio dentro de ese esquema que la familia plantea.
- No debe hacer interpretaciones con la finalidad de que comprendan cómo se comportan y por qué.
- No explorará el pasado de los integrantes de la familia sino que atenderá a la situación actual y procurará que la familia cambie su conducta actual.
- No realizará una intervención larga, sino que será breve y rápida.

Para Haley (1989) el terapeuta es el agente que facilitaba la comprensión de los problemas y por lo tanto consideraba que quien deseaba cambiar podía hacerlo si se le mostraban puntos de su plan de vida en la cual había errores.

Técnicas estratégicas

Según la metáfora cibernética, las familias se quedan atrapadas en pautas disfuncionales cuando se aferran a soluciones que no funcionan. El truco consiste en conseguir que prueben algo diferente. Los terapeutas introducen varias técnicas ingeniosas, muchas de ellas paradójicas (Haley y Richeport-Haley, 2006).

Para Haley (1989) el terapeuta induce propuestas directivas, las cuales suelen ser sutiles y complejas y no simples sugerencias encaminadas a mejorar la vida del paciente.

Por lo tanto, el objetivo principal de las directivas es hacer que la gente se comporte de manera diferente, por lo que son un medio para provocar cambios (Haley, 1988).

Es así, que el tratamiento breve es considerado uno de los tratamientos que trabaja con directivas. Hay dos tipos de directivas, las directas y las indirectas, las primeras tienen el propósito de que las personas las cumplan y las segundas se

emplean con la finalidad de que las personas se resistan a cumplirlas y de esta manera cambien.

Entre las técnicas utilizadas por el *modelo estratégico*, pero que surgen de la Terapia Ericksoniana, se encuentran:

- ❖ **Metáfora o analogías.** Son técnicas de *sugestión indirecta* la cual consiste en contarles anécdotas, ya sea que se trate de experiencias propias o vividas con otros pacientes, por lo regular es una idea que la persona reconoce con facilidad y contra la que se rebela, pero mientras se rebela contra ella acepta a la vez otras que estimulan el cambio (Haley, 1989).
- ❖ **Utilización de recursos.** El terapeuta procura utilizar las conductas positivas del cliente y así, diseñar una terapia para cada caso (Haley y Richeport-Haley, 2006).
- ❖ **Siembra de idea.** Consiste en la acentuación de ciertos aspectos de la información expresada por el paciente. Para posteriormente realizar metáforas o se diseñe directivas en función de las ideas fijadas en la vida del paciente.
- ❖ **Alcanzar una pequeña meta y alcanzarla hasta lograr la meta.** Consiste en aceptar lo que el paciente ofrezca, cualquier cambio y ampliarlo, de modo que provoque una reorganización en el paciente.
- ❖ **Las paradojas.** El Terapeuta pide a las personas una conducta involuntaria, pero también se le pide que al mismo tiempo no lo haga, cuando se dan este tipo de instrucciones incongruentes, se le impone al sujeto una **paradoja** (González, 2004). Por lo tanto, la paradoja es una forma de romper con las resistencias, de las cuales se distinguen dos formas de resistencias: 1) el

terapeuta procura que la persona se resista desafiándole a realizar alguna actividad y 2) se utilizan otros métodos para disminuir la resistencia.

A partir de las directivas del enfoque Ericksoniano, surgen técnicas paradójicas en el modelo estratégico, las cuales son:

- ✓ **Prescribir el síntoma.** Se usa con la finalidad de pedirle al paciente que continúe o incremente el síntoma, lo que hace que se vea en un dilema de hacer voluntariamente lo que generalmente considera que es involuntario.
- ✓ **Utilización del síntoma.** Se establece como alternativa al síntoma una conducta penosa, para que le resulte más difícil conservar el problema que renunciar a él.
- ✓ **Prescribir una recaída.** Se utiliza cuando los clientes relatan una rápida mejoría y consiste en advertirle una posible recaída, como una forma de anticipar lo que va a ocurrir y que no sea un motivo de desilusión con el proceso y desafiarlos para continuar mejorando en el tratamiento.
- ✓ **Ofrecer una alternativa peor.** Se le prescribe al paciente que realice el síntoma fuera de los contextos habituales o con un propósito diferente. Se fomenta el síntoma con la finalidad de que el paciente no pueda continuar realizándolo.
- ✓ **Reencuadrar.** El terapeuta redefine el problema dándole un nuevo significado a los hechos que provocaron el significado anterior o la realidad de la familia. “Reencuadrar” significa cambiar el marco o el punto de vista conceptual o emocional, o ambos, en relación con el cual se experimenta una situación (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El modelo estratégico ha mostrado ser de utilidad con respecto a la directividad y el restablecimiento de la jerarquía en casos críticos, aunque actualmente se cuestionen dichas premisas.

2.3 Modelo de terapia breve enfocada a los problemas

Tomando como base el trabajo de Milton Erickson, quien propone una forma diferente de hacer terapia, la cual debía ser moldeada a los estilos y peculiaridades de cada persona, es que se desarrolla el modelo de terapia breve, el cual pretende ser un enfoque a la medida de las necesidades de cada persona y su particular forma de vivir las dificultades.

Antecedentes

El modelo de terapia breve surge en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California, con la participación de John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch.

Una forma de entender los principios del modelo de terapia breve es ubicar el contexto particular que le dio origen. Entre 1949 y 1952, Gregory Bateson trabajó en el Hospital de la Administración de Veteranos de Palo Alto, donde inicia “El proyecto Bateson” de la comunicación, enfocándose en los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que pueden dar lugar a paradojas. El proyecto contó con la colaboración de John Weakland, Jay Haley y William Fry, es así, que se forma “El grupo de Palo alto” (Vargas, 2004).

En el año de 1953, el grupo comenzó a examinar de manera más profunda la práctica en psicoterapia. Existía el interés por el trabajo con pacientes esquizofrénicos y por 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 pautados tradicionalmente y que no hacía una diferencia entre fantasía y

realidad; confundía una declaración metafórica con una literal (Wittezaele y García, 1994).

A partir, de estas observaciones y con la integración al grupo en 1954, de Don D. Jackson, por invitación de Bateson, quien le dio credibilidad clínica al grupo y lo introdujo de manera importante en el mundo de la psiquiatría, es que comenzaron a publicar sus trabajos en el área de la salud mental.

Uno de los artículos publicado por Bateson, Haley, Jackson y Weakland en 1956, titulado “Hacia una teoría de la esquizofrenia” sería todo un suceso en el ámbito de la psiquiatría. En el se explicaba por primera vez que la esquizofrenia podía ser considerada un fenómeno comunicativo y que era el producto de las relaciones familiares (Cullin, 2006).

En 1958, Jackson pretende desarrollar al máximo la parte terapéutica del nuevo enfoque, sin embargo, Bateson se rehúsa a formar parte, ya que lo fundamental para él era obtener principios de comunicación que fuesen tan generales que explicaran los procesos que actúan en todo el mundo animal, por lo tanto, no le gustaba que confundieran su proyecto con dicho grupo. Finalmente a comienzos de 1959, Don D. Jackson crea en Palo Alto el MRI (Wittezaele y García, 1994).

Una vez creado, el MRI cuenta con la participación de Virginia Satir y Jules Riskin. Posteriormente se unen Jay Haley, John Weakland, Paul Watzlawick y Richard Fisch. El MRI diversifica el trabajo que en el se realiza, poniendo énfasis en las investigaciones sobre la teoría de la comunicación, sobre el proceso de cambio, la terapia familiar, la investigación sobre la familia y la enfermedad mental y la formación de terapeutas (Wittezaele y García, 1994).

Fundamentos teóricos

La terapia breve se sustenta en cuatro teorías: la Teoría de los grupos; la Teoría de los tipos lógicos (Watzlawick, Weakland y Fish, 1974); la Teoría de la comunicación humana (Beavin y Jackson, 1991); y la Teoría general de los sistemas (Bertalanffy, 1968); las cuales se describirán a continuación:

1. La Teoría de los grupos. Ofrece una analogía que permite ilustrar el hecho de que ciertas acciones, ciertas actitudes que se supone que aportan un cambio benéfico no hacen más que poner en marcha mecanismos reguladores homeostáticos que restablecen el equilibrio anterior, es decir, “cuanto más cambia, más es lo mismo” a lo que se conoce como cambios tipo I.
2. La Teoría de los tipos lógicos. Postula conocer la diferencia entre miembro y clase y el hecho de que una clase no puede ser un miembro de si misma. El paso de un nivel a un nivel superior implica un cambio en si mismo, un “metacambio”, que será llamado cambio II, el cual implica un cambio radical, un estado completamente distinto, es decir la personas que llevan a cabo un cambio II, son individuos que pueden colocarse fuera del sistema, es decir, dar un salto de nivel que no puede hacerse en el interior del propio sistema donde actúa el problema.
3. La Teoría de la comunicación humana. A partir de esta teoría se centra el interés en examinar y destacar el punto de vista comunicacional en las familias con un miembro esquizofrénico, algo más que un mero ejercicio intelectual, ya que la comunicación forma parte del sistema, más no es un sistema independiente (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991). Para identificar si una familia era funcional o disfuncional se propuso la observación de las interacciones que llevaban a cabo los miembros, registrando quién o quiénes y en qué momento llevaban la batuta de la interacciones familiares (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Dicho de otro modo la terapia breve busca explorar las diferentes formas de comunicación, ya

que esta puede llevar a establecer una amplia variedad de conductas al interior de las familias.

4. La Teoría general de los sistemas (Bertalanffy, 1968). Establece como fundamental la interacción entre las personas, abandonando la individualidad y viendo a la familia como una totalidad que se regula por retroalimentación, dejando a un lado la importancia de la etiología para centrarse en el “aquí y ahora”, ya que no se pretende esclarecer el pasado, sino una causa de insatisfacción en el presente, por lo que se privilegia la situación actual y una vez establecido el cambio por pequeño que sea, se alimenta de otros cambios menores, en algo denominado el efecto en bola de nieve, estos cambios son vital importancia tanto para una persona como para los demás integrantes.

Cada uno de los fundamentos teóricos hace hincapié en la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas de la existencia y de la convivencia de los individuos y de la convivencia entre individuos, en los mismos términos de percepción y relación que todo individuo vive consigo mismo, con los demás y el mundo.

Características del modelo

El modelo terapéutico expuesto por Watzlawick et al. (1974), después de la muerte de Don D. Jackson, es uno de los enfoques más reconocidos de la terapia breve para la solución de los problemas. Postula que los problemas perduran y se exacerban a raíz de que las soluciones que se intentaron fueron inapropiadas. En consecuencia se debe intervenir de forma deliberada para lograr los cambios deseados. (Keeney, 1992).

Por lo tanto, la terapia breve es una intervención que está basada en dos ideas centrales para la terapia familiar (Szprachman, 2003):

- a) La focalización de la interacción presente de conductas observables

b) La intervención deliberada para alterar el sistema vigente

Es así, que una intervención terapéutica breve, se orienta a la extinción de los síntomas y a la resolución de los problemas presentados. La resolución de los problemas requiere la ruptura del sistema circular que mantiene la situación problemática, la redefinición y la consiguiente modificación de las percepciones a las respuestas disfuncionales (Nardone y Watzlawick, 1990).

El MRI describió tres características que poseen las personas que pretenden resolver un problema negando su complejidad, la mayor parte de las veces es guiada por razón y el sentido común (Watzlawick et al. 1974):

1. Los “**terribles simplificadores**”, las personas que quieren resolver un problema negando su complejidad.
2. El “**síndrome de utopía**”, el utopista ve una solución en donde no hay ninguna, por lo tanto, la meta está fuera del alcance y la vida se convierte en una serie de decepciones.
3. Las **paradojas**, se presenta con regularidad en las relaciones humanas y pueden generar conflictos, se le puede conocer como callejones sin salida que se establecen cuando se intercambian mensajes, por ejemplo, ¡Sé espontáneo!.

Por lo anterior, el conocer cual es la postura del cliente permite establecer criterios necesarios para encuadrar una sugerencia o tarea, de modo que sea probable que el cliente la acepte.

Sin embargo, antes de realizar la tarea el terapeuta debe seguir algunas estrategias para delimitar la problemática (Ochoa, 1995):

- Se debe aclarar de un modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene, con frecuencia el cliente es ambiguo en la forma de describir su problema, por lo que el terapeuta debe insistir en aclarar más, su indagación puede enfocarse en tres aspectos: la interacción con si mismo, la interacción con los demás y la interacción con el mundo (Nardone y Watzlawick, 1990).
- Elección de un cambio mínimo, también definido en términos de conducta concreta.
- La estrategia efectiva se aparta 180° del inicio o clase de solución intentada hasta ese momento, es importante mencionar que nunca se debe pedir a las personas que no hagan nada, sino que hagan algo diferente, en general a lo opuesto a lo que venían haciendo.
- Es fundamental el observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente como una forma de entrar en sintonía con el cliente y su mapa del mundo.

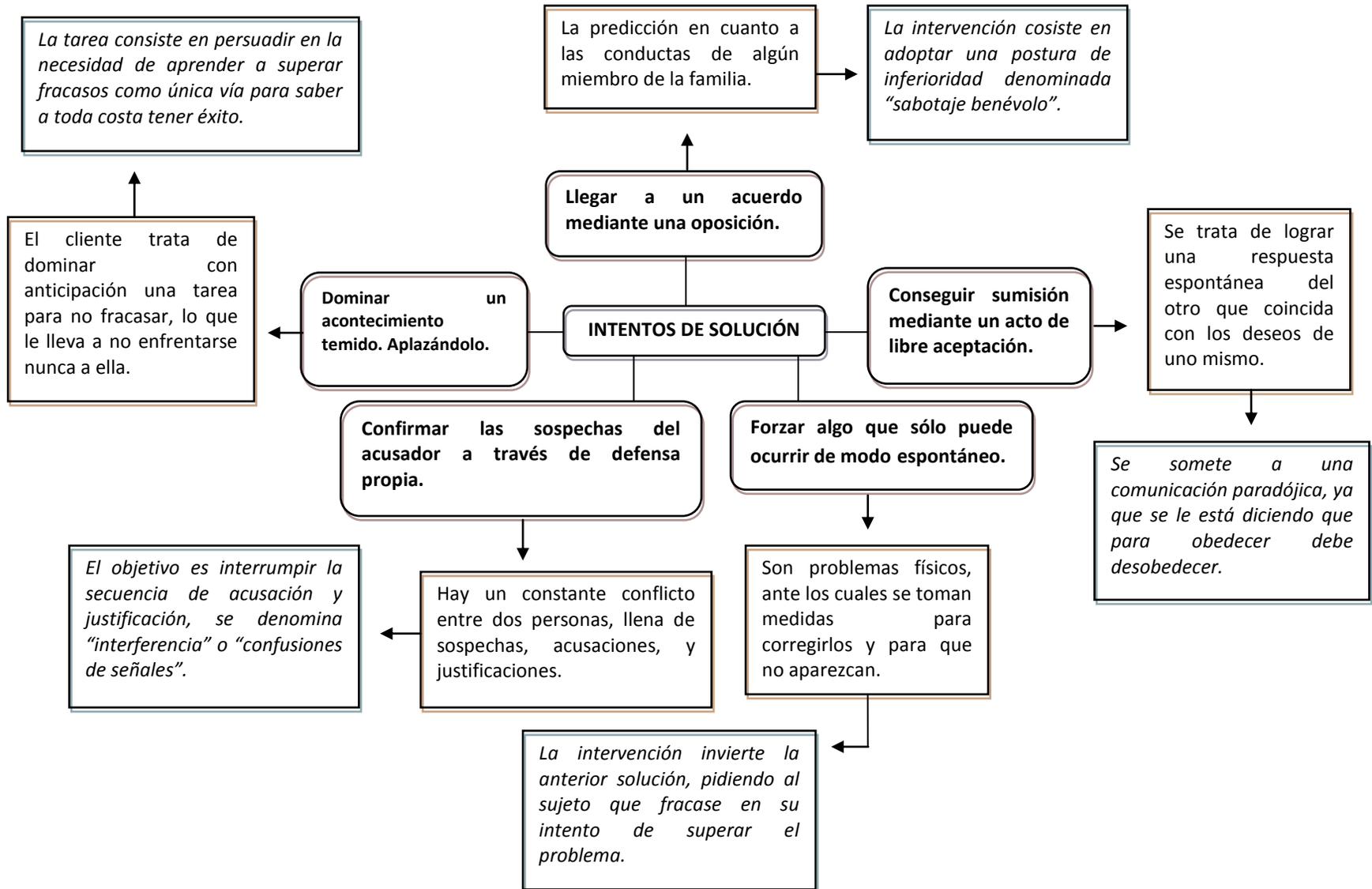
Una conducta disfuncional, con frecuencia, es la mejor reacción que la persona cree que puede ejercer en determinada situación, por lo que, al introducir un cambio en la perspectiva de la realidad que cambie la realidad que esta viviendo, lleva como consecuencia a un cambio en las reacciones antes dicha situación.

Estrategias básicas

En la terapia breve existen dos tipos de intervenciones las principales y las generales. Las principales se enfocan en cinco niveles de soluciones que los clientes han intentado. Las generales se pueden utilizar en cualquier circunstancia, con el objeto de posteriormente realizar una intervención específica (Fisch, Weakland y Segal, 2003).

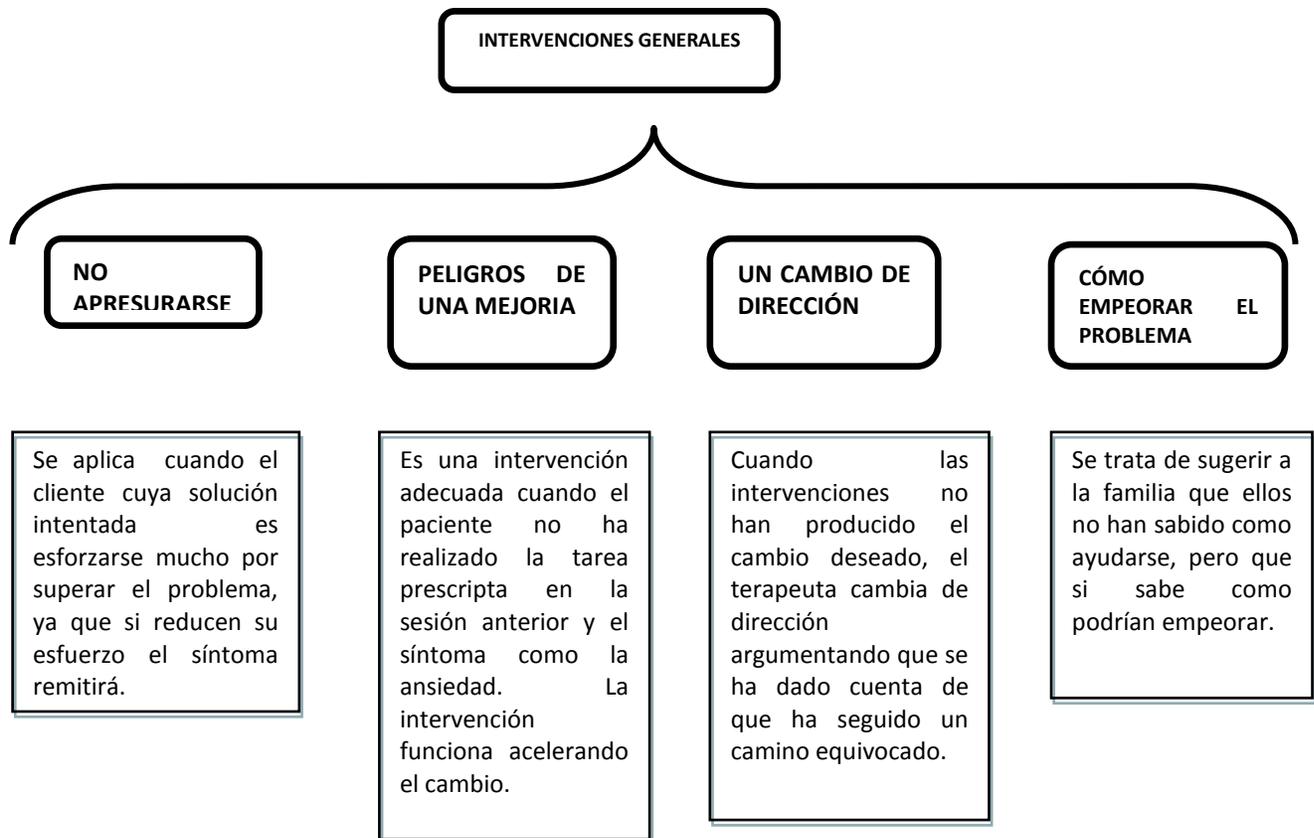
La mayoría de los clientes que acuden a pedir atención es porque sus intentos de solución ya no son factibles. Son cinco los intentos básicos de solución que suelen observarse en la práctica clínica, con características propias de las personas y la forma de abordar del terapeuta (Fisch, et al. 2003) (véase Figura 1):

Figura 1. Intentos de solución que suelen observarse en la práctica clínica.



Si las intervenciones principales no logran el resultado esperado o cuando conviene completarlas con alguna indicación adicional se utilizan las intervenciones generales (Fisch et al. 2003). Son cuatro las más relevantes (véase Figura 2):

Figura 2. Intervenciones generales.



Tanto las intervenciones generales como las principales son de gran importancia para resolver los problemas que los clientes manifiestan como graves. El modelo de terapia breve ha probado ser un enfoque eficaz en la resolución de síntomas a corto plazo.

Por otro lado, la terapia breve tiene que vencer el mito de que “un terapeuta breve no siente”, tal crítica ha sido constante al momento de evaluar el modelo, sin embargo, como mencionan Cade y Hudson (1995) últimamente se ha puesto gran interés no sólo en lo que el cliente comunica, los sentimientos expresados, sino también

en encontrar modos de demostrarle que se ha puesto atención a lo expresado, ya que los clientes sólo escuchan cuando sienten que han sido escuchados, cuando sus experiencias han sido validadas.

2.4 Modelo de terapia breve centrado en las soluciones

El modelo breve centrado en las soluciones tiene como eje principal los cambios y las soluciones, en lugar de comprensión y explicación, es decir, que las personas realicen comportamientos que promuevan mejorar el problema por el que atraviesan.

Antecedentes

El modelo de terapia breve centrado en las soluciones se desarrolla inicialmente a partir de dos fuentes (Ochoa, 1995; Sánchez y Gutiérrez, 2000):

La primera, el trabajo de Milton Erickson, quien consideraba que las personas poseían los recursos necesarios para realizar los cambios que necesita hacer, por lo tanto, la labor del terapeuta era acceder a estos recursos e interesarse por conseguir que las personas emplearan sus propias capacidades para realizar cambios en el presente, a través de conseguir que hicieran algo. Una característica esencial de Erickson es que aceptaba, reflejaba y compartía lo que otros terapeutas consideraban resistencia o falta de cooperación, él no interpretaba la resistencia sino que por el contrario la fomentaba y luego hacía que las personas la expresaran en direcciones útiles.

La segunda, el modelo de terapia breve centrado en el problema, que fue elaborado por John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch, en la clínica de terapia breve del Mental Research Institute (MRI), a este modelo se le puede considerar como el precursor de la terapia orientada a las soluciones. Uno de los principios que el MRI proponía es que una vez que una dificultad se ve como un problema, el problema es mantenido o empeorado por los intentos de solución

ineficaces que las personas ponen en marcha para resolverlo, en otras palabras, el problema es el intento de solución. Los trabajos del MRI mostraron que es posible que ocurran cambios rápidamente, sin embargo, se mostraban cautelosos ante los mismos y advertían a sus clientes el ir despacio y estar atentos a posibles recaídas.

Siguiendo la base del MRI de que los cambios son posibles (interpretados a través de conductas), aparece en la década de 80 el modelo de terapia breve centrado en las soluciones, como un modelo diferente que plantea que debe resolverse el problema específico que la persona trae a terapia, utilizando los propios recursos y posibilidades de las personas más que centrarse en la patología y los problemas, por lo tanto, el objetivo del terapeuta es trabajar conjuntamente con el paciente en la búsqueda de excepciones y soluciones al problema (Espinosa, 2004).

Los principales precursores del enfoque son: Steve de Shazer y William Hudson O'Hanlon. De Shazer se formó en el MRI, después se trasladará a Milwaukee en 1982, donde funda su propio Brief Family Therapy Center (BFTC), entre los colaboradores del Centro se encuentran Insoo Berg, Eve Lipchik, Michele Weiner-Davis y Alex Molnar (Sánchez y Gutiérrez, 2000). De Shazer plantea que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a terapia para resolverlos, es más importante la naturaleza de las soluciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010). Otro aspecto que introduce al enfoque centrado en las soluciones es la declaración acerca de la "muerte de la resistencia" que desde este punto de vista y siguiendo los trabajos de Erickson, aluden que no existe la resistencia como tal, sino que existen diferentes formas en que las personas indican como se les puede ayudar, por lo tanto, desde esta posición se considera al cambio como posible, viable, probable o inevitable (De Shazer, 1984).

Bill O'Hanlon, quien actualmente reside en Nebraska, no colaboró en el Centro de Milwaukee, sin embargo, tuvo la oportunidad de mantener correspondencia con De Shazer y trabajar junto a Michele Wiener-Davi (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010). Además de ser alumno de Milton Erickson, de esta última relación adquirió elementos

que formarían parte de la terapia enfocada a soluciones, por ejemplo “el método de la utilización” el cual hace referencia a aceptar el marco de referencia del paciente y trabajar dentro de él. Éste enfoque representa para Erickson lo que el terapeuta debería hacer, al igual que un buen jardinero, emplear todo lo que el cliente le presenta, incluso lo que pareciera yerbajos, como parte de la terapia. Los yerbajos de resistencia, síntomas, creencias rígidas, conducta compulsiva etc., eran componentes esenciales a tener en cuenta y que pueden ser utilizados activamente como parte de la solución (O'Hanlon, 2001; O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010).

Para Bill O'Hanlon y Weiner-Davis (2010) la terapia centrada en soluciones tiene dos misiones principales, “la primera es cambiar el campo de la psicoterapia para que las terapias sean más respetuosas con las personas y más eficaces para crear el cambio y la segunda misión surge de la primera influir en este campo.

Postura de la terapia centrada en las soluciones

La terapia centrada en las soluciones plantea que durante el transcurso de la conversación inicial no se pretende eliminar el problema, sino que por el contrario la prioridad es hacer que el problema parezca más manejable y menos impermeable a una resolución creativa de los problemas, por lo tanto, el objetivo es reducir de tamaño el problema ante los ojos del cliente, haciéndolo parecer más manejable (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010).

Por lo anterior, el terapeuta con este enfoque debe tener en cuenta como herramienta para promover el cambio el emplear el lenguaje de las personas como una forma de unirse a ellos y establecer un rapport, En la medida que el terapeuta adopta el lenguaje las personas pueden llegar a sentirse apreciadas y que de alguna manera sus experiencias subjetivas son compartidas, es así, que la empatía y la cooperación se apoyan en esta creencia. A menudo las personas se muestran renuentes e incrédulos cuando sienten que no se les comprende, por lo tanto, el no considerar éste aspecto puede hacer que la persona perciba como imposible el cambio (O'Hanlon, 2001).

Por lo común, las personas seleccionan determinadas palabras para reflejar sus experiencias, las palabras elegidas poseen significados para el cliente, es decir, el lenguaje de la persona tiende a emplear por lo general rótulos negativos, fijos, para describirse a sí mismos o a otros, el traducir estos rótulos a descripciones de acciones, puede dar la impresión de que es más fácil manipular acciones que características fijas.

También la utilización de los tiempos verbales puede crear una realidad en la que el problema está en el pasado o que existen posibilidades para el presente y el futuro. Los tiempos verbales reflejan nuestra opinión de que el problema podría desaparecer en cualquier momento o que incluso podría no existir, por ejemplo, si una persona dice: “me siento muy deprimida y soy incapaz de hacer nada”, probablemente le diríamos, “de modo que durante algún tiempo has estado deprimida y sin ser capaz de hacer nada”, la intervención no presupone que vaya a seguir deprimida y sin ser capaz de realizar cosas en el futuro o que siempre hayan sido así (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010).

Para el enfoque centrado en las soluciones es esencial la certidumbre de que hay situaciones u ocasiones en las que, por alguna razón, el problema simplemente no existe, es decir, que siempre hay excepciones a las conductas, ideas, sentimientos e interacciones que están o pueden estar asociados al problema, es así que se invita a la persona a reconocer lo que ya ha estado haciendo y que puede definirse como exitoso o por lo menos, encaminado en la dirección apropiada para la resolución del problema (Cade y O'Hanlon, 1993).

Es así, que De Shazer, et al. (1986) plantean que las personas hablan a menudo de forma vaga o general sobre los objetivos concretos, por lo tanto, consideran que es más útil dialogar acerca de cómo las personas podrán advertir que el problema se ha resuelto y acerca de qué será distinto una vez que el problema forme parte del pasado y enfatiza que cuanto más se hable de futuros o soluciones alternativas, más profundamente serán las expectativas de cambio del cliente.

La terapia centrada en las soluciones distingue tres diferentes formas de relación entre paciente y terapeuta: 1) relación de tipo “comprador”; 2) relación de tipo “demandante” y 3) relación de tipo “visitante” (véase Cuadro 5), estas etiquetas están destinadas a describir el tipo de relación entre el paciente-terapeuta y no las características, los atributos o los rasgos característicos del paciente (Berg y Miller, 1992; De Shazer, 1997).

Cuadro 5. Formas de relación entre paciente-terapeuta.

Comprador	Demandante	Visitante
<p>Se establece cuando terapeuta y paciente identifican un objetivo para la terapia. Por lo general, los pacientes se consideran parte de la solución y están dispuestos a hacer algo respecto al problema.</p> <p>Es el tipo de relación que es deseable, ya que los pacientes se muestran receptivos y motivados al tratamiento.</p>	<p>Terapeuta y paciente pueden identificar juntos un objetivo o problema, sin embargo, no llegan a visualizarse como parte de la solución y suelen creer que la única solución es que otra persona cambie, la queja siempre hace referencia al otro y para ellos la única solución es que la otra persona haga algo.</p>	<p>Relación donde terapeuta y paciente no han identificado juntos una dolencia o un objetivo sobre el cual trabajar. El paciente señala que no existe problema alguno que requiera tratamiento, o bien que el problema pertenece a otra persona, él no ve ninguna razón para cambiar, ni mucho menos, para estar en terapia.</p>

Las tres formas de relaciones pueden indicarle al terapeuta la forma de conducirse en la terapia, con la finalidad de establecer objetivos, visualizar quien o quienes se visualizan como parte de la solución y en algunos casos llevar a las personas a descubrir al “comprador oculto” en su interior.

Principios básicos

El enfoque centrado en las soluciones va más allá del “aquí y el ahora”, para hacer hincapié hacia una orientación en el futuro a la que no le interesa cómo surgieron los problemas y mucho menos cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010). Se centra en los recursos y capacidades de las personas, lo que representa una forma más humana y menos dolorosa de ayudar a la gente (Berg y Miller, 1992). Además de hacer énfasis en los pequeños logros y cambios que las personas hayan implementado en la resolución de las dificultades, por lo que en vez de buscar lo que está mal y tratar de arreglarlo, tiende a buscar lo que

está bien y descubrir cómo usarlo, por lo que se plantea cinco premisas que guían el trabajo terapéutico (O'Hanlon, 2001):

- ✚ **Para resolver un síntoma no hace falta conocer su causa ni su función.** Porque se establece que no es necesario excavar en el pasado para descubrir las posibles causas de los problemas actuales, ya que esto no garantiza la resolución del mismo.
- ✚ **Es posible provocar cambios o resolver problemas con rapidez.** Los terapeutas orientados a las soluciones creen que es posible resolver los problemas con rapidez, además de considerar que el terapeuta puede crear las condiciones necesarias para conseguirlo a través de aprovechar las oportunidades cuando se presentan.
- ✚ **Lo importante es lo que se puede modificar: debemos centrarnos más en la solución y las capacidades que en la patología.** El que una teoría fomente la noción de que las personas se resisten al cambio es perjudicial para el terapeuta porque el hecho de esperar la resistencia, no hace más que provocar su aparición.
- ✚ **Es necesario conseguir que la persona haga algo.** Es importante conseguir que las personas hagan algo que las anime a descubrir soluciones y que lleven a cabo una acción, casi siempre de tipo observable, aunque a veces puede ser interior, con el fin de producir el cambio.
- ✚ **Encontrar una tendencia hacia el cambio positivo y estimularla.** Lo que se plantea es buscar algo que permita hacerle ver a las personas que han estado siguiendo una dirección positiva, por lo tanto, la labor del terapeuta será detectar dicha actitud o pensamiento y animar a la persona a profundizar en el cambio.

Cada una de las premisas exponen argumentos a favor de destacar la capacidad que tienen las personas para resolver sus propios problemas, lo conveniente de definir problemas resolubles y la necesidad de hacer que las personas continúen avanzando hacia la solución.

Intervención desde las Soluciones

El modelo de terapia breve centrado en las soluciones ofrece un conjunto de técnicas, las cuales tiene la intención de abrir caminos a las soluciones, sin que se tenga que conocer a fondo los detalles del problema (véase Cuadro 6) (Berg y Miller, 1992; O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010; Cade, y O'Hanlon, 1993).

Cuadro 6. Intervenciones del Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones.

Técnicas	Objetivo
Intervenciones de fórmula	También denominadas “llaves maestras”, se prescriben con independencia al contenido concreto del problema, no se requiere que el terapeuta haya realizado una evaluación detallada del síntoma.
Tarea de fórmula de la primera sesión	Pone el énfasis en que la persona centre su atención en el futuro y para crear expectativas de cambio. Reorienta a la persona o familia a fijarse en las cosas buenas de su situación y observar más las cosas que van bien. Está técnica establece que los pacientes hacen cambios significativos en las pautas de sus problemas antes de llegar al tratamiento. <i>“Según nuestra experiencia, muchas personas advierten que las cosas han mejorado entre el momento en que marcaron para la cita y el momento en que asistieron a la primera sesión ¿Ha notado usted algún cambio así?”</i>
La pregunta de la excepción	Lleva a las personas a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en vez del futuro, centrándose en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas pese a esperar que los tuvieran.
Pregunta del milagro	Orienta al paciente a visualizar un futuro en el que el problema ya está resuelto y él puede empieza a soñar con una realidad alternativa y concibe esperanza para sí, a través de ella es como concederle al paciente la esperanza y una visión de posibilidad. <i>“Ahora quiero hacerle una pregunta levemente diferente. Para contestarla tendrá que usar su imaginación. Supongamos que hoy, después de la sesión, usted llega a su casa y se acuesta a dormir. Mientras duerme, sucede un milagro y el problema que lo trajo aquí queda resuelto así (hace chasquear los dedos). Como usted estaba dormido, no sabe que se produjo ese milagro. ¿Qué supone que será la primera pequeña cosa que le indicará, mañana por la mañana, que durante la noche ha acontecido un milagro y el problema que lo trajo aquí ya esta resuelto?”</i>
Escala	Se utiliza para visualizar el logro y la solución, donde se le pide al paciente que clasifique según una escala numérica sus problemas, prioridades, éxitos, compromisos emocionales y nivel de autoestima, el terapeuta tiene acceso a una mejor evaluación de las cosas que desea saber. Se pueden utilizar para

	evaluar la gravedad del problema.
Preguntas Pre-suposicionales	Preguntas que establecen que hay algo que ya funcionó y por lo tanto, dan por hecho que el cambio va a ocurrir.
Preguntas orientadas hacia el futuro	Preguntas que exploran una visión positiva del futuro e invitan a la esperanza; la esperanza a su vez ayuda a superar las penalidades presentes. También construyen soluciones y crean expectativas de cambio.
Reenmarcado	Se proporciona o alienta el desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación, de modo directo o indirecto, es decir, asigna una connotación positiva a conductas vistas como negativas.
Desenmarcado	Desafiar los significados del cliente.
Intervención en la pauta	Consiste en reemplazar algún elemento que se viene haciendo de forma cotidiana, además de que la persona modifique el comportamiento problema en un grado pequeño o insignificante.
La analogía	Se utiliza para hacer referencia de algo como si fuera otro diferente. Lo que ayuda a utilizar aptitudes de un contexto diferente para comprender y dar sentido de otra forma. Se realiza una comparación con algo real y evidente.
La metáfora	Traslada conocimientos de un contexto a otro nuevo, donde se puede visualizar la resolución de un problema. Utiliza elementos simbólicos.
Elogios	Se concentran principalmente en los progresos realizados para llegar a cumplir la meta.
Video charla	Se utiliza para visualizar las pautas de interacción, por lo que se le pide a la persona que relate la situación problema como si estuviera narrando una película, poniendo énfasis en el comportamiento y la interacción.

Cada una de las técnicas se pueden utilizar durante el proceso terapéutico, sin embargo se debe estar atento al momento de hacer uso de ellas, ya que de lo contrario su efecto o uso puede parecer inapropiado y por lo tanto, pueden parecer irrelevante ante el paciente.

Un aspecto fundamental de las intervenciones es que son eficaces en la resolución de diversos problemas, lo que lleva a consolidar la idea acerca de que los terapeutas no necesitan saber mucho sobre la dinámica de las dificultades para ayudar a resolverlas.

2.5 Modelo de Milán

La Escuela de Milán tiene como base epistemológica el psicoanálisis, la cibernética, el trabajo de Bateson, la teoría de la comunicación humana, el constructivismo; además de la colaboración de diversos profesionales expertos en diferentes enfoques que han contribuido a desarrollar lo que se ha denominado como el Modelo de Milán.

Antecedentes

El modelo de Milán surge a partir del interés y trabajo desarrollado por Mara Selvini Palazzoli, quien nació en una familia rica de Milán, estudio medicina en la Universidad Católica, para posteriormente hacer una formación psicoanalítica, tras un análisis con Gaetano Benedetti y dedicar diversos años justamente al trabajo psicoanalítico con niños y jóvenes con conductas psicóticas graves, junto a sus familias (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En 1967, Selvini es invitada por James Framo, ha dar una conferencia en la ciudad de Filadelfia, donde conoce a Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin. Al regresar a Italia funda el Centro para el Estudio de la Familia, un Centro privado independiente que no recibe financiamiento de Instituciones Sanitarias o Universidades. En los dos años siguientes Boscolo y Cecchin regresan a Italia y son invitados a formar parte del primer grupo integrado inicialmente por Severino Rusconi, Paolo Ferraresi, Simona Tacconi y Gabriele Chistoni, además de lo recién llegados Boscolo, Cecchin y Guiulana Prata; tiempo después el grupo se dividiría por discernir entre el modelo psicoanalítico y el modelo de los sistemas familiares.

El grupo formado por Boscolo, Cecchin, Prata y Selvini se caracterizaba por centrarse en los procesos psicoterapéuticos bajo un enfoque sistémico en los cuales se establecía un plan de intervención para cada una de las sesiones. El equipo fundó en 1971 el Centro per il Studio della Famiglia donde en su inició tuvo como consultor a Watzlawick, del MRI (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En 1980, el grupo se divide en dos por un lado Selvini y Prata quienes se enfocaron hacia a la investigación y por el otro lado Boscolo y Cecchin orientados a la formación de terapeutas, dicho trabajo formativo era encabezado por ellos mismos y cada uno de sus grupos constaba de diez personas la mayoría de ellos partidarios del movimiento antipsiquiátrico. Es importante mencionar que el Modelo de Milán surge a partir de la separación del equipo (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 2003).

La evolución del modelo de Milán desde su inicio hasta la actualidad ha transitado por diversas etapas: la Psicoanalítica, la Estratégica-sistémica, la Batesoniana, la Constructivista y la Posmoderna cada una de ellas a llevado a consolidar el modelo, aunque como lo menciona Gerardo Reséndiz (2010) más que un modelo es una *epistemología*; cada uno de estas fases contribuyeron de manera significativa a desarrollar estrategias de intervención (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 2003; Bertrando y Toffanetti, 2004) (véase Cuadro 7).

Cuadro 7. Fases del Modelo de Milán.

Fase	Característica	Estrategias de intervención
Psicoanalítica	Las familias eran tratadas a lo largo de diversas sesiones semanales, con interpretación de las dinámicas inconscientes y de la transferencia.	Discusiones de ideas en el equipo sin que se estableciera una sola como absoluta.
Estratégica-sistémica	Empieza ha ser reconocido como el “grupo de Milán”, además de la incorporación del enfoque sistémico por la influencia del libro <i>Pragmatics of human communication</i> . Planteaban que si se conseguía modificar las pautas de interacción dentro de la familia, la conducta problema cambiaría.	Directividad del terapeuta Dividir la sesión en cinco segmentos. Espacio entre una sesión y otra de un mes. Hacer uso de la cibernética de primer orden. Connotación positiva Rituales Patrones de interacción Sistema significativo Juego Paradoja
Batesoniana	Hacen uso de los principios de la epistemología cibernética de Bateson superando la visión estratégica y desarrollando el purismo sistémico.	Hipótesis Neutralidad Circularidad La idea de sistema que funciona por ensayo y error. Premisas Marcadores de contexto Los contextos emergen del tipo de relación que se establece.
Constructivista	Se centran en el sistema observante partiendo de una cibernética de segundo orden o sistema observante, donde se postula que el observador entra en la descripción de lo observado de manera que la objetividad es absolutamente imposible. Incorporación de trabajos de personajes como: Humberto Maturana, Heinz von Foerster y Francisco Varela.	Hay un interés por hacer preguntas sobre el terapeuta, sobre qué está haciendo, sobre el cómo y el por qué (diferentes niveles de observación). Cibernética de segundo orden Se cuestiona la idea de experto La realidad se construye a partir de la experiencia. Activar mecanismos de autocuración (preguntas circulares). Seis niveles de comunicación: modelos culturales, biografía interna, relaciones, episodios, actos lingüísticos y contenidos. Notable interés por el tema del tiempo.

Posmoderna	Se incorporaran elementos como el lenguaje, las historias y las construcciones sociales, que finalmente pasaran a formar parte de la epistemología de Milán. El terapeuta puede co-crear la historia a través de un diálogo particularmente dirigido a proteger al cliente de los prejuicios del terapeuta y de la interferencia del mismo terapeuta. El cambio no es responsabilidad del terapeuta, si no que tiene que venir de las personas.	Prejuicios Los tiempos del tiempo Irreverencia Espacio relacional, político y discursivo. Visión hipotética del mundo. Construcción de la relación terapéutica. Terapia entendía dialógicamente Pluriparentalidad Plurinuclearidad Pluriorientación sexual Despatologización Pensamiento basado en la diferencia. Misterio/armonía
------------	---	--

Cada una de las fases contribuyeron a formar lo que conocemos como Modelo de Milán. Es importante destacar que la fase Posmoderna se integra de las aportaciones de expertos formados en los grupos de formación dirigidos por Boscolo y Cecchin entre los que destacan Paolo Bertrando, Laura Fruggeri, entre otros.

Características del Modelo

Cuando comenzaron a trabajar juntos como equipo de terapia establecieron una forma de trabajo, la cual consistía en que cada uno de los casos fuera entrevistado por dos terapeutas una pareja hombre-mujer, con la finalidad de estar equilibrados en cuestión de género y los otros estuvieran atrás del espejo unidireccional observando la sesión, también extendieron el espacio entre una sesión y otra a un mes porque descubrieron que un lapso de tiempo más prolongado era requerido para evidenciar el cambio. Se trabajaba en una sala amplia, con sillas móviles y un espejo unidireccional y cada una de las sesiones estaba estructurada de la siguiente manera (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1998):

- *Pre-sesión.* En ella el equipo analiza la ficha si se trataba de la primera entrevista; en caso contrario, se leía el acta de la sesión anterior.
- *La sesión.* En la que dos terapeutas estaban a cargo de la familia y dos detrás del espejo; los terapeutas a cargo de la familia no revelan los fenómenos observados, ni emitían juicios o valoraciones; observan y propician interacciones. Si los terapeutas que estaban atrás del espejo notaban perturbaciones en los

terapeutas por maniobras de la familia, se les llamaba para darles indicaciones y sugerencias.

- *La discusión de la sesión.* Se reflexionaba no sólo de los datos concretos sino también el modo en que se introdujo la información, como un indicador del estilo interaccional de la familia, además, de analizar que tipo de interacciones provocó en los miembros de la familia el comportamiento de los terapeutas, de quienes se observan las secuencias, los comportamientos digitales y analógicos y las eventuales redundancias indicativas de reglas secretas. También se decidía como concluir la sesión.
- *Intervención.* Los terapeutas regresaban junto a la familia y pronunciaban la intervención que podía consistir en una connotación positiva o un ritual.
- *Discusión final.* Se discuten las reacciones observadas en el cierre de la sesión, formular previsiones y redactar finalmente un acta de la sesión.

Cada una de estas subdivisiones se establecía con cada uno de los procesos psicoterapéuticos, incluso sigue siendo la estructura que se sigue en cada caso.

Fundamentos Teóricos

A través de la influencia de los diversos enfoques, el grupo de Milán fundamenta su trabajo a partir de los siguientes postulados (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 2003):

- La familia es un sistema que se gobierna a sí mismo y se autocorriga a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando qué es permitido o no en la familia y en la relación de cada uno de los miembros con los demás, es decir, toda conducta verbal o no verbal es una comunicación que afecta a otros y provoca en ellos una respuesta que a su vez es una conducta comunicacional (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1998).
- Las familias que manifiestan conductas que tradicionalmente se diagnostican como patológicas en uno o más de sus miembros, se rigen por normas

peculiares donde la conducta, la comunicación y la respuesta mantienen una regla, generando circuitos de retroalimentación.

- Las familias en transacción esquizofrénica participan en “juegos” familiares no reconocidos. En estos juegos, sus miembros se esfuerzan por lograr el control recíproco del comportamiento.
- El interés se desplaza desde los síntomas a los patrones de comportamiento, a las premisas epistemológicas y a los sistemas de significado, desde el tiempo presente a un marco temporal que comprende pasado, presente y futuro.
- El *impasse* y homeostasis familiar no son más que apariencias sostenidas por los patrones de comportamiento que derivan de errores epistemológicos de los miembros de la familia. La tarea del terapeuta es crear un contexto de deuteroprendizaje donde los clientes puedan descubrir las soluciones por sí mismos. También el grupo desplaza su centro de atención, de la conducta familiar a la figura del terapeuta.

Dichos fundamentos surgieron debido a que los miembros del grupo dedican tiempo para establecer diálogos entre ellos, que los llevaban a reflexionar sobre la forma de abordar los procesos psicoterapéuticos.

Principios Básicos

El grupo de Milán se propone elaborar ciertos principios fundamentales para la dirección de la entrevista que fuera coherente con la epistemología sistémica adoptada por el equipo, los cuales fueron descritos en el artículo publicado en 1980, Hipótesis, Circularidad y Neutralidad: tres directrices para la conducción de la sesión.

- **Hipótesis.** Hace referencia a la formulación por parte del terapeuta de una hipótesis basándose en la información que posee respecto a la familia que esta

entrevistando, las cuales, permiten promover el proceso de cambio en la medida en que admiten al terapeuta conectarse con el sistema familiar sin ser absorbido por él (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1990). La tarea del terapeuta es verificar una o más hipótesis, es decir, que se deben construir varias hipótesis sistémicas y elegir cuál puede ser más útil para aplicarla en un momento dado durante la terapia, no hay una verdadera y única, puede ir cambiando durante la entrevista. Estas hipótesis puntualizan en buscar razones y no causa, desde hacer uso de diferentes formas de explicación que incluyan por lo menos tres personas (tríadicas), lo que además implica acceder a un nivel diferente de explicación (Ugazio, 1985).

- **Circularidad.** Implica la capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de la retroalimentación de la familia en respuesta a la información que él solicita de sus relaciones y, por lo tanto, de su diferencia y cambio (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1990). La circularidad plantea que si un miembro de la familia es invitado a describirse de alguna forma otro miembro reacciona de cierta manera y de que forma entonces reacciona otros miembros de la familia a esa reacción.
- **Neutralidad.** El grupo de Milán menciona que el terapeuta al conducir la sesión, deberá aliarse a cada uno de los miembros de la familia, pero manteniendo una posición equidistante de todos ellos. La neutralidad no implica de ninguna manera, que el papel del terapeuta tenga que ser pasivo, dejando el control de la sesión, sino que por el contrario su papel es activo y central a partir del cuestionamiento circular que establece (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1990; Cecchin, 1986).

Los tres principios fueron de gran relevancia para el grupo, ya que la elaboración de “hipótesis” se tradujo en un proceso de evaluación; el “interrogatorio circular” en una técnica de entrevista y la “neutralidad” en una postura terapéutica básica.

Intervenciones

Las estrategias de intervención es donde el grupo presenta las innovaciones más significativas como se visualizan en el siguiente cuadro (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1998; Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 2003) (véase cuadro 8):

Cuadro 8. Intervenciones desarrolladas por el grupo de Milán

Intervenciones	
Técnica	Descripción
La connotación positiva	Es un mensaje por medio del cual se comunica a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto.
Los rituales	Son ordenamientos de la conducta al interior de la familia para determinados días o momentos con el objetivo evidenciar el conflicto entre las normas verbales de la familia y las analógicas, prescribiendo un cambio de comportamiento en vez de una reformulación con un posible insight.
Las preguntas circulares	Se fundamentan a partir de la creencia de que los sistemas vivos se caracterizan por presentar vínculos entre ellos. Posteriormente se les conocerá como preguntas que conectan.
Las prescripciones invariables	Las mismas prescripciones eran aplicadas a familias con sintomatologías similares. Se centraba en delimitar los subsistemas familiares, introduciendo límites intergeneracionales, con la finalidad de evitar las coaliciones que mantienen el juego familiar.
Revelación del juego familiar	Donde se revela el sufrimiento del paciente identificado con su indebida implicación en los problemas no resueltos de la pareja de padres, lo que tendría un efecto terapéutico.
Las premisas	Valores de referencia programados en un nivel profundo de la estructura, fuera del alcance de la mente consciente, una premisa parece mantener en su sitio las conductas vinculadas al problema.
El sistema significativo	Incluye todas aquellas personas e instituciones que se ponen en marcha en el intento de aliviar los problemas.
Los prejuicios	Se filtran siempre, por lo que no sólo es inevitable, sino que tampoco es negativo que el terapeuta reconozca darse cuenta de sus opiniones y acciones y las presente a los clientes no como realidad, sino como construcciones personales Cecchin, Lane y Wendel (1997).
El tiempo	Los tiempos son subjetivos: el tiempo de la familia, el de la cultura, el de las instituciones, el del individuo, y que esta amplia subjetividad y diversidad requiere de una coordinación, ya que sin ella se corre el riesgo de acceder a problemas, sufrimientos y porque no a patologías.

Cada una de estas posturas según el grupo de Milán, puede ayudar al terapeuta a ser práctico y efectivo en la forma de reunir información y por consiguiente el trabajo terapéutico se puede tornar satisfactorio para las familias que piden el apoyo.

Como lo expresaran Boscolo y Cencchin el modelo de Milán no es un conjunto de técnicas que pueden transmitirse de unos a otros como recetario, sino que tiene la capacidad de evolucionar hacia diversas líneas epistemológicas, por lo que consideran que es un enfoque donde se “aprende a aprender”.

2.6 Terapia Narrativa

La Narrativa hace hincapié en el significado el cual es constituido a través de historias que contamos y escuchamos acerca de nuestra propia vida, por lo que la propuesta de dicho enfoque consiste en colaborar con la personas para cambiar su vida en lugar de intentar solucionar problemas.

Antecedentes

A partir del posmodernismo y construccionismo social es que aparecen nuevas formas de pensar y visualizar las prácticas terapéuticas, dichas posturas plantean un desafío a una serie de hipótesis sobre el conocimiento, sobre la sociedad y la cultura, pero también sobre la naturaleza del individuo y sobre el conocimiento de la verdad; además de centrar su atención en aspectos locales y tradicionales de la comunicación, en las micronarrativas sin pretensión de veracidad o universalidad, un proceso que acoge también a lo marginal, a lo disperso, a lo alternativo. Asimismo exponen que no existe una verdad con valor absoluto, si no verdades que tienen un valor y una validez local dentro del propio paradigma, o mejor dicho, de la comunidad en la que son promulgadas (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Es así, que el modelo narrativo tiene una influencia del posmodernismo y construccionismo social, pero también de los trabajos Michel Foucault, Bourdieu y Bruner. El objetivo principal de la narrativa es la creación de conocimiento y de nuevos

significados que son generados por las personas en la revisión y re-elaboración de su historia.

Los principales precursores del modelo son Michael White y David Epston. Michael White originario de Australia del sur y que en 1967 inicia su carrera como asistente social, su primer acercamiento a la teoría sistémica hace referencia al modelo estratégico del Mental Research Institute (MRI) para posteriormente profundizar en los trabajos de Bateson que lo introducen en la semántica de la comunicación y en la construcción de significados. En 1980 estudia las ideas de Michael Foucault sobre la relación entre conocimiento y poder. Además de estar influido por la psicología narrativa de Bruner. Todo el conocimiento adquirido lo pone a prueba trabajando con niños que padecen encopresis, con historias estremecedoras y generalmente estigmatizados por sus padres. Por otro lado, David Epston tiene formación en sociología de la medicina y estudios en antropología, esta formación lo llevan a crear una forma particular de hacer terapia. Dicha propuesta deja de lado el modelo médico y la metáfora de la enfermedad, ya que para él la terapia y el terapeuta son una guía de la familia y del individuo que les ayuda a encontrar las transiciones justas a través de sus propias evoluciones existenciales, respaldando la identidad de cada pequeña cultura familiar, quizá una de las contribuciones de Epston a la narrativa es el uso de medios literarios con fines terapéuticos (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Postura de la terapia narrativa

Michael White y David Epston mencionan que su propuesta destaca esencialmente dos modalidades, una relacionada con el uso que hacen de los medios narrativos (para fines terapéuticos) y otra con el concepto de “externalización” (del problema). Considerando que los científicos sociales que siguen el método interpretativo (hermenéutica) afirman que la historia o narración brinda el marco dominante para la experiencia de la vida, pues, señala, que es a través de las narraciones que se interpreta y cómo entramos en las historias de las personas.

Las historias que nos cuentan son historias personales, contadas de una forma particular, acerca de un suceso ocurrido a alguien en particular, por lo tanto, la misión del terapeuta es prestar atención a cómo alguien cuenta lo que le preocupa, como una forma que no es suya, que es cultural (Ramos,2001). Es precisamente a través de historias que estos autores mencionan que se puede obtener el sentido de cambio, pues consideran que es en los relatos donde se construyen los comienzos y finales al flujo de la experiencia para, desde ahí, poder determinar el significado que le damos. En otras palabras, para entender nuestras vidas, la experiencia debe ser relatada, pues este hecho es el que determina el significado que será atribuido a la experiencia (Limón, 2005).

Su interés se centra en la idea de la co-generación de relatos alternativos que compitan con el “patológico” para, con ello, lograr una co-construcción diferente del problema. Es así como la terapia se convierte en el proceso de contar (narrar) y volver a contar, destruyendo el significado problemático y co-construyendo narraciones nuevas y liberadoras a través del lenguaje verbal o escrito. Esta terapia de re-escritura, les permite a las personas separar sus vidas y relaciones de los conocimientos/relatos que sean empobrecedores, ayudándoles a cuestionar las prácticas y relaciones absolutas para alentarlas a re-escribir una forma alternativa y, con ello, tratar de favorecer mejores desenlaces.

Es así, que a través de la tradición hermenéutica, la cual plantea que la existencia es esencialmente creativa y libre para la producción de significados múltiples, es decir, construir diversos significados que transformen una realidad, representada por una charla amena a veces con tintes de expertos y a veces ingenua, de los padres, del pariente respetado, de los amigos cercanos, del profesor prestigiado, del sacerdote amigo o, incluso del comprensible tabernero o cantinero, entre otros posibles “agentes sociales” naturalmente dispuestos a escuchar a las personas con problemas (Goncalves, 2002).

Por lo anterior, surge la siguiente interrogante ¿cuál es la diferencia entre las charlas informales y las conversaciones terapéuticas de corte narrativo?, la diferencia es que rescatan la tradición conversacional que podríamos identificar como los juegos de lenguaje, pero que de ninguna manera quiere decir, que conversar es opinar, sino que por el contrario se le devuelve la noción a las personas de que son ellos quienes pueden decidir si va a continuar de cierta manera, en que momentos va a ser así y cómo va a ser así, ya que lo fundamental de la terapia narrativa es: a) hacer que cuando las personas se vayan estas tengan la sensación de ser escuchadas y b) conseguir que acaben la terapia con la seguridad de que ellos mismos se mostraban a sí mismos cuando comenzaron a narrar su historia (Ramos, 2001).

Las conversaciones tienen la posibilidad de ayudarnos a analizar los sistemas de significados adyacentes, compatibles o suplementarios al predominante y, con ello, considerar las diferentes posibilidades de vida que puedan estar cercanas o disponibles dentro de su contexto. De aquí la importancia de conversar con las personas sobre la relativización de la experiencia dominante, sobre la deconstrucción del andamiaje conceptual del sistema de significado imperante, sobre el análisis de los recursos personales, de pareja o familiares disponibles, y sobre la viabilidad que tienen para adquirir otros más apropiados a sus necesidades y requerimientos (Anderson, 1995; Limón, 2005).

Para Withe y Epston (Ramos, 2001) su pensamiento y forma de conceptualizar la terapia narrativa se centra en los siguientes puntos:

- ✓ Los hechos son puntuales; los significados son duraderos, sin embargo se pueden cambiar (una borrachera acaba: la fama de borracho perdura).
- ✓ Los significados más perdurables son aquellos que encuentran cabida en una narración.
- ✓ Cualquier narración deja fuera de ella elementos de la experiencia (del paciente o de la familia) que no tienen un espacio en el sentido adquirido por la historia oficial.

- ✓ La historia oficial se acomoda a los discursos dominantes que circulan por la cultura.
- ✓ Una historia alternativa, con un sentido alternativo, hay que buscarla en cualquier incidente, por pequeño que sea, que pueda desmentir el sentido de la historia oficial. Lo que ellos llaman el “acontecimiento extraordinario”, dichos sucesos son puntos que ayudan a desmentir la “historia saturada del problemas” como la única posible, por la que se definen y se sienten definidos.

En otras palabras, la perspectiva narrativa más que centrarse en “el cambio”, pone el acento en la decisión última de las personas para su liberación y elección de sí mismo, decisión que podría llegar a incluir la posibilidad del “no-cambio”, aunque este “no-cambio” implique en rigor un cambio, sobre todo dentro de la estructura lógica del discurso aquí utilizado; es así que la psicoterapia podría llegar a tener una mejor sintaxis si el acento, más que a la idea mecanicista de cambio, se centrará en las ideas de liberación y pertenencia de sí mismo (Limón, 2005). Por eso, más que aconsejar o de hablar del cambio por el cambio, se podría decir que las nuevas conversaciones terapéuticas tienen la posibilidad de ayudar a las personas a escudriñar sus propios juegos de lenguaje, a hacer visibles los sistemas de significado involucrados, y a tratar de analizar las implicaciones personales, familiares y sociales que conlleva jugar estos juegos.

Principios básicos

Las sesiones en terapia narrativa no tienen una norma determinada, ya que pueden llegar a durar hasta dos horas y el intervalo de tiempo entre sesiones también es variable (sin regularidad de una vez por semana). Sin embargo, como en todas las terapias la narrativa comienza invitando a las personas a hablar de sus problemas pero con una escucha de interés y curiosidad. Es así, que la terapia narrativa concibe los siguientes principios:

- **Descripciones saturadas del problema.** Con frecuencia el primer relato en la sesión está lleno de frustración, desesperación y dolor, con poca o ninguna

chispa de esperanza, es decir, hay una descripción saturada del problema el “relato dominante” de la vida de la persona. El terapeuta escucha con atención la descripción, pero al mismo tiempo, asume que es sólo una parte de la historia (Payne, 2002).

- **El problema es el problema.** Michael Withe menciona que las personas van a terapia porque tienen un problema y que el problema no tiene que ver con cómo son y qué se hacen unos a otros. Tiene que ver con lo que hacen con el problema (y con lo que el problema hace con ellos). White ha introducido la idea de que la persona no es el problema, sino que el problema es el problema, por lo que dicho fundamento se apoya en la creencia de que un problema es algo que opera en, o tiene impacto en la vida de una persona, pero que es algo separado y distinto de la persona (Freeman & Combs, 1996).
- **La externalización del problema.** Se centra en una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente, es decir, le permite a los pacientes tomar iniciativas más efectivas a fin de huir de la influencia que el problema ejerce en sus vidas. El proceso de externalización del problema es progresivo. No es un re-encuadramiento estático del problema; es un proceso continuo de co-elaboración de una nueva realidad que se va realizando en la posterior disección terapéutica del problema, “separándolo” de la percepción que el paciente tiene de sí mismo como persona. Esta técnica de externalización del problema no excluye la responsabilidad personal. Sólo la enfoca y la pule. Pues se incita a los pacientes a reconocer que tienen la opción de continuar sometiéndose a la influencia del problema externalizado o de declinar la incitación a someterse (White, 1994; White y Epston, 1993).
- **La desconstrucción.** Tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas, esas llamadas verdades divorciadas de las condiciones y del contexto de su producción, esas maneras desencarnadas de hablar que ocultan sus prejuicios y esas familiaridades prácticas del yo y de su relación a que están sujetas a las vidas de las personas (White, 1994; Payne, 2002; White y Epston, 1993). Las prácticas terapéuticas “deconstructivas” ayudan a que las personas experimenten cierta sensación de

acción, la sensación de ser capaz de desempeñar un papel activo en la modelación de la propia vida, la sensación de poseer la capacidad de influir en los hechos de la vida, de conformidad con las finalidades que uno tiene y con los logros preferidos, dichas prácticas ayudan a las personas a apartarse de los modos de vida y pensamiento que, según ellas, empobrecen sus propias vidas y las vidas de los demás (White, 1994; White y Epston, 1993).

- **Testigos externos.** White expresa la importancia de que la persona que narra tenga un “público”, es decir, que las personas identifiquen a gente con la que le gustaría compartir su experiencia de vida en especial sus recién descubrimientos de éxitos en la lucha con el problema, fuera de la terapia. Este público puede estar conformado de amigos, parientes, compañeros, etc., los testigos externos pueden compartir sus propios recuerdos con las personas, no para cuestionar o restar importancia a su relato sino para reforzarlo con las resonancias que les produce (Payne, 2002).
- **Remembranza.** Implica que las personas pueden apoyarse en individuos importantes aunque ya no estén presente, familiares o amigos con los que hayan perdido contacto o hayan fallecido, son individuos que de alguna manera contribuyeron significativamente a la vida de las personas en alguna ocasión excepcional, por lo que, el terapeuta invita a dicha persona metafóricamente a unirse una vez más a la vida del consultante, pero también puede excluir a quienes se han comportado con él de una manera violenta y despreocupada (Payne, 2002).
- **Tomar en cuenta aspectos políticos y sociales.** Para White la terapia es como una operación política, la cual consiste en desmitificar los discursos de poder frente a los individuos y sus familias para obtener un resultado político.

Dichas premisas son parte del trabajo que se realiza desde una perspectiva narrativa, las cuales promueven el desarrollo de una historia que puede llegar a convertirse en la base de toda identidad, desafiando así cualquier concepto universal de la cultura.

Para llegar a establecer dicho proceso White (1994) desarrolla tres tipos de preguntas:

1. **Preguntas relativas al panorama de acción.** Las cuales hacían referencia a la influencia del problema en la vida de las personas, dichas preguntas pueden referirse al pasado, al presente y al futuro, siendo eficaces para dar nacimiento a pasajes alternativos y recordar logros aislados que son eficaces para dar inicio a otros posibles relatos.
2. **Preguntas relativas al panorama de conciencia.** Invitan a la realización de las historias alternativas, deseos, cualidades personales y de relación, dichas preguntas promueven la reflexión de los acontecimientos relatados en la historia reciente o distante.
3. **Preguntas referentes a experiencia de experiencias.** Que facilitan el proceso de recreación de vidas y relaciones e invitan a reflexionar sobre la vida actual de las personas. Llevan a las persona a dar una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar de ellas.

Estas tres formas de preguntar llevan a que terapeuta y paciente construyan una historia diferente del problema. En cuanto a la terminación de la terapia Withe refiere que se termina cuando la persona decide que su relato de sí misma es suficientemente rico para abarcar su futuro, por lo que, en la última sesión aunque no es una regla se le hace entrega de un certificado terapéutico, en el cual se transcribe al lenguaje oficial, las descripciones cotidianas que las personas hacían de los problemas que las hacían “sentirse fatal” y al como al final la descripción de la experiencia del paciente que resulta irreconocible, dicho documento puede ser leído por más miembros que pueden ayudar a seguir fortaleciendo la nueva historia (Payne, 2002; White y Epston, 1993).

2.7 Terapia Colaborativa

El enfoque colaborativo más que un listado de técnicas, es una *postura filosófica* que lleva al terapeuta a crear un tipo especial de conversación, *un diálogo*, que permite a las personas moverse entre los sucesos, anécdotas, mitos, comportamientos, pensamientos, experiencias, etc., con la intencionalidad de mirar desde otra perspectiva las dificultades que lo aquejan, pero también las habilidades y fortalezas que poseen (Anderson, 1999).

Antecedentes

El enfoque colaborativo surge a partir del análisis crítico y de reflexiones acerca del abordaje clínico en la psicoterapia familiar en conjunto con el marco sistémico, siendo los principales representantes del enfoque Harlene Anderson y Harold Goolishian, además de las aportaciones de Tom Andersen (los equipos reflexivos) y Michael White (La narrativa) (Beltrán, 2004).

Anderson y Goolishian en 1977, fundaron el Galveston Family Institute en el cual atendían a familias con hijos adolescentes con un formato de terapia breve denominada terapia de impacto múltiple (TIM), en este periodo dicho trabajo estaba influenciado por postulados extraídos del Mental Research Institute (MRI) y por teóricos constructivistas que hacían énfasis en el tema del lenguaje y su relación con la terapia (Beltrán, 2004).

Poco después se sentirían atraídos por otros enfoques entre ellos la hermenéutica, el socioconstruccionismo y la posmodernidad, además de algunos filósofos como Wittgenstein, Vygostky y Bajting y teóricos renombrados como Gergen y Shotter, cada uno de ellos contribuyó de manera importante en que centraran su interés en el lenguaje, la conversación y el diálogo (Anderson, 2008).

Uno de los aspectos que retoma el enfoque colaborativo se desprende de la hermenéutica, la cual se ocupa de la comprensión y la interpretación: comprensión del

significado de un texto o discurso, incluidas la emoción y la conducta humana; también una comprensión del proceso sobre el cual influyeron las creencias, los supuestos y las intenciones del interprete.

Para Harlene Anderson el punto central del cambio fue la noción de que los sistemas humanos son sistemas que generan significados por medio del lenguaje, es decir, que se esta inmerso en el mundo y “en el lenguaje” (Anderson, 2008). Por lo que sugieren que la terapia tiene que ver con la exploración de estos sistemas de significado a través de la conversación, donde se requiere el estar en el lenguaje con la familia, desde el interior del mundo de conocimiento que ellos han creado (Anderson, Goolishian y Winderman, 1986 en Anderson, 2008).

En 1991, muere Harry Goolishian, sin embargo su trabajo teórico es continuado por Harlene Anderson quien en su imparable contribución ha mencionado que la propuesta es más una postura filosófica de la terapia que una escuela de terapia y llama a esta filosofía “*enfoque colaborativo*” (Anderson, 1999).

Postura del enfoque colaborativo

Como menciona Harlene (1999) la conversación es uno de los aspectos más importantes de la vida, mantenemos una conversación con nosotros mismos, además a través de la conversación formamos y reformamos nuestras experiencias de vida; creamos y recreamos nuestra forma de dar sentido y entender; construimos y reconstruimos nuestras realidades y a nosotros mismos, incluso algunas conversaciones aumentan las posibilidades, otras las disminuyen, pero cuando las posibilidades se incrementan, tenemos una sensación de acción creadora una impresión de que podemos encarar lo que nos preocupa o perturba y por lo tanto formarse una sensación de lograr lo que queremos.

Es así, que el lenguaje debe ser considerado como conversación y la colaboración como una actitud terapéutica, desde dichas puntuaciones es que se puede

apreciar que la terapia es un modo particular de estar del terapeuta que participa en las relaciones con sus clientes, donde se incluye y se válida el saber cotidiano, así como la experiencia del paciente en la conversación terapéutica, se recupera su peculiaridad y se reconoce la característica relacional y discursiva del encuentro entre ambos participantes en un proceso terapéutico (Anderson, 1999).

Lo anterior, marca una diferencia con otros modelos, ya que se cuestiona la posición de experto y la ilusión de que el control lo tiene el terapeuta (Hoffman, 1996), por consiguiente se plantea que el estar en el mundo equivale a estar en el lenguaje y en la conversación, por lo que se hace énfasis en realizar conversaciones abiertas con los clientes desde una posición heterarquica, es decir, horizontal, democrática e igualitaria. Hay que tener en cuenta que el terapeuta colaborativo es activo, pero no directivo, siempre influye en la persona, de la misma forma que la persona influye en el terapeuta (Anderson, 1999).

Por lo que, la terapia es entendida como un sistema de lenguaje y “un acontecimiento lingüístico que reúne a las personas en una relación y una conversación colaborativa (una búsqueda conjunta de posibilidades)” (Anderson, 1999, p. 28).

Cuando las personas piden atención terapéutica puede ser por muchas razones usualmente, porque han llegado a un punto donde no hay diálogo y un sentido de perder la autonomía, ya sea con los individuos o como miembros de una familia o de otro sistema relacional. Han perdido la capacidad de conversar y la confianza de resolver con eficacia sus problemas; han perdido el sentido de competencia y de dominio de sí mismos. Los significados, la narrativa, la historia les limita la libertad para encarar problemas y les infunde una sensación de desolación.

Por lo anterior, el enfoque colaborativo invita a los terapeutas a considerar las siguientes características como una forma en que las personas recuperen la confianza en sus habilidades y capacidades (Anderson, 1999):

- La noción de “problema” y de “solución”, ya que desde lo colaborativo se ha intentado no usarlos debido a los significados que han adquirido en la terapia, optando hablar en termino de *dilema* o *situación vital* más que de problema y raramente la palabra solución porque considera que los problemas no se resuelven, sino que se disuelven. Además de considerar que es incorrecto pensar que un terapeuta pueda saber en que consiste el problema verdaderamente, porque cada suceso o experiencia que la persona narré, es sólo un relato de una historia, un recontar de la historia, una verdad dentro de diversas verdades.
- Todo puede ser tema de conversación o no ser tema de conversación. No se privilegia una cosa sobre las demás. Si el terapeuta sigue al cliente, el cliente marcará el camino hacia donde es necesario ir.
- La mayoría de los clientes quieren saber algo sobre sus terapeutas como personas y que en ese sentido un terapeuta puede participar de esa curiosidad.
- El terapeuta no controla la conversación, no establece que tema hablar, ni se dirige a un resultado específico, tampoco es responsable por la dirección del cambio.
- Cada conversación y contexto son diferentes, es decir, lo que un terapeuta dice y hace cambia de un cliente a otro y de una sesión a otra, por lo tanto el terapeuta tiene que poder cambiar su pensamiento y su comportamiento en cada situación particular.

Cada una de las características mencionadas anteriormente refleja lo que se denomina como *postura filosófica*, ya que se hace énfasis en una forma de observar y sentir el mundo desde la experiencia profesional y personal del terapeuta, en relación con la persona que lo consulta.

Principios básicos

El enfoque colaborativo comenzó como una estrategia que se convirtió en curiosidad natural y en una forma espontánea de hablar con las personas y entrar en relación con

ellas. Algunas de las aperturas propias del modelo son (Anderson, 1999) (véase cuadro 9):

Cuadro 9. Aperturas básicas del enfoque colaborativo.

Principios	Características
Apertura de agenda	Se favorece el ser abierto y evitar secretos, siendo respetuoso y mostrando interés por lo que la persona quiere decir.
Uso de lenguaje colectivo	Se habla en términos de interacción, por ejemplo, nuestra conversación, el trabajo en conjunto... etc.
Hacer público	Se trata de que el terapeuta este dispuesto a revelar, a compartir los diálogos internos y externos, sus pensamientos, prejuicios, especulaciones, interrogantes, temores y por lo tanto lo lleva a aceptar alguna crítica y devolución por parte de la persona.
Responsabilidad compartida	Se invita a la persona a colaborar, la responsabilidad se hace compartida, claro esta que previo hay una apertura de contextos y relaciones que hacen posible la responsabilidad.
No saber	Surgió como una forma más eficaz de estar con nuestros clientes y de entender y explicar las implicaciones del lenguaje para el quehacer terapéutico. Los individuos desarrollan significados y los entienden a través de su conversación con los demás, al intentar entenderse los unos con los otros, entender las cosas y entender las palabras y las acciones de los demás. Por lo tanto, el significado y la comprensión son intersubjetivos. El terapeuta no puede ser experto con respecto a las vivencias del cliente, sino que debe averiguar sobre ellas, por lo tanto el cada cliente es experto con respecto a sus vivencias, es el quien le enseña al terapeuta a entenderlas.
Resumen	Es una forma de asegurarse de que se esta escuchando, lo que la persona ha mencionado o si se esta prestando atención a lo el cliente quiere que se escuche.

Como lo menciona Harlene Anderson (1999) dichas premisas diferencian la filosofía y la práctica de otras formas terapéuticas y que implican movimientos desde un contexto social, a uno terapéutico y también a una posición personal.

Por lo anterior, se puede decir que desde el enfoque colaborativo la terapia consiste en encontrar nuevas formas de conversar acerca de las partes de la historia del cliente y por consiguiente se considera que la terapia es exitosa cuando la elaboración de la historia y la autobiografía construida a través de la coexploración de historias familiares ya contadas a llevado a la cocreación de historias nuevas, todavía no contadas (Anderson, 1999).

Siguiendo con la importancia de una postura colaborativa y las diferentes historias de las personas es que en los espacios psicoterapéuticos se adopta a los

llamados procesos de reflexión que pueden llevar a la personas a poner en marcha conductas formativas y reveladoras, uno de estos procesos es el trabajo con equipo reflexivo.

El equipo reflexivo

El equipo reflexivo surgió en 1984, al sur de Noruega con la aportación de Tom Andersen, médico psiquiatra quien decide estudiar psicología con la finalidad de entender diversos cuestionamientos sobre el efecto social de la enfermedad, el sufrimiento y el dolor humano.

En 1970, se acerca a diversos profesionales de la terapia familiar y por consiguiente a la teoría sistémica, entre los que destacan Minuchin, Haley, Watzlawick, el trabajo en equipo del Instituto Ackerman y como se trabajaba con equipo en el grupo de Milán de este último obtendría las bases para desarrollar la propuesta de integrar un equipo reflexivo en los procesos psicoterapéuticos (Beltrán, 2004).

En un inicio el equipo se caracterizaba por decir a los clientes lo que tenían que realizar y como debían ver o comprender el problema. Las entrevistas se hacían desde la perspectiva de ideas preconcebidas acerca de cómo podían explicarse sus problemas. De este modo las preguntas tenían el propósito de validar o confirmar las ideas de los miembros del equipo respecto a determinados patrones de relación o a ciertas pautas de relación, ya que las premisas que sustentaban su trabajo provenían de su formación cibernética y constructivista (Beltrán, 2004).

Con las implicaciones que tenía esta forma directiva de relación donde se visualizaba una incomodidad al asumir una posición de terapeuta experto, el equipo se cuestionó el porqué ocultar las deliberaciones del equipo y decidieron permitir que los clientes vieran y oyeran la forma en que trabajaban, encontrando que se abrían posibilidades de que los clientes encontraran sus propias respuestas y de que ellos como terapeutas modificaran su comprensión respecto a los procesos terapéuticos.

Después que el equipo introdujo un cambio bajo la idea de establecer conversaciones abiertas y no sólo dar indicaciones, es que las personas escucharon las ideas del equipo que se encontraba atrás del espejo, esto surgió por algún tiempo para modificar y en lugar de que la familia escuchara y observara en otra sala el equipo consideró el trasladarse al lugar donde estaba la familia, una vez terminada la conversación del equipo este salía y la familia continuaba su sesión con su terapeuta (Friedman, 2005).

La propuesta fundamental de dicho proceso se basa en la dicotomía entre hablar y escuchar, donde el hablar a otro o otros puede describirse como una conversación exterior y que el escuchar hablar a otros nos lleva a mantener con uno mismo una conversación interior, lo que puede llevar a formar y transformar nuevas ideas e historias.

Andersen (1994) describe algunos de los aspectos fundamentales cuando se trabaja con equipo reflexivo, los cuales se describen a continuación:

- Permite escuchar y ver lo que otras personas ven y reflexionan (equipo) de alguien desde una posición distante.
- Las reflexiones se expresan en forma de diálogo, donde quedan muchas preguntas sin respuesta o se expresan dilemas.
- La persona que escucha, además de escuchar todo lo que se dice, ve como se expresa; lo que puede generar en ellos el pensar en lo que están escuchando.
- Permite construir nuevas formas de ver lo que se siente y no necesariamente lo que la razón permite ver.
- Que las diferencias disponibles son tantas que uno no tiene la posibilidad de prestarle atención a todas, por lo que un equipo reflexivo puede ayudar a ver esas otras posibilidades.
- Que tanto paciente como entrevistado se pongan en posición de escucha y observadores del equipo

- El equipo se debe mirar a los ojos cuando hacen sus reflexiones, ya que si mira a la personas, lo estará invitando a la conversación y por lo tanto lo estaría privando de la posibilidad de estar en la posición de escucha, es decir, se le estaría quitando la posibilidad de ver la discusión de los temas desde afuera.
- El entrevistador enuncia el cambio de posición, diciendo que ahora será el equipo el que hablará, invita a los pacientes a que se relajen y escuchen la conversación o pueden pensar en otra cosa, dicho acuerdo les permite escuchar y ver lo que ellos mismos han dicho desde una posición más distante.
- Una vez terminado de hablar el equipo, se cambian las posiciones y el sistema de entrevista habla mientras que el equipo reflexivo escucha, y se les pide que hagan algún comentario sobre lo que han escuchado o de lo contrario se les pide que se lo lleven para que lo reflexionen.
- El equipo debe expresar lo que le llamo la atención, puede ser una palabra o frase. De esa palabra se puede generar una metáfora o analogía que puede ser útil para los pacientes, su impacto puede ser mayor si se realiza desde una posición personal o experiencia propia.

Cada una de estas consideraciones son una guía de la forma en como un equipo reflexivo puede entrar en el proceso psicoterapéutico. Es válido mencionar que el equipo reflexivo en la práctica ha demostrado ser una gran oportunidad de visualizar un abanico de posibilidades, lo que puede generar una esperanza para el cliente o clientes.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades clínicas terapéuticas

Durante la formación como terapeutas sistémicos familiares asistí a diversas sedes en su mayoría pertenecientes a la Facultad de Psicología, en las cuales se brinda atención psicológica a familias y parejas que solicitan el servicio. La participación como terapeuta en formación se brinda desde diversas variantes: coterapia, equipo terapéutico, equipo reflexivo y terapeuta responsable del proceso.

Es así, que en las sedes donde asistí participé como terapeuta o coterapeuta, de 14 familias/parejas que solicitaban el servicio, colaboraciones que se describen a continuación.

Sede	Terapeuta	Supervisor(a)	Familia/Pareja	Motivo de consulta	No. de sesiones	Estatus
"Guillermo Dávila"	Araceli Durán y Verónica Vargas	Mtra. Guadalupe Inda Sáenz	Fam. Contreras-Solis	Separación de los padres y problema de conducta del hijo mayor	10	Baja
	Araceli Durán y Verónica Vargas	Mtra. Guadalupe Inda Sáenz	Fam. Torres-Vega	Dificultades entre madre e hija.	1	Baja
	Cintia Aguilar y Verónica Vargas	Mtro. Gerardo Reséndiz	Estela Díaz	Depresión y problemas en la relación madre e hija	5	Baja
"Mac Gregor y Sánchez Navarro"	Paula Bautista, Verónica Larrieta y Verónica Vargas	Mtra. Miriam Zavala	Fam. Pérez	Reorganización familiar y de conducta de las hijas. Problemas en la pareja por infidelidad	19	Alta
	Verónica Larrieta y Verónica Vargas	Dra. Noemí Díaz	José Ricardo y Edith García	Problemas de comunicación en la pareja	1	Baja
	Verónica Larrieta y Verónica Vargas	Dra. Noemí Díaz	Fam. Suárez-Hernández	Conflictos en la familia	4	Baja
	Verónica Larrieta y Verónica Vargas	Dra. Noemí Díaz	Fam. Carreón-Méndez	Problemas en la relación entre madre e hija	8	Alta
	Verónica Vargas	Dra. Noemí Díaz		Problemas con su pareja	25	Alta
"San"	Verónica Vargas	Mtra. Nora Rentería	Olga	Dificultades en la forma de relacionarse con su hijo	16	Baja
	Alma Aguilar y	Mtra. Luz	Fam.	Problemas en la	13	Alta

Lorenzo"	Verónica Vargas	María Rocha	Guadarrama-Fernández	relación madre e hijo		
	Hernán Paniagua y	Mtra. Luz María Rocha	Ángeles Huerta	Dificultades con los hijos y problemas de salud de la madre	14	Alta
	Beatriz Bollás y Verónica Vargas	Mtra. Luz María Rocha	Fernando y Patricia	Dificultad para tomar la decisión de separarse definitivamente o continuar como pareja conyugal	8	Alta
	Verónica Vargas	Mtra. Luz María Rocha	Fam. López-Jiménez	Separación de los padres y relación entre madre e hijos	9	Alta
	Verónica Vargas	Mtra. Luz María Rocha	Fam. Gómez-Pérez	Orientación sobre un posible abuso sexual hacia hijo	8	Alta

Los dos casos que se presentan son aquellos en los que participé directamente: uno de ellos en la modalidad de coterapeuta y el otro como terapeuta responsable del proceso, mismos que me permitieron el desarrollo de las habilidades clínicas durante la formación como terapeuta familiar y de pareja.

Expedientes clínicos

Las sedes a las que pertenecían los casos son: el Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" y el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro", respectivamente. Los dos casos son reportados con base en los modelos teóricos desde donde fueron abordados, los datos personales de los integrantes de la familia y pareja han sido modificados por cuestiones éticas, con la finalidad de mantener la confidencialidad de cada uno de ellos. En ambos casos, cada una de las sesiones fue supervisada en vivo por un experto en el modelo, además de contar con equipo terapéutico que participaba activamente en la generación de mensajes, tareas o estrategias a implementar de acuerdo al enfoque.

El primer caso se abordó desde el modelo de Terapia breve centrada en las soluciones (De Shazer, 1986 & O'Hanlon, 2001) y en el segundo caso el proceso se desarrolló bajo las premisas del enfoque de Terapia breve centrado en los problemas (Watzlawick, Weakland & Fish, 1974) y la Terapia colaborativa (Anderson & Goolishian, 1986).

1.1 Integración de expediente clínico: Primer caso

Ficha de identificación

Familia/pareja: Pérez-Ruíz

Terapeutas: Verónica Larrieta Carrasco y Verónica Vargas Arrazola¹

Equipo:

Aguilar Delgadillo Cintia
Bollás Hernández Beatriz
Ibarra López Adriana Elizabeth
Ledesma Hernández Claudia Verónica

Aguilar Segura Alma Griselda
Flores Sánchez Cuauhtémoc
Kumul Coronado Ligia Noemi
Muñoz Arreola Leticia

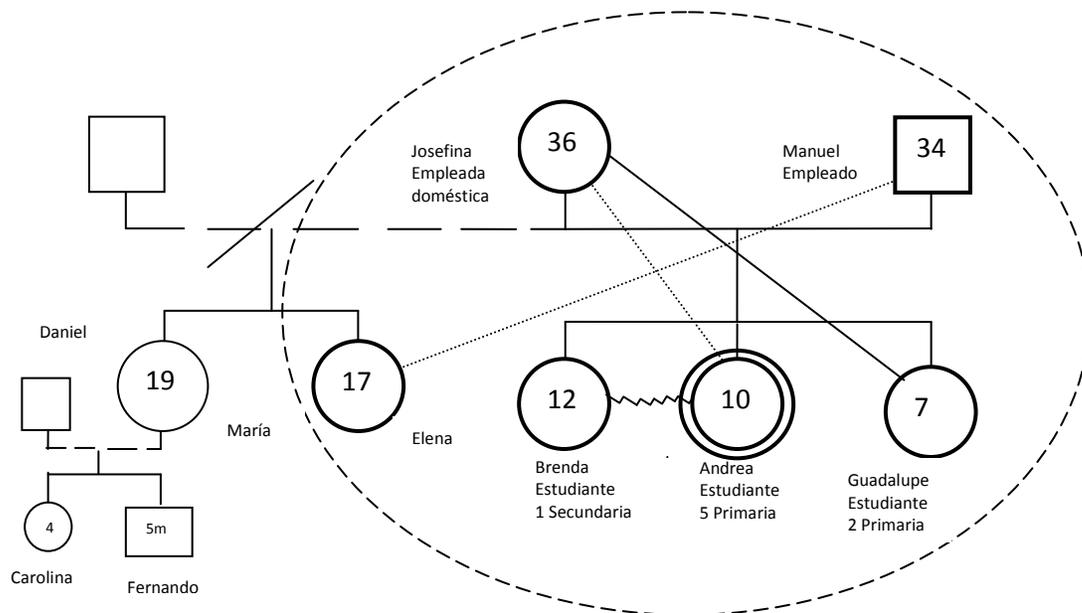
Escenario: **Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”**

Supervisora: Mtra. Miriam Zavala Díaz

Modelo: Terapia breve centrada en las soluciones

Número de sesiones: 19 sesiones (5 primera fase y 14 segunda fase)

Familiograma



¹ Un reconocimiento especial a Paula Bautista Rodríguez, quien integró parte del equipo de terapeutas responsables en éste caso.

Motivo de consulta

La familia refiere que la maestra de Andrea les sugirió acudir a recibir atención psicológica debido a que su hija ha presentado problemas de conducta (peleas y bajo rendimiento académico). También en casa perciben dificultades, ya que no obedece, no acepta errores y ha tomado dinero. Ambos padres expresan que tienen problemas en la forma de relacionarse con sus hijas; no logran establecer las actividades que sus hijas deben realizar en casa; perciben diferencias en el trato entre las hijas de uno y otro. Además la relación de pareja presenta complicaciones por una infidelidad por parte del esposo.

Hipótesis

- Ambos padres de esta familia con hijas en su mayoría adolescentes y púberes, se muestran inseguros del papel de padres que ahora deben establecer, les resulta complicado la forma de dirigirse a su hijas en el establecimiento de actividades y reglas, tal pareciera que permanecen en la etapa del ciclo vital de la familia con hijos pequeños, una de las características de esta fase es que los padres tienen control total sobre hijos.
- Dado que se trata de una familia reconstruida, el Sr. Manuel intenta fungir como el padre de familia, en su momento María y Elena (hijas de la primera unión de Josefina) le indican que sólo su madre tiene el derecho de establecer los deberes que deben realizar, dejando así al Sr. Manuel sin autoridad ante ellas; sin embargo, esta noción se ha generalizado para todas las hijas, debido al horario de trabajo y a que la Sra. Josefina se ha responsabilizado de la organización de la casa e intenta distribuir las labores entre las hijas.
- La Sra. Josefina frente a la dinámica imperante de diferencias en el trato hacia las hijas opta por realizar la mayoría de las actividades (de hogar, de cuidado y remuneradas), pero frente al cansancio y al ver que sus hijas están creciendo valora de su esposo cierta participación, sin llegar a concretar entre ellos la manera de hacerlo.

- Ante la ausencia de padre en la casa y la sobrecarga de la madre crece el desinterés de las hijas para apoyar, a pesar del enojo que provocan, saben que no habrá consecuencias. La falta de cumplimiento en las hijas, las está llevando a comportamientos de riesgo como el robo, ingesta de alcohol y hasta una posible drogadicción.
- La infidelidad en la relación de pareja se ha hecho evidente para las hijas, en específico para Elena, lo que ha provocado enojo y comentarios en contra de la decisión de los padres de continuar juntos.

Resumen del caso

La familia Pérez-Ruiz esta conformada por seis integrantes, el señor Manuel de profesión arquitecto que trabaja como responsable de obra (construcciones) y la señora Josefina, quien sólo sabe leer y escribir, es la responsable del cuidado de las hijas y del hogar, además de trabajar como empleada doméstica. Antes de casarse el Sr. Manuel y la Sra. Josefina, ella había vivido en unión libre con otra pareja, en esta relación procreó dos hijas María y Elena. Las hijas que viven en casa de mayor a menor son: Elena, de 17 años, no trabaja ni estudia; Brenda, de 12 años, está cursando el 1er. grado de Secundaria; Andrea, de 10 años, cursa el 5to. grado de Primaria y Guadalupe, de 7 años, estudia el 2do. de Primaria.

Los padres comentan que están preocupados porque Andrea no quiere hacer nada, no acepta errores, además comentan que en la casa de la abuela (paterna) se perdió dinero y responsabilizan a su hija de dicho acto. También les preocupa que Elena decida unirse a otra persona como lo hizo María. En específico la Sra. Josefina refiere que en general ninguna de sus hijas participa en las labores de la casa, como ejemplo menciona la organización de la comida, donde sólo se sientan a comer, tampoco se responsabilizan por sus propias cosas (ropa y camas).

La Sra. Josefina menciona que en repetidas ocasiones sus hijas le han expresado que es una “*mala mamá*”, por regañarlas cuando no realizan sus actividades,

incluso comenta sentirse más como una hija, que como su mamá, además de acreditarse que quizá sus hijas no la respetan e ignoran por su falta de estudios, lo que es diferentes con su esposo a quien si obedecen.

Los padres expresan que ambos trabajan porque para ellos es importante darles lo mejor a sus hijas (bienes materiales, ropas, zapatos, celulares). La actividad remunerada que los padres desempeñan origina que sus hijas se queden solas cuando llegan de la escuela y la mayoría de las ocasiones cuando la Sra. Josefina llega a casa se percata que sus hijas no han realizado sus actividades correspondientes al aseo del hogar, originando que se enoje y les diga groserías, además de ser ella quien termina realizándolas a pesar de estar cansada.

Ambos concuerdan que aunque no tienen comportamientos de afecto (abrazos, besos y frases de cariño) con sus hijas, han procurado proporcionarles lo necesario (ropa, celulares, televisiones, fiestas) en palabras de los padres “siempre están al pendiente de ellas”. Con respecto a las muestras de cariño, la Sra. Josefina refiere que con su hija Guadalupe le resulta más sencillo expresarle frases de cariño, besarla y abrazarla, pero que quizá se deba a que es la más pequeña.

Entre las hijas hay peleas y discusiones, pero en particular se presentan entre Brenda y Andrea, en general se desencadenan porque alguna no realiza sus quehaceres, porque usan la ropa de otra, por la decisión de que programa de TV ver y la forma de responderse entre ellas (generalmente con groserías). Por lo anterior, Andrea expresa que es a ella a la que responsabilizan de todo, por lo que menciona que le falta “cariño” y “atención”; además sus padres dan por hecho que fue ella cuando falta dinero y con frecuencia se anticipan de manera negativa a los resultados frente a las actividades que plantea realizar, lo que significa que no hay confianza.

Lo anterior, es confirmado por la Sra. Josefina, que expresa como un preámbulo acerca de su propia experiencia en la infancia indicando que no recuerda que la hayan abrazado o puesto atención, por lo que incluso actualmente no le agrada la cercanía.

Con respecto a Andrea refiere tener contantes diferencias por la similitud en carácter, por lo que no quiere que sufra el rechazo de la gente como ella lo ha sentido, sin embargo, admite que le cuesta acercarse a Andrea, quien es la que más la desobedece.

Con respecto a Brenda los padres expresan tener la sospecha de que pueda estar consumiendo drogas, ya que Andrea les dijo haber visto a su hermana deshaciendo una aspirina para posteriormente inhalarla por la nariz, hecho que fue negado por Brenda expresando que es una amiga quién está realizando el comportamiento mencionado.

El Sr. Manuel generalmente esta fuera de casa todo el día y sólo cuando llega a casa se entera de los acontecimientos en la familia, cuando su esposa le pide apoyo él esta dispuesto a ayudarla, pero no sabe como hablar con sus hijas expresando que considera que no visualizó que iban a “crecer” y “cambiar”, por ejemplo, le preocupa que Elena tiene dos años que dejó de estudiar, sale constantemente a fiestas donde ingiere alcohol, llega muy tarde o no llega a casa, pero no sabe cómo expresarle su inquietud. Este comportamiento ha generado disgustos entre sus demás hijas quienes reclaman estar más limitadas, refiere que fue la escasa comunicación con ella lo que desencadenó que María decidiera irse a vivir con su novio a los 14 años, acontecimiento que entristeció a su esposa.

La Sra. Josefina menciona que el problema central está en que Elena y María no son hijas de Manuel y aunque no es un secreto para sus hijas, ellas ven a Manuel como un padre, y él dice que las quiere, pero ella sí ve diferencias en el trato, aspecto que ha generado discusiones entre ellos y por dicha situación ella no deja de trabajar, primero para poderle proporcionar a sus hijas lo que necesitan y segundo para que su esposo no se vea con toda la responsabilidad.

El Sr. Manuel considera no hacer diferencias y afirma que su falta de participación con Elena y María se debe a que sólo obedecen a su mamá.

También, observa un trato diferente de su esposo hacia Andrea defendiéndola cuando le llama la atención y siendo más condescendiente, lo que genera que sus demás hijas se muestren inconformes, esto lo atribuye a que cuando nació su hija su esposo la rechazó por ser mujer, ya que él esperaba que fuera hombre.

Actualmente, el Sr. Manuel expresa tener la intención de establecer reglas y horarios a las hijas, pero su esposa le dice que no pueden ser las reglas iguales para todas debido a los distintos intereses y edades. Al no llegar a acuerdos en cuanto a las reglas optan por mencionar que cada uno se responsabilice por sus hijas.

En cuanto a la relación de pareja la Sra. Josefina refiere que su esposo le fue infiel con una amiga a la cual consideraba como una “hermana”, situación que al ser del conocimiento de su hija Elena contribuyó a que esta se enojara con su esposo y también con ella por perdonar la infidelidad, considerando que se dejó convencer a través de los obsequios que su esposo le da.

La infidelidad, generó que la Sra. Josefina incrementará su ingesta de bebidas alcohólicas a pesar de no gustarle hacerlo.

Análisis teórico-metodológico de la intervención

El caso se abordó con el Modelo de Terapia breve centrada en las soluciones de De Shazer (1986) y O'Hanlon (2001), con un total de 19 sesiones, divididas en dos fases: la primera en terapia familiar (5 sesiones) y la segunda en la modalidad de terapia de pareja (14 sesiones).

Primera fase. Construyendo un hogar

Tarea de fórmula de la primera sesión y establecimiento de objetivos

De acuerdo con el Modelo de soluciones, el terapeuta dirigirá su atención en los aspectos positivos de la situación y observará más aquellas situaciones que van bien desde el primer contacto con las personas. Esta técnica establece que las personas hacen cambios significativos en las pautas de sus problemas antes de llegar a una primer entrevista (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010). Por lo tanto, el primer paso con la familia Pérez-Ruíz consistió en indagar qué cosas habían mejorado en la familia, desde su primer contacto con el Centro; a lo que comenta la Sra. Josefina que no han estado mejor, sin embargo para el Sr. Manuel hay días en los cuales están mejor, sobre todo cuando él habla con sus hijas, ya que es cuando ellas realizan sus labores correspondientes.

El que un miembro de la familia observe aspectos positivos, mostraba el camino para redirigir la atención de la familia hacia aspectos que han implementado y funcionado, como fue el conversar con sus hijas, ya que como lo mencionan O'Hanlon y Weiner-Davis (2010), con frecuencia las personas simplemente necesitan hacer más de lo que ya les está dando resultado, hasta que el problema deje de existir.

El iniciar explorando las cosas que van bien marca la forma de comenzar nuestro acercamiento con la familia, sin embargo, un aspecto fundamental de la terapia breve y del modelo de soluciones consiste en establecer en conjunto, terapeuta y familia objetivos que deben ser alcanzables, medibles y cuantificables, guía de nuestro trabajo terapéutico (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010). A partir de dicha premisa la terapeuta se enfoca en construir los objetivos con la familia.

Terapeuta. ¿De qué forma les podríamos ayudar o que apoyo les podríamos brindar como terapeutas?

Sr. Manuel. Creo que no les sabemos mandar.... No tomé en cuenta que iban a crecer y cambiar, como la mayor que se nos casó. Elena tiene dos años que dejó de estudiar y me gustaría que sea responsable con su estudio.

Terapeuta. Hace un momento mencionó la palabra responsabilidad, qué podría notar diferente en sus hijas para saber que ya están mejorando?.

Sr. Manuel. Que tengan sus cosas de la escuela acomodadas.

Sra. Josefina. El ser más responsables en su persona, que colaboren a la hora de la comida, en el lavado de su ropa porque hay veces que sí lavan, pero sólo lo que necesitan o hacen únicamente el quehacer cuando piden permiso.... y en eso me gustaría que cambiaran.... Que cambien su forma de hablar, sin decirse groserías.

Terapeuta. Y para ustedes (hijas).

Elena. Lo primero es que entre nosotras nos ayudemos porque para todo nos peleamos. Mis hermanas me pueden preguntar sobre las tareas.

Terapeuta. Están de acuerdo (hijas)

Para el Sr. Manuel el objetivo sería que sus hijas tengan sus cosas de la escuela acomodadas y para la Sra. Josefina consistiría en responsabilizarse por sus cosas personales (lavado de su ropa y no hablar con groserías); además realizar sus actividades domésticas y colaborar con ella a la hora de la comida. El definir y negociar los objetivos en conductas observables, cosas que las personas hacen o dicen genera que el problema parezca más manejable y menos impermeable a una solución creativa (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010).

Las chicas acuerdan ayudarse mutuamente entre ellas, sin pelearse, incluso para realizar sus tareas se pueden apoyar. En conjunto con esto se les deja la siguiente tarea: que las hermanas realicen una lista de las cosas que ya hacen bien, que les están saliendo bien y las cosas que podrían hacer para estar mejor. A los padres se les pidió que platicaran sobre las cosas que ya han hecho para apoyar a sus hijas y hacer una lista o sólo platicarlo.

En las primeras sesiones debido al número de miembros de la familia surgió la necesidad de establecer una forma de acceder a las respuestas de todos los miembros de la familia con rapidez, pero que resultará ser dinámico y fácil de realizarlo, la cual consistió en levantar la mano cuando se requería conocer su colaboración o inconformidad.

El contenido de la **tarea de fórmula** de la primera sesión es algo que las personas no esperan que se prescriba, pero que tiene como meta, que la familia se fije sobre las cosas que hacen bien, así que a veces quedan sorprendidos por esta petición. Con esta tarea van a casa con sus “gafas de buscar cosas positivas” y, para sorpresa suya, suelen descubrir varias cosas (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2010).

Otro aspecto importante del enfoque consiste en transmitir a las familias mensajes positivos en forma de **elogios**, tanto de manera personal como de alguien más (en este caso el equipo terapéutico), la finalidad es resaltar aspectos positivos que ayudarán a que la meta se cumpla (O’Hanlon, 2001). Por lo tanto, desde la primera sesión se le comunicó a la familia que el equipo notaba la sensibilidad que tenían todos al escuchar a otro miembro de la familia, la preocupación que sentían por cada uno y el esfuerzo por hacer que las cosas vayan bien, además que se notaba en ellos las ganas de cambiar en cada uno.

Preguntas orientadas al futuro y excepciones al problema

Durante las primeras sesiones se observó que la familia Pérez-Ruíz era una familia reconstituida, donde los padres habían establecido que cada uno se responsabilizara de sus hijas, por lo tanto, el trabajo terapéutico se enfocaría en deshacer las divisiones para que logran ver a todas las hijas formando parte de una sola familia, objetivo que se generó en conjunto con la supervisora y el equipo terapéutico. Con esta idea se les plantearon preguntas centradas en el futuro con la finalidad de promover la visualización de nuevas soluciones, fomentar el aprendizaje y sugerir acciones alternativas (Selekmán, 1996).

Terapeuta. Por lo que entendemos la rivalidad y división de las hijas entre las mías y las tuyas ha generado varias de las molestias entre ustedes, por lo que, si nosotros trabajáramos para que ustedes se deshicieran de dichas divisiones las cosas cambiarían en algo ¿cómo serían distintas?

Sra. Josefina. Aceptaríamos nuestros errores.... Y....

Terapeuta. Pensemos que ustedes logran ver a todas estas hijas cómo hijas de la familia... hijas de usted (Sr. Manuel), y de usted (Sra. Josefina) y que pueden mirar a las cuatro cómo parte de un solo paquete del que ustedes son responsables, ¿qué pasaría si logran hacer esto? y ¿cómo sería distinta su vida?

Sra. Josefina. No, nos faltaríamos el respeto entre todos los miembros de la familia.

Terapeuta. ¿Qué más sería distinto?

Sr. Manuel. Sería distinto... sería bonito, ponernos de acuerdo.

A través de estas preguntas los padres, visualizan como sería su vida familiar libre de las dificultades y las acciones que estarían poniendo en práctica, lo que es primordial desde las soluciones, ya que una vez que las personas describen el futuro sin problemas, han descrito también la solución (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010). Esta forma de acceder a las soluciones, da pie al terapeuta de seguir explorando las excepciones al problema, donde el problema simplemente no ocurre, para lo cual nos apoyaremos de la siguiente interacción.

Terapeuta. ¿Cuándo eran chiquitas, cómo era?

Sr. Manuel. Bien, jugábamos con ellas, con Elena.... lo sentí mucho.... porque pues íbamos al fútbol.

Terapeuta. Entonces cuándo eran más chiquitas si había esa sensación de todas estas son nuestras hijas y estamos juntos haciéndonos responsables de sacarlas adelante... y no estaba presente la división, ni la rivalidad.

Sr. Manuel. No.

Sra. Josefina. No.

Terapeuta. Y ustedes dirían que cuando eran chiquitas sus hijas, ustedes podían ser más eficaces cómo papás... más buenos como papás.

Sr. Manuel. No así, porque por ejemplo con Elena compartía el gusto por el fútbol, incluso era el entrenador del equipo, pero pasó lo que tenía que pasar, en la secundaria fue cambiando.

Terapeuta. Ahí es donde comienzan a surgir las divisiones y las rivalidades entre ustedes.

Sra. Josefina. Ahí empezó, pero lo que tiene Elena, fue por lo de Sara. Hace como medio año... tengo una amiga de toda la vida que nos invitó a una fiesta y aquí mi esposito me puso los cuernos con ella, yo ya estaba durmiendo y ellos que se quedaron en el baile y pues.... Elena se entera y eso pienso que hace que le tenga coraje a su papá.

Terapeuta. Fue ahí donde se empezó a generar la rivalidad y las divisiones, ¿y esto es algo que ya lo resolvieron ustedes?.

Sr. Manuel. Un poco. Sé que cometí un error y lo estoy pagando.

Las respuestas de los padres mostraban que en algún periodo de la vida familiar el problema no existía, es decir, que siempre hay excepciones a las conductas, ideas, sentimientos e interacciones y que al visualizarlas los invita a reconocer que ya han hecho algo que puede definirse como exitoso o por lo menos, encaminado a lo que ellos buscan (Cade y O'Hanlon, 1993), también indicaba que en la etapa donde sus hijas eran pequeñas, ellos se vivían como padres eficientes.

Otro aspecto que había que considerar eran las dificultades en la relación de pareja (la infidelidad) que de alguna manera estaban impidiendo llegar a acuerdos con respecto al establecimiento de reglas, por lo tanto, se negoció un nuevo rumbo de la terapia, para resolver primero sus dificultades entre ellos a través de terapia de pareja.

En esta primera fase ambos padres admitieron la importancia de trabajar en equipo en el establecimiento y cumplimiento de reglas, además de reconocer que la división que hacían entre las hijas de uno y las hijas del otro provocaba no llegar a acuerdos. Los padres establecieron que fuera la Sra. Josefina quien concediera los

permisos y horarios a las hijas para asistir a los bailes, algo que aceptó y lo llevaron a cabo.

En familia planearon actividades como: pasar un domingo juntos y disponer de algunos días para ir de vacaciones, lo que contribuyó a dejar de lado las divisiones. La Sra. Josefina dejó de gritar y decir groserías, lo que las hijas expresaron como algo que les agradaba. Por su parte el Sr. Manuel, se mostraba con disponibilidad a abrir espacios para escuchar y dialogar con su esposa, refiriéndose a ello como una buena oportunidad para llegar a acuerdos sobre cómo “ser unos mejores padres”, también se acercó a Elena para conversar sobre sus intereses.

Las hijas participaron en las actividades de aseo de la casa, lo que los padres vieron como positivo, además se organizaron para participar a la hora de la comida, estableciendo actividades para cada una. Elena que no estudiaba ni trabaja, encontró una actividad remunerada y decidió hacer el examen para retomar sus estudios.

Segunda fase. Asumiendo responsabilidades

Como se describió en la primera fase el Sr. Manuel y la Sra. Josefina no lograban establecer acuerdos, básicamente por no lograr diferenciar entre lo que corresponde a la pareja y a su desempeño como padres, además los problemas de pareja se filtraban al grupo fraterno sumándose a las dificultades que vivían con sus hijas.

Por lo anterior, en nuestras primeras sesiones en la modalidad de terapia de pareja, conocimos aspectos de la conformación de pareja, por ejemplo, que desde que decidieron casarse la familia del Sr. Manuel desaprobó la unión, lo que generó un distanciamiento con su familia, además de comentarios negativos de otras personas, pero esto fue algo que hicieron a un lado, porque ambos se expresaban que “mientras ellos estuvieran bien, de la gente no comen”, idea que los mantuvo unidos. Esta idea fue un claro ejemplo de la influencia del **marco de referencia**, que son reglas que

utilizamos para construir nuestra realidad y darle sentido a una situación problemática (De Shazer, 1997).

También fuimos entendiendo que la introducción de las dificultades de pareja en el grupo fraterno se debió en específico a que la Sra. Josefina hablará con sus hijas María y Elena sobre la infidelidad de su esposo, situación que para su segunda hija ameritaba una separación e incluso le mencionaría que si a ella le sucedía algo igual no dudaría en terminar la relación. Con las demás hijas no hubo ninguna charla, sin embargo, las constantes peleas y discusiones, llevaron a plantear que algo estaba sucediendo, por lo que, Brenda se acerca a Elena para indagar y es informada de la situación de pareja.

Es así, que después de la reflexión en conjunto con el equipo terapéutico y la supervisora se decidió transmitir un mensaje a la pareja “tal pareciera que sus hijas han asumido que su mamá tiene que reaccionar de cierta manera ante su esposo por la infidelidad, como si ellas fueran las involucradas. Sin embargo estas hijas les debe quedar claro que la infidelidad ocurrió entre la pareja y no fue algo que les hicieron a ellas”.

El realizar una pausa forma parte importante del trabajo con equipos y cristales unidireccionales. La **pausa** sirve como un marcador de contexto, permite a la terapeuta volver a subrayar ideas o conductas que la familia viene realizando y que no se han percatado de su relevancia. Dichos comentarios dejan a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2010).

Al enfocar nuestra conversación con la pareja sobre la infidelidad, ambos expresan que antes de éste acontecimiento los dos estaban concentrados en sus respectivos trabajos, por lo que había pocos espacios para ellos, además de frecuentes peleas, que generalmente ocasionaban dormir y despertar enojados. Situación que llevó al Sr. Manuel a plantear una separación, la cual no progresó porque decidieron asistir a un retiro espiritual y las peleas cesaron por un tiempo, para después continuar

con las peleas y distanciamiento aspectos que él menciona como causa de la infidelidad.

La Sra. Josefina coincide con la presencia de frecuentes peleas, pero que no justifican la infidelidad y menos el hecho que fuera con su amiga, describiendo la infidelidad como un suceso que pensó no viviría y que dejó como consecuencias el “dolor” y “coraje” que se hicieron presentes y que incluso superó al dolor que sintió cuando su hija María se fue a vivir con su novio.

Conversar sobre **los sentimientos** ocasionados representó un momento crucial y central para el proceso de la terapia, ya que se considera el principal mecanismo de cambio, la modificación de los constructos nos permitiría realizar distinciones y reducir la experiencia (De Shazer, 1997).

Dado que el sentimiento “coraje” se expresara con frecuencia durante las sesiones por parte de la Sra. Josefina, juntos fuimos construyendo qué había detrás del coraje, encontrando que el coraje se alimentaba de la idea de haber perdonado a su esposo en poco tiempo “cuando él me hizo sufrir”, por lo tanto, el coraje era ahora contra sí misma.

Es así, que nuestra atención tenía que centrarse en **reenmarcar** la idea del tiempo que se necesita para perdonar, ya que a través de esta técnica se alienta el desarrollo de un significado nuevo o alternativo para una situación problemática, es decir, asigna una connotación positiva a conductas vistas como negativas (Cade, y O'Hanlon, 1993).

Con la anterior premisa preguntamos a la Sra. Josefina ¿qué le dice de ella el haber perdonado en poco tiempo a su esposo? Mencionando que considera que debió tardarse meses y no acceder a que volviera a abrazarla y besarla... ¿de dónde surge la idea de ser meses?, para ella el ser meses representa poner un límite, para que no

vuelva a suceder. Por lo tanto, tal pareciera que para la Sra. Josefina el no haber puesto un límite promueve que una situación como ésta vuelva a ocurrir.

Los cuestionamientos anteriores llevaron al Sr. Manuel a expresar “sé que cometí un error”, y señalar el estar haciendo cosas diferentes para que continúen juntos. Comentario que es afirmado por la Sra. Josefina al decir que su esposo se muestra más atento, la lleva al cine, a comer, a bailar, además de frecuentes detalles, algo que la lleva a visualizar que es mejor la relación que tienen ahora.

Tanto al Sr. Manuel como a la Sra. Josefina se les reconoció su compromiso mostrado durante las sesiones, así como expresarles que los cambios que ellos percibían se debían especialmente a que ambos habían trabajado en conjunto para que fueran posible, por lo tanto, reciben el reconocimiento de las terapeutas hacia ellos.

Análisis del sistema observante

De acuerdo con la cibernética de segundo orden, según Von Foerster (1991) el observador entra en la descripción de lo observado; cualquier observador percibe el mundo a través de la lente de cultura, familia y lengua, el resultado es una comunidad observadora. Con esta idea, el problema no existe independientemente de los sistemas observantes que lo definen de manera recíproca y colectiva.

Por lo anterior y con la información proporcionada por la familia descrita en párrafos previos nos llevó a reflexionar acerca de dos aspectos:

- 1) En terapia de pareja, es frecuente que cuando un miembro habla acerca de como concibe algún punto en particular del conflicto, el otro (esposo) no permanece imperceptible a la conversación, por el contrario hay una reflexión sobre la historia que se esta narrando, algo que se ha denominado estar desde una posición de testigo (Freeman & Combs, 1996).

- 2) La percepción que ambos tenían de progreso en su relación de pareja a través de las conductas que el Sr. Manuel estaba efectuando, nos llevaba a reflexionar que nuestra labor para cerrar esta etapa tenía que enfocarse en dos estrategias: a) enfocarnos en las excepciones, es decir, resaltar las conductas que ya están haciendo y que ellos ven como exitosas (Navarro y Beyebach, 1995) y b) animarlos a seguir en la dirección positiva que ya han iniciado (O'Hanlon, 2001).

En su papel de padres continuaron promoviendo en desaparecer las divisiones y respetar las reglas establecidas para todas sus hijas. Ambos padres estaban trabajando en equipo manteniendo la calma, apoyándose y no descalificándose cuando sus hijas están presentes, incluso expresaban primero llegar a acuerdos entre la pareja, para después implementarlo en la familia.

Análisis del sistema terapéutico total

El caso de la familia Pérez-Ruíz representó un reto para el equipo de terapeutas responsables del caso debido a tres factores principales: uno ser una familia con seis integrantes; dos por la forma en que se determinó se conduciría el proceso, ya que la logística de las sesiones fue alternada, es decir, en algunas ocasiones sólo se contaba con una terapeuta y otras con dos (coterapia), las tres terapeutas eran las responsables de llevar el proceso a través del modelo de Terapia breve centrado en las soluciones.

El trabajo se realizó en cámara de Gesell con supervisión en vivo, por un experto en el enfoque descrito anteriormente y la participación de un equipo terapéutico. El contar con estos elementos nos lleva a construir un espacio de apoyo y mutua participación, donde no se privilegia ninguna reflexión, sino que por el contrario todas las observaciones son vistas como parte de un racimo de posibilidades. Además de promover una posición de humildad, donde el mensaje es que “no lo sabemos todo y que en ocasiones necesitamos ser rescatados” (Garrido, 1996).

Además, participar en coterapia promueve que ambos integrantes puedan establecer un diálogo donde comenten lo que está sucediendo en la sesión, exponiendo sus puntos de vista, planteándose preguntas mutuamente, lo que puede representar un modelo de interacción ante la familia, una manera de estimular la reflexión y una forma de atraer su atención acerca de un punto notable (Garrido, 1996), algo que fue frecuente durante las sesiones con dos terapeutas.

La relación que se había formado al interior del equipo de terapeutas (las tres terapeutas) durante los semestres previos favoreció el compromiso con el desarrollo de las sesiones y la retroalimentación que entre nosotras se generaba, aspecto que considero favoreció a la familia.

El que las terapeutas se organizaran para trabajar de manera alternada, surgió en conjunto entre supervisora, equipo terapéutico y equipo responsable de caso, ya que era una forma de que todas compartiéramos la responsabilidad y el aprendizaje. En la primera sesión con la familia se le informó de esta modalidad, estando de acuerdo.

En las reuniones previas a las sesiones con la familia, una de las coincidencias que surgía entre las terapeutas era lo complicado que resultaba el indagar e implementar las estrategias del modelo centrado en las soluciones, aunque en un semestre anterior se había analizado material con información, centrando la atención en cada una de las estrategias, ya en la práctica veíamos como las mismas terapeutas desafiaban sus propio marco de referencia para mirar e intervenir desde otra postura; no obstante es importante considerar que la habilidad que estamos desarrollando requiere actuar con profesionalismo y precaución para no caer en simple animación de conductas.

Tanto la supervisora como el equipo terapéutico promovían seguir explorando desde las soluciones, ya que en algunas ocasiones girábamos a ver las dificultades nuevamente, pero sus aportaciones y comentarios promovían continuar con una postura positiva.

Con respecto a lo anterior, la literatura menciona que la función del terapeuta es identificar y ampliar el cambio, centrándonos en lo que los pacientes hacen y les da buenos resultados, se interesa en lo que es posible y lo que puede cambiarse, y no en lo imposible o intratable (De Shazer, 1997). El enfocarnos en estas premisas como terapeutas contribuyó a que en el proceso terapéutico rescatáramos varias de las conductas que la familia y en su momento la pareja, ya venían realizando con buenos resultados.

Otro tema que surgía en las reuniones, se enfocaba en cuestionarnos si el modelo por aprender en el semestre era el ideal para dar respuesta a la demanda que la familia presentaba, encontrando respuesta en lo que mencionan O’Hanlon y Weiner-Davis (2010, p. 23), “en la tierra de la intervención no hay diagnósticos correctos e incorrectos, ni teoría acertada o errónea, sino solamente datos acerca de qué es lo que funciona o es útil en casos concretos”.

Cambios durante el proceso psicoterapéutico

Fase	Cambios
<i>Construyendo un hogar</i>	<p>Ambos padres visualizaron la importancia de trabajar en equipo en el establecimiento y cumplimiento de reglas.</p> <p>La planeación de actividades que contribuyeron a dejar de lado las divisiones.</p> <p>La Sra. Josefina dejó de gritarles y decir groserías</p> <p>El Sr. Manuel, se acercó a Elena para conversar sobre sus intereses.</p> <p>Las hijas participaron en las actividades de aseo de la casa.</p> <p>Elena encontró una actividad remunerada y la planeación de retomar sus estudios.</p>
<i>Asumiendo responsabilidades</i>	<p>El Sr. Manuel, asumió el haber cometido un error, al ser infiel. Se mostraba más atento con su esposa, la lleva al cine, a comer y a bailar.</p> <p>La Sra. Josefina visualizaba una mejor relación de pareja.</p> <p>Ambos padres visualizaba el estar trabajando en equipo, llegando a acuerdos primero entre la pareja, para después implementarlos en la familia.</p>

1.2 Integración de expediente clínico: Segundo caso

Ficha de identificación

Familia/pareja: Álvaro-Julia

Terapeuta: Verónica Vargas Arrazola.
Equipo:

Bautista Rodríguez Paula
Flores Sánchez Cuauhtémoc

Ibarra López Adriana Elizabeth
Ledesma Hernández Claudia Verónica

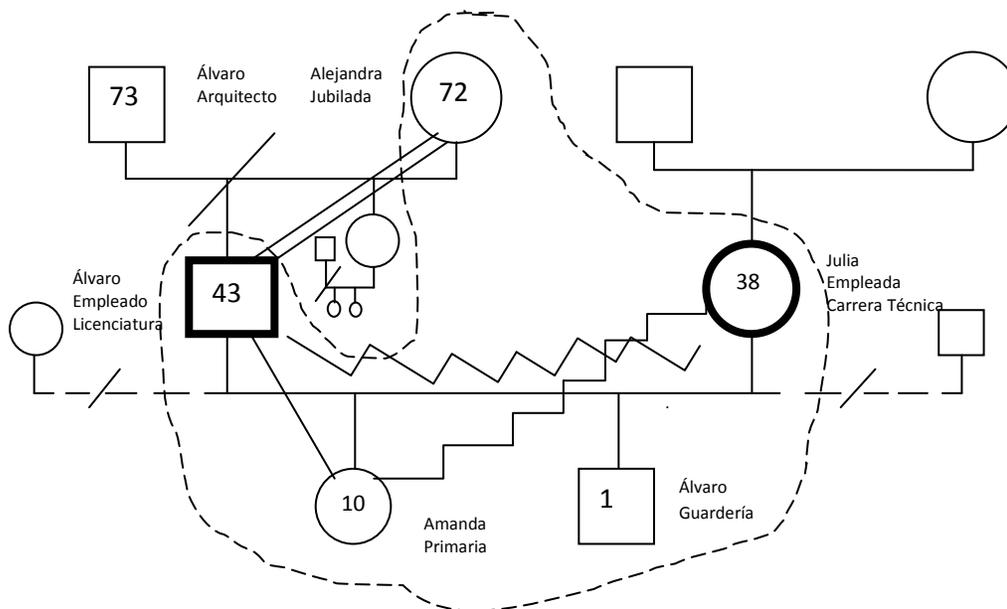
Escenario: **Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”**

Supervisora: Dra. Noemí Díaz Marroquín

Modelo: Terapia breve centrada en los problemas y Terapia colaborativa

Número de sesiones: 25 sesiones (13 terapia de pareja y 12 proceso individual)

Familiograma



Motivo de consulta

La pareja refiere tener dificultades para llegar a acuerdos en sus actividades diarias y en la forma de educar a sus hijos, ya que comentan que Julia es estricta y Álvaro es flexible. Además de no poder superar aspectos del pasado con respecto a sus anteriores parejas, lo que los ha llevado a plantear una posible separación.

Hipótesis

- Ambos miembros de la pareja colocan en el otro la responsabilidad de cambiar para mejorar la dinámica; esperando que sea Julia quien renuncie a tener el control y que Álvaro deje de mostrarse en actitud pasiva.
- El que sea Julia quien se encargue de realizar las actividades de la casa, además de cumplir con su horario de trabajo remunerado ha generado cansancio y agobio. Julia piensa que Álvaro es incapaz de responsabilizarse y participar en el cuidado y disciplina de los hijos; además de percibir que su esposo recurre a su mamá para resolver situaciones que le corresponden a él.
- Al no cumplir Álvaro con las expectativas de Julia es colocado en una posición inferior, situación que aceptó, pero que ahora está generando inconformidad por repetirse tanto en el área laboral, como familiar.
- Las parejas previas, introducen celos y desconfianza al interior de la pareja, lo que en Álvaro incrementa su inseguridad y dudas por el amor que Julia le profesa; en Julia es percibido como una forma de acoso.

Resumen del caso

Desde el primer contacto con Álvaro y Julia se generó un ambiente cordial, entre risas y anécdotas relataban tener 10 años de vivir en pareja, seis de matrimonio y ser padres de dos hijos: Amanda de 10 años y Álvaro de 1 año. Actualmente viven en la casa de la mamá de Álvaro. Ambos trabajan en una universidad prestigiada, él en el departamento

médico y ella en el área administrativa. Indican que previo a su relación de pareja, tanto Julia como Álvaro habían estado en otra relación de pareja.

Mientras escuchaba a esta pareja me surgía la curiosidad de saber qué los traía a un espacio psicoterapéutico, la respuesta no tardó en surgir, siendo el esposo quien mencionaría que entre ellos hay desacuerdos que provocan discusiones. Para Julia el problema central es la falta de participación por parte de Álvaro en las labores del hogar y en el cuidado de los hijos.

Es así, que las sesiones en conjunto se centraron en las diferencias que mencionaban y la falta de acuerdos. Ambos coincidieron que por las mañanas es cuando se generan mayores conflictos entre ellos, debido a que Julia es la encargada de preparar desayuno, levantar y arreglar a los hijos; en tanto que Álvaro se encuentra dormido y tiene que estarlo despertando, incluso ha habido ocasiones en que se le hace tarde para ir a trabajar. Con respecto a esto Álvaro manifiesta que “sí, se levanta tarde” debido a que tiene la costumbre de desvelarse (3 ó 4 de la madrugada, editando videos) y que en la mañana no puede despertar.

Sin embargo, Álvaro considera que ha intentado ayudarlo pero que no sabe cómo, ya que cuando lo ha hecho “no ve que sea suficiente” porque a Julia no le agrada lo que hizo o cómo lo hizo, incluso la describe como “rígida” en tanto que él es más “flexible”, estas diferencias benefician a su hija quien busca que él la respalde, para no realizar lo que su mamá ha establecido o para no ser castigada.

El hecho de que Julia quiera “hacerlo todo”, según Álvaro viene desde su familia la cual describe como “una familia muégano” donde hay un “matriarcado” y por esta circunstancia las mujeres son las que toman las decisiones y esperan que todos los integrantes acaten las disposiciones, expresando que lo mismo ocurre en la familia que ellos han formado, por lo que, considera importante que su esposa delegue responsabilidades. Para Julia el dejar de hacer las cosas es algo que le cuesta trabajo.

Álvaro expresa que ha observado que “choca con figuras de autoridad”, percatándose que Julia es de las personas que dice “las cosas son así”, sin poder contradecirla y a él no le gusta, “que le impongan las cosas”. Por lo que, cuando surgen discusiones y ve que Julia está enojada, opta por callarse y tomar distancia como una forma de parar las peleas.

En diversas ocasiones Álvaro menciona que algo que influye en las discusiones entre ellos es que ambos vienen de “situaciones negativas, aunque complementarias”, pero que causan disgusto, explorando a qué se refiere, expresa que Julia con su anterior pareja terminó, porque él era muy celoso, agresivo, sobreprotegido por su mamá, además de presentar un consumo excesivo de bebidas alcohólicas; en tanto que Álvaro finalizó su relación con su anterior pareja porque le fue infiel.

A Julia le disgusta que la celen, aspecto que es frecuente en su relación. Álvaro refiere que “no quiere ser celoso, pero que su anterior relación, ya lo dejó marcado”, además de percibir que Julia es muy cariñosa con los demás y no con él, lo que lo hace sentir como “un perrito buscando cariño”.

Con respecto a los celos Julia comenta que Álvaro revisó su correo y escuchó una conversación entre ella y una amiga, lo que le pareció una falta de respeto, porque “son parte de su privacidad”. Álvaro expresó que fueron sucesos que pasaron sin que él tuviera la intención de hacerlo, el correo estaba abierto cuando se acercó a la computadora, donde observó un poema que le enviará a su anterior pareja el cual consideró que no era de amigos; en cuanto a escuchar la conversación Álvaro refiere que fue al baño que se encuentra cerca del lugar donde Julia charlaba con su amiga y escuchó que alguien más era “el amor de su vida”, después él habló con ella y le dijo que “él quería ser el amor de su vida”. Julia le ha dicho que está segura de querer estar con él y su hija.

Ambos están de acuerdo en que cuando discuten, van subiendo de tono y siempre terminan reprochando y expresando resentimientos guardados.

En el aspecto sexual refieren que ha disminuido la frecuencia de las relaciones sexuales en la pareja, pero que anteriormente ya había ocurrido debido a que Álvaro practicaba danza prehispánica y la preparación incluía no tener relaciones sexuales por cinco días y en éste periodo coincidió que Julia se encontró con su ex-pareja y le comentó a su esposo “mira que casualidad ahorita que tú ya no quieres estar conmigo me encuentro a mi ex-pareja” dicho comentario no le agradó, pero no le dijo nada porque la vio molesta. Álvaro dice que percibió una amenaza y que precisamente tiene miedo de que Julia encuentre a alguien más.

Álvaro expresa que a veces no sabe cómo acercarse a Julia. Por lo que, se hace la observación de que tal pareciera que él se siente abandonado cuando Julia no se acerca. A lo que responde que “sí” y lo vuelve a relacionar con los fantasmas (sus anteriores parejas). Ante esto se le pregunta ¿qué pasa con Álvaro cuando se siente abandonado?, mencionando que se repliega y se siente triste, pero que no sabe como pedir esa cercanía.

Para Julia, lo que Álvaro le falta es seguridad para expresarse y actuar, “eso es lo que no me gusta... no me agrada tanta inseguridad, lo veo temeroso”.

Para Álvaro lo que los hace enojarse son los “fantasmas” alimentados por los celos, ya que considera que “una actitud que podía ser muy normal o ligera” Julia la ve más intensa. Sin embargo, comenta que ambos alucinan cosas que no son y se presentan los fantasmas que tienen guardados. A la terapeuta le surge la curiosidad al preguntar ¿sí él ha detectado cuando se manifiestan estos fantasmas?, respondiendo con un contundente “sí, en las fiestas”, pero “sobretudo cuando tenemos problemas”, incluso cuando hay molestia y enojo, él se queda con la sensación de que Julia lo odia, pero después se dice que no es así porque a su hija le habla igual.

Por lo anterior, se explora ¿de dónde le viene la idea del odio de Julia hacia él? a lo que responde que una parte viene de él de “su inseguridad” y la otra del “coraje”. Julia comenta que no es que lo odie, ya que llevan diez años viviendo juntos durante

los cuales han hablado y peleado por diferentes circunstancias, por lo que ella considera que no es odio sino que es coraje por todas las cosas que se van acumulando y la falta de participación en las actividades de la casa (ayudar en casa), donde vuelve a mencionar que “sí ya lo hablamos, lo discutimos”, incluso temas como: “*los celos versus los no celos y el odio versus no odio*”, por lo que ella se cuestiona cómo es que tiene que hablar y explicar para ser entendida, ya que a veces llega a la frustración porque “él no me entiende”.

Julia comenta que la mamá de Álvaro le resuelve muchas cosas que le corresponden a él. Ante esto Álvaro menciona que reconoce que su mamá lo ayuda, pero que en las reuniones con la familia de Julia participa en las actividades, incluso personas que lo conocen expresan que él es una persona que coopera, que escucha y que es comprometido. Sin embargo considera que su esposa no le cree que pueda ser esa persona que otros perciben.

Otro aspecto que se sumaba a las dificultades entre la pareja estaba representado por el hecho de estar viviendo en la casa de la mamá de Álvaro. La señora anteriormente vivía con su esposo, hija y nietas, sin embargo, surgieron conflictos entre ellos, por lo tanto, su hermana le propuso a Álvaro cambiar de casa con la finalidad de terminar con las diferencias, además de acordar la posibilidad de ser Álvaro quien fuera dueño de la casa a través de pagar una deuda que la madre y hermana habían adquirido. La hermana junto con sus hijas y su padre fueron a vivir al departamento que de Álvaro.

En palabras de Álvaro expresa que su mamá es proclive a ayudarlos, pero en cuanto hay algo que no le agrada tiende a enojarse y reprocharles el apoyo brindado, una vez que pasa el enojo se acerca ofreciendo algún obsequio. También es frecuente que cuando se encuentra disgustada con alguno de los hijos se alía con el otro para describirlo en no muy buenos términos. Algo semejante está ocurriendo, pero ahora también ha tratado de aliarse a Amanda hablando mal de la pareja en especial de Julia.

La mamá de Álvaro ha expresado con algunos familiares de Julia que la pareja se va a separar, por decisión de Julia, quien quiere quedarse con todo lo que posee Álvaro.

Con respecto a lo anterior, Julia percibe que Álvaro es incapaz de defenderla y de evitar pedirle favores a su mamá. Además de no mostrarse seguro cuando se trata de defenderse ante su familia. Algo similar ocurre en su relación laboral donde el jefe de Álvaro constantemente lo está atacando sin que él pueda defender su punto de vista.

Análisis teórico-metodológico de la intervención

El proceso psicoterapéutico se divide en tres fases, las dos primeras se abordaron con el modelo de Terapia breve centrado en los problemas (Watzlawick, Weakland & Fish, 1974), con un total de 13 sesiones (8 en la primera fase y 5 en la segunda fase) en la modalidad de terapia de pareja; en la tercera fase se utilizó el enfoque Colaborativo (Anderson & Goolishian, 1986), con un total de 12 sesiones y una de seguimiento, en un proceso individual para Álvaro.

Primera fase. Una dulce trampa

Posición complementaria

Desde la primer entrevista surgió una forma peculiar de describirse, establecida particularmente por Álvaro que era “aceptada” por Julia, pero que generaba inconformidad entre ellos (Álvaro: inseguro y flexible y Julia: estricta y gritona). Lo que sugería una manera de tener el control en la relación a través de lo que se dice y la forma en como se expresa, lo que representa una regla básica de la comunicación donde nadie se escapa a la necesidad de definir su relación con el otro o intentar el control de la misma (Haley, 1989).

Es así, que la relación entre ellos se caracterizaba por ser complementaria, uno de ellos establece una forma de comportarse definida porque uno enseña y otro

aprende, es decir, uno se encuentra en una situación superior y el otro en una inferior (Haley, 1989). En la pareja Julia se encuentra en la parte superior de la relación, por lo que, desde esta perspectiva Álvaro tenía que ir subiendo de posición, para equilibrar la situación.

Otro aspecto que la pareja mencionó era la falta de acuerdos y participación en casa que estaban afectando su vida en pareja, se exploró dicha interacción a través de conductas observables como lo postula el Modelo breve (Szprachman, 2003), y con la información recabada se decidió dejarles de tarea que escribieran una lista de las cosas en las que ellos sí logran ponerse de acuerdo, además de reconocer el cómo se estaban sintiendo cada uno de ellos en los papeles que estaban desarrollando, esto transmitido a través de mensajes enviados por el equipo terapéutico.

La realización de la tarea llevó a la pareja a reflexionar que ellos hablan con frecuencia de las dificultades, pero que fallan cuando intentan llevar soluciones a la práctica porque no se realiza cómo se había dialogado o simplemente no se hace. Sin embargo, concuerdan que una lista les brindará tranquilidad en específico a Julia, quien incluso promueve hacer una lista para su hija.

Como lo menciona Nardone y Watzlawick (1995) el cambio de perspectiva produce un cambio en la percepción de la realidad que cambia la realidad misma, determinando, como consecuencia, el cambio de toda la situación y de las reacciones a ella.

Después de la organización de las actividades entre ellos. Álvaro se centró en llevarlas a cabo, comportamiento que fue reconocido por Julia. Otro aspecto que la pareja reportó como positivo fue el compromiso que su hija adquirió con su propia lista. La prioridad era llevar a la pareja a hacer que se comportaran de manera diferente, lo que conduciría a cambios (Haley, 1988).

Interviniendo en la pauta

Sin dejar de lado la postura que toman cuando hay discusiones. Se trató de establecer cual es la pauta que la pareja sigue en su relación, donde Julia Grita y Álvaro *se retrae*, por lo que, el romper la pauta generaría en ellos otra forma de relacionarse. Para ello primero se reencuadró el comportamiento, ya que a través de ello se redefine la situación dándole un nuevo significado a los hechos o a la realidad de la pareja (Wittezaele y García, 1994). El reencuadre consistió en expresarles que al entablar relaciones de pareja se busca a alguien que sea opuesto, sí uno es fuerte, se busca a alguien que sea flexible o a la inversa, algo que es común, pero que en el proceso de crecimiento y maduración de las relaciones de pareja, lo que al inicio funcionó, después tiene que renovarse como parte del desarrollo en todas las parejas.

Para romper el sistema circular que mantiene la situación problemática, donde las parejas atrapadas en pautas disfuncionales se aferran a soluciones que no funcionan, a través de conseguir que ambos miembros de la pareja hicieran algo diferente (Haley y Richeport-Haley, 2006; Nardone y Watzlawick, 1990). Se les propuso llevar a cabo un experimento el cual consistía en un cambio de roles donde Julia se comportaría como Álvaro y Álvaro como Julia, para una sola actividad. Siendo algo que no fue fácil de acordar entre la pareja, decidiendo que sería los fines de semana que lo llevarían a cabo, pero en todas las actividades de ese día, se les hace énfasis en no limitarse, lo que les ocasionó risas, pero la firme convicción de realizarlo.

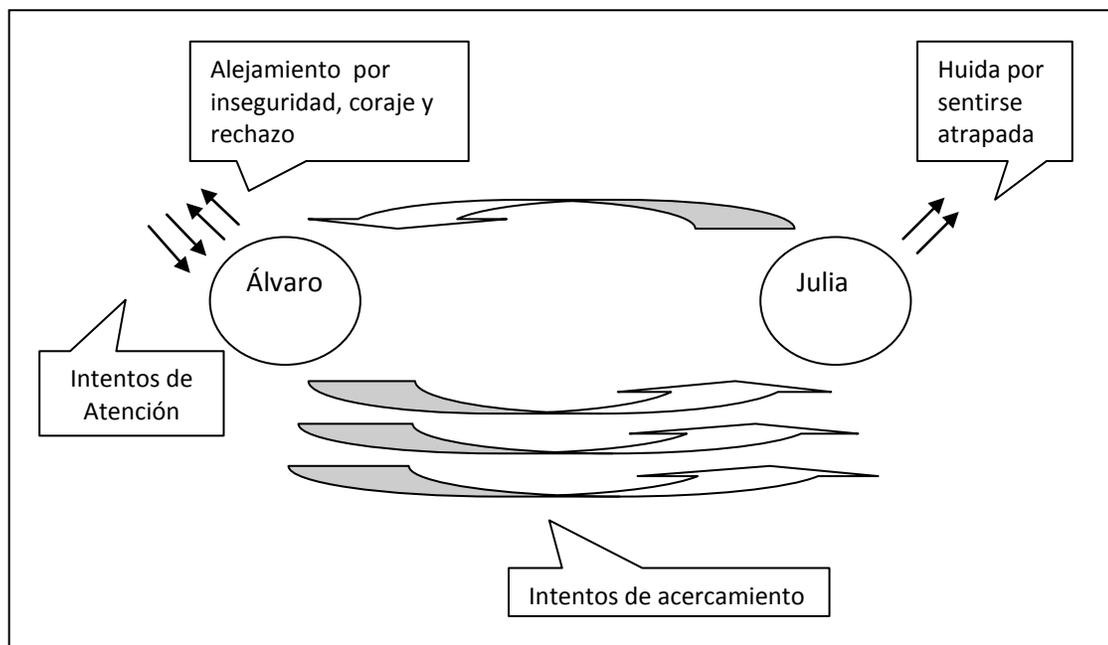
Sin embargo, la tarea no la realizaron, explorando el motivo se encontró que a Julia le resultaba difícil estar en el papel de Álvaro, por considerar que “las cosas podrían salirse de control y un cambio de rol implicaría quedarse callada y sin actuar”. Para Álvaro fue diferente él se mantuvo callado, como una forma de no presionar a Julia.

Desde un enfoque breve se establece que si los clientes no responden a una tarea directa (porque las olvidan o porque las rechazan o simplemente porque no

podieron hacerlas), no se les da ninguna tarea específica. En vez de ello se pueden relatar durante las sesiones metáforas, narraciones y anécdotas como una forma de visualizar varias alternativas. Los clientes de este grupo a menudo eligen una de las soluciones y las emplean por sí mismos (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2010).

La forma como se estaba comportando la pareja nos planteaba las pautas que han prevalecido en la relación, por lo que, había que modificar la secuencia de las conductas que siguen (Haley, 1988), para ello se ejemplificó como es que se establece la interacción entre ellos, haciendo uso de en un pizarrón, tomando aspecto que ellos mencionaran como miedo, rechazo, inseguridad, coraje, angustia y aislamiento² (véase Figura 1).

Figura 1. Interacción repetitiva de la relación en la pareja.



Durante la presentación gráfica se expresaba que Álvaro intenta acercarse a Julia, pero Julia al sentirse atrapada se muestra indiferente e incluso intenta retirarse, al

² Ejercicio que fue conducido por la Dra. Noemí Díaz Marroquín, supervisora del caso.

percibir dicha respuesta Álvaro siente inseguridad y coraje, aspectos que generan que un primer momento se aleje por miedo al rechazo, pero después se acerque pidiendo atención, cayendo en una repetición de las mismas conductas y que como lo mencionan Nardone y Watzlawick (1990), la solución de los problemas requiere la ruptura del sistema circular que mantiene la situación problemática.

La demostración de la pauta llevó a ambos a visualizar su participación en la interacción, siendo Julia quien más claramente indicara que así era como se estaba estableciendo, expresándolo no sólo con palabras, sino que toda la presentación de sus movimientos corporales confirmaba la interacción.

Durante esta fase se analizaron las pautas circulares y la complementariedad. Se puso en evidencia para Julia que si bien le reprochaba a Álvaro su pasividad, ésta le permitía a ella seguir manteniendo el control. Para Álvaro, que aunque se quejaba de que Julia era dominante, esto le daba la oportunidad de no asumir responsabilidades. Para ambos los costos estaban siendo altos, lo que los llevó a responsabilizarse de la interacción y lograr una visión circular de la misma, donde no hay “culpables” de las dificultades sino que hay una pauta de interacción en la que ambos participan.

Segunda fase. Exorcizando fantasmas

La ruptura del sistema circular dio paso a una segunda fase donde Julia y Álvaro expresaron que en realidad sus dificultades estaban atravesadas por la forma en que se relacionaron con sus anteriores parejas (fantasmas), donde la desconfianza y celos estaban deteriorando su relación.

Utilizando metáforas y rituales

Para desmitificar el poder de los fantasmas, lo amargo de su influencia y que ellos visualizaran que tenían las herramientas para enfrentarlos, fue que se hizo uso de

*sugestiones terapéuticas*³, las cuales son una forma de trance hipnótico, sin que las personas sean “sometidas” ni dirigidas por voluntad del terapeuta, ni perder el control de sus actos, sino que es un estado natural que todos experimentamos como las ensoñaciones, las meditaciones etc. Milton Erickson hacía énfasis en que es a través de las sugestiones terapéuticas que hay más probabilidades de que se produzca el aprendizaje y la apertura al cambio (Rosen, 2009).

Las sugestiones terapéuticas vienen intercaladas en narraciones y anécdotas, que no son fáciles de reconocer como intervenciones terapéuticas (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2010). Una de ellas es la *metáfora* donde se puede trasladar conocimiento de un contexto a otro nuevo, donde se puede visualizar la resolución de un problema (O’Hanlon, 2001). Fue así, que en conjunto terapeuta y supervisora decidieron que el uso de una metáfora contribuiría a que Julia y Álvaro se contactaran con su propio saber desaprovechado; lo más probable era que incorporaran a su comportamiento conocimiento olvidado por lo doloroso de la situación y que por consiguiente el resultado sería un comportamiento más constructivo y autofortalecedor.

Con el objetivo establecido de hacer uso de la metáfora se utilizó el cuento reflexivo “*Un hombre sabio*”, el contenido de la narración va llevando a las personas a contactar con comportamientos olvidados, introduciendo la idea de ser ellos los agentes generadores de los cambios que desean lograr.

Erickson consideraba que son las propias personas quienes tienen dentro de ellas mismas o al interior de sus sistemas sociales los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitaban hacer, por consiguiente la función del terapeuta es acceder a estos recursos y ayudarlos a usarlos en las áreas apropiadas de la vida (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2010).

Este tipo de inducción hipnótica consiguió su objetivo, relajarlos y mirar desde otra perspectiva a dichos fantasmas, conmoviendo a Julia. Para continuar fortaleciendo

³ Ejercicio que fue conducido por la Dra. Noemí Díaz Marroquín, supervisora del caso.

lo introducido a partir de la metáfora fue que en supervisión surgió la propuesta de contextualizar la información y adecuarla a un marco de referencia, es decir, un ritual (Imber-Black, 2010), para ello se les dejó de tarea que escribieran de forma independiente las dificultades entre ellos, por las faltas de respeto y la influencia de los fantasmas.

En una sesión posterior y con sus listas se propuso que cada uno leyera lo que había escrito y de forma simbólica acabaran con los fantasmas, invitándolos a romper sus escritos y depositarlos en una caja, con la premisa de dejarlos ahí encerrados; como anécdota debo mencionar que cuando los estaban depositando algunos pequeños papeles se cayeron, lo que generó que ambos rápidamente se arrojaran a recogerlos mencionando su intención de que no quedara nada fuera.

El tema referente a los fantasmas dejó de resonar centrándose las sesiones en aspectos personales, por lo que, se decidió verlos de forma independiente, algunas sesiones fueron intercaladas. Al final ambos decidieron iniciar un proceso terapéutico individual, Julia con otra terapeuta y Álvaro conmigo

Tercera fase. Reencontrado el camino

En la tercera fase, la terapia se centró en la forma en que Álvaro se relaciona con figuras de autoridad.

En varias sesiones Álvaro expresó que al igual que en su trabajo, familia de origen y familia nuclear, sus relaciones eran con personas con las cuales se le dificultaba defender sus actividades, proponer y expresarse; además con regularidad le quedaba la sensación de que nada de lo que hace es suficiente y que con frecuencia terminaba sintiéndose regañado e indefenso. Para Anderson (1999) este tipo de características se visualizan cuando se ha llegado a un punto donde no hay un diálogo, además de un sentido de haber perdido la autonomía, ya sea con miembros de la familia o de otro sistema relacional.

Lo relatado anteriormente me mostraba una guía, pero lo primordial era indagar con Álvaro de qué manera podría serle de ayuda en ése momento de su vida, por lo tanto, expresé mí sentir siguiendo la propuesta del modelo colaborativo donde la postura del terapeuta es la de un estudiante que constantemente trata de aprender y comprender la perspectiva del otro (Anderson, 2001).

Es así, que Álvaro expresara que necesitaba “*que lo escucharan*”, por lo tanto la interacción terapéutica fue desde una postura colaborativa activa, pero no directiva, donde se favorecía el reflexionar sobre los pensamientos, supuestos y opiniones que entre ambos se iban generando; para Anderson (1999) la interacción compartida que se establece favorece que el terapeuta influya en la persona, de la misma forma que la persona influye en el terapeuta.

Fue inevitable que en nuestras conversaciones surgiera el interés de Álvaro por la cultura prehispánica (recordemos que practicaba danza prehispánica), su gusto por la realización de documentales y la fotografía, actividades que había dejado de realizar, expresando que varias de sus cosas las tenía acumuladas en cajas sin poder establecer un espacio donde acomodarlas. Comentaba que había la posibilidad de iniciar un curso de medicina tradicional, hablamos de su interés y al final decidió acudir al curso cómo una forma de hacer algo para él.

En alguna de nuestras conversaciones Álvaro hablaba de lo difícil que le resulta tomar decisiones incluso en aspecto comunes, como la vía a tomar cuando él conduce, aspecto que lo llevó ha recordar uno de los libros de Carlos Castaneda donde Carlos es llevado al mundo de los seres inorgánicos, en este mundo Carlos dudaba de su propia percepción ante esa realidad y se muestra inseguro de obtener todas las cosas que le eran reveladas, llevándolo a cuestionar con insistencia sí él podría acceder a lo visto y escuchado por los seres inorgánicos.

Escuchando la narración y recordando la lectura mencionada me siento invitada a participar, para lo cual primero trato de hacer un resumen de lo que ha expresado,

para añadir que ante la insistencia de Carlos, Don Juan le expresa que todo es verdad y que él (Carlos) tiene el poder de decir sí acepta o no acepta, lo cual es algo extremadamente personal, así mismo agrego al fragmento qué quizá así ocurre en varias de las cosas en las que dudamos y nos sentimos inseguros, y que a veces sólo basta con hacer uso de un “sí” o un “no”, lo que fue una forma de invitarlo a reflexionar en su propio si y no.

Lo anterior, me llevó a pensar en una de las características del modelo colaborativo que menciona que todo puede ser o no tema de conversación, donde no se privilegia una cosa sobre las demás, sino que el terapeuta sigue al cliente, ya que es quien marcará el camino hacia donde es necesario ir (Anderson, 1999).

Además que hacer un *resumen* cuando se esta conversando, es una forma de afirmar que se esta escuchando, que se esta prestando atención a lo que el cliente quiere que se escuche (Anderson, 1999).

Juntos fuimos comprendiendo que en los momentos donde no había que decidir o hacer planes la pareja mantenía cierta armonía marital, el ambiente era cordial, mientras que cuando había que tomar decisiones se generaba enojo, creando un ambiente hostil. Esta idea surgió cuando empezamos a notar que ambos se veían influenciados a lo que Álvaro denomino cómo “*el estar conectados*”. Aspecto que lo llevó a relacionarlo con la energía, la cual tiene un sentir y fluir y cómo todo lo que hacemos afecta a los demás; lo que nos llevó a plantear la idea de que tal pareciera que la energía había girado hacia un solo lado, fortaleciendo más a uno y que el dejar que la energía se mueva en ambas direcciones lo fortalecería en la toma de decisiones.

Estas reflexiones fueron la base de nuestras siguientes conversaciones. Se rescata la idea que a veces uno piensa las cosas, pero no las hace, lo que lo llevó a su propia experiencia, refiriendo que con frecuencia se queda rumiando la idea, pero no llega a la acción. En nuestros siguientes encuentros habló de que en su papel de padre empezó a realizar acciones, por ejemplo, estableciendo disciplina, levantándose

temprano y participando en las actividades de cuidado de los hijos, a lo que se refirió como un proceso en el cual se tiene que ir pasito a pasito, para “no irse de bruces” al escuchar esto me sentí motivada a felicitarlo, de igual forma Julia al ver la colaboración de Álvaro también lo felicitó, algo que fue agradable para él.

Es así, que nuestro eje de conversación se vio influenciado por ejercitar las acciones, llevando a Álvaro responder por sí mismo y no responder por el temor de ser regañado. También habló que el curso de medicina tradicional había contribuido a recuperar su seguridad tanto en la relación con su familia, como en la relación de pareja donde se describió como “*propositivo, para decir lo que yo opinó*”.

La transformación que se estaba generando en Álvaro era consecuencia natural de un diálogo generador y una relación colaborativa, como lo expresará Harlene Anderson (Anderson, 1999).

Los cambios en Álvaro hacían inminente la terminación del proceso psicoterapéutico, lo que me llevó a pedirle que sí tuviera que narrarme al nuevo Álvaro que esta surgiendo ¿cómo empezaría?

Álvaro: “Es difícil.... Sí sería.... Yo siento que está empezando a sacar algo que ya tenía, que hay algo en mí que estaba cubierto, que estaba opacado por otras circunstancias, sí era eso, que me dejaba llevar por las circunstancias y no estaba haciendo lo que yo soy o lo que puedo dar al cien por ciento.... estaba yo un poco aletargado y que siento que ahora eso se va venciendo. Siento que ahora empiezo a pasarlo, me siento con confianza, con seguridad, me siento en el proceso donde estoy encontrándome y redescubriendo mi fuerza”.

Al terminar de hablar Álvaro, le agradezco por darme la oportunidad de acompañarlo en este proceso.... “gracias por compartirlo conmigo”.

Análisis del sistema terapéutico total

La relación entre terapeuta y clientes se fue construyendo en el transcurso de las sesiones. Sin embargo, en un inicio la terapeuta dudaba de poder realizar un trabajo terapéutico a la altura de la formación en la Residencia en terapia familiar (4º semestre), además de visualizar a los clientes como dos figuras de mayor experiencia, lo que generaba cierta inseguridad, pero al final la relación se consolidó creando un contexto de confianza.

El ser la terapeuta responsable brindó la oportunidad de ir desarrollando un estilo propio de interacción con la pareja, al mismo tiempo que se ponía en práctica el conocimiento y habilidades adquiridas; también la forma de intervenir implicaba un reto profesional y personal, por supuesto sin dejar de contar con el apoyo de la supervisión y las propuestas que surgían al interior del equipo terapéutico.

El equipo terapéutico fue de gran apoyo, para organizar la información, desarrollar las tareas y contener mis propias emociones e inseguridades, por lo que agradezco a todos los miembros del equipo, quienes con su profesionalismo y dedicación fueron una parte fundamental en el óptimo desarrollo del proceso psicoterapéutico.

En la fase de terapia de pareja el equipo proporcionó a la terapeuta un abanico de posibilidades dirigidas a mejorar la forma de relación que la pareja había establecido, siendo la terapeuta quien decidiera cual de ellas generaría el impacto que provocaría un cambio, por ser ella quien se encontraba involucrada en el sistema.

Sin embargo, las intervenciones que eran vistas como un método que aseguraban un acierto, tal pareciera que no provocaban el movimiento esperado, pero que como advertiera Peggy Papp (en O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010), a los terapeutas de familia, que fuera conscientes del carácter interactivo de las intervenciones brillantes. Ella describe: "A veces los clientes convierten nuestras intervenciones más vulgares en

experiencias trascendentales... mientras que otras veces permanecen impasibles a nuestras genialidades”.

En la fase de terapia individual la terapeuta sólo contaría con el apoyo de la supervisión, lo que representaba un nuevo reto, sin embargo, ya contaba con una gran variedad de enfoques, lo que implicaba ser consciente de las premisas incorporadas y la forma de organizarlas con la finalidad de ponerlas en movimiento al interior del sistema terapéutico.

Para finalizar, me voy a permitir compartir con las personas que lean este trabajo mi experiencia como parte de este proceso que también impactó en mi forma de relacionarme; no sólo creció el cliente, sino que me permitió reflexionar sobre mis propias relaciones, me atrevo a decir que también me sentí invitada a redescubrir mis propias fortalezas para enfrentar los retos de la vida profesional y personal.

Cambios durante el proceso psicoterapéutico

Fase	Cambios
<i>Una dulce trampa</i>	Julia, evidenció que si bien le reprochaba a Álvaro su pasividad, está le permitía a ella seguir manteniendo el control. Álvaro, aunque se quejaba de que Julia era dominante, esto le daba la oportunidad de no asumir responsabilidades. Ambos se responsabilizaron de la interacción repetitiva en la que participaban.
<i>Exorcizando fantasmas</i>	Dejaron de traer el tema de los fantasmas a su relación de pareja.
<i>Reencontrado el camino</i>	Modificó su horario de sueño, para acostarse más temprano y por consiguiente levantarse temprano. Álvaro se comprometió más en las actividades de cuidado y disciplina de los hijos. Recuperó seguridad tanto en su familia, como en el trabajo y en su relación de pareja.

2. Habilidades de investigación

2.1 Reporte de investigación con la implementación de método cuantitativo

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN LA PAREJA

Paula Bautista Rodríguez, Adriana Elizabeth Ibarra López y
Verónica Vargas Arrazola

Resumen

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación existente entre el funcionamiento familiar y las estrategias de comunicación en las relaciones de pareja. Se aplicaron dos instrumentos: la Escala de Funcionamiento Familiar y la Escala de Estrategias de Comunicación en la Pareja, a una muestra de 160 personas adultas, de los cuales 71 eran hombres y 89 mujeres que convivían con su pareja. El puntaje más alto obtenido en la escala de Funcionamiento Familia fue para *Ambiente familiar positivo* con una media 2.97 y para la escala de Estrategias de comunicación en la Pareja fue la subescala de *Asertividad* con una media de 3.21. Entre las correlaciones más altas se encontraron la subescala de Ambiente familiar positivo y Cohesión/reglas con .868, así Hostilidad/evitación del conflicto con Mando/problemas de expresión de sentimientos con .866. En cuanto a la escala de Estrategias de comunicación la correlación más alta fue para la subescala de Agresión y Agresión pasiva con .742. Dentro de la variable Escolaridad se relacionaron significativamente: Ambiente familiar positivo con posgrado (media de 3.36), así como Cohesión/reglas y Carrera técnica con 3.24. Para la variable Tiempo de relación se encontró: que de 31 ó más años se relaciona significativamente con Ambiente familiar positivo (media de 3.21). En la escala de Estrategias de comunicación se observó que las variables que se relaciona significativamente son: Edad con la subescala de Agresión pasiva (media de 2.29). La variable Unión libre igual con Agresión pasiva con 3.36. El número de hijos (uno) con Agresión (1.91). Nivel escolar de Bachillerato con Asertividad (3.41). Tiempo de relación de 11 a 15 años con Asertividad (3.41). Los resultados obtenidos muestran que el funcionamiento de las

familias de origen de los participantes influye en las Estrategias de comunicación que adoptaron en sus relaciones de pareja, principalmente en la subescalas de Agresión y Agresión pasiva.

Antecedentes

La familia es considerada una institución esencial para el desarrollo integral del ser humano, ya que es la responsable de satisfacer las necesidades básicas del individuo, favorecer su desarrollo psicológico y emocional e inculcar las normas y valores sociales que benefician tanto los procesos de continuidad como los de cambio. El núcleo familiar está conformado por el padre, la madre y los hijos, quienes establecen de manera implícita y explícita el funcionamiento de los miembros de la familia, que define sus comportamientos, facilita su interacción recíproca y posibilita la construcción de pautas de interacción (Minuchin y Fishman, 1994). Además del núcleo familiar, la estructura de la familia puede estar compuesta por toda una red de familiares (abuelos, suegros, tíos, primos, entre otros).

Todas las familias atraviesan por diferentes etapas de cambios, en las cuales se ponen en juego el sistema de creencias y las reglas familiares. En los momentos de crisis, el sistema de creencias se modifica y las reglas se renegocian o se establecen otras más funcionales para el grupo. En caso de que la familia no modifique su sistema de creencias ni sus reglas, se puede ver afectado el funcionamiento familiar (Cibanal, 2006).

Cada etapa se caracteriza por una variedad de comportamientos y actitudes significativos para el ciclo vital de la familia. La niñez es una de las más importantes debido a la formación de la personalidad y la interiorización de valores y normas. Ulloa, Díaz y Fulgencio (2009) encontraron una marcada relación entre el funcionamiento familiar y la estabilidad emocional de niños y niñas: en familias donde la comunicación es clara y directa, los niños son menos impulsivos, inseguros, ansiosos y agresivos; en general, poseen con mayor frecuencia rasgos de estabilidad emocional.

Entre los factores que contribuyen al funcionamiento familiar se encuentran la comunicación, los estilos de enfrentamiento, la resolución adecuada de los duelos y la resiliencia (García, Juárez y Cervantes, 2009), el establecimiento de valores morales firmes, como la religión, así como el manejo adecuado del tiempo libre y el ocio (Agate, Taylor, Ramon y Eggett, 2007).

La presencia de estos factores positivos en la interacción familiar favorece un mayor rendimiento académico en los estudiantes (León, Archundia, Gama, Guadarrama, Gutiérrez y Mendoza, 2008). Asimismo, fomenta en sus miembros una percepción positiva del núcleo familiar. Sánchez, Delgado, Valencia, Rodríguez y Rodríguez-Orozco (2008) encontraron que los adolescentes que se sienten tomados en cuenta por sus padres y con libertad para crecer y madurar, califican a sus familias de origen como un grupo que no está exento de fallas y en el que pueden confiar.

Por el contrario, miembros de familias que poseen un inadecuado funcionamiento familiar, perciben a ésta como indiferente a sus necesidades psicoafectivas y sociales, ubicando la comunicación entre los miembros como confusa (Yarto, Montero y López, 2006), en estas familias se han encontrado además, dificultades económicas lo cual desencadena en problemas para satisfacer necesidades básicas, así como estilos de crianza caracterizados como hostiles (Katz y Woodin, 2002).

El funcionamiento familiar también se puede ver afectado por la presencia de algún tipo de enfermedad en uno de los miembros de la familia, ya sea física –como la obesidad (Coyoli y Kanan, 2009), el cáncer o enfermedades cardíacas (Paavilainen, Lehti, Astedt-Kurki y Tarkka, 2006) – o emocional. De acuerdo con Hughes, Hedtke y Kendall (2008), la ansiedad y la depresión de los padres se asocian significativamente con un mal funcionamiento familiar. Sarmiento y Cardemil (2009) encontraron una fuerte relación entre el disfuncionamiento familiar y la depresión en un estudio efectuado con mujeres de parejas latinas de bajos ingresos.

Las relaciones de pareja y el matrimonio permiten la separación e individuación de las personas de su familia nuclear (Díaz, 2003). Una parte de la identidad personal se adquiere mediante el establecimiento de estas relaciones, en las que influyen una variedad de agentes psicosociales como experiencias previas relacionadas con los factores familiares, variables educativas, nivel socioeconómico, calidad de vida, actitudes. La interacción de estos factores y su influencia en cada miembro de la pareja hacen que esta relación sea compleja (Díaz-Loving, 1999).

La formación de una pareja conlleva la creación de una nueva estructura, en la que es indispensable negociar los límites y redefinir sus relaciones con los demás (familiares y amigos) y entre sí (McGoldrick, 1980). Tales límites protegen a la pareja y le procuran un ámbito seguro para la satisfacción de sus necesidades emocionales y para la crianza de los hijos (Minuchin y Fishman, 1994). Por tanto la comunicación es relevante debido a que uno de sus objetivos es crear vínculos o puentes entre las personas o grupos, y a través de ésta el hombre obtiene información de sí mismo y del mundo (Gasperin, 2005).

Dentro de la pareja deben resolverse numerosas situaciones como la sexualidad, la procreación y la educación de los hijos, la vivienda compartida, el trabajo, los intereses económicos, la vida social, la recreación y las relaciones con la familia extensa, las cuales pueden convertirse en fuente de desacuerdos y conflictos de no manejarse de manera adecuada (Abbate, 1978).

Por lo anterior, se hace evidente que los cuatro tipos de comunicación como: la agresión, la sumisión, la agresión pasiva y la aserción o asertividad, son formas de comunicación que se van intercalando pero frecuentemente las personas tienden a unos más que a otros. Estas estrategias de comunicación son utilizadas en las relaciones de conyugales para tratar de resolver los conflictos que surgen (Caballo, 1991).

Una estrategia de comunicación de gran utilidad en el manejo de las relaciones de pareja es la asertividad. Se ha encontrado que tanto las mujeres como los hombres asertivos refieren menos conflictos con su pareja, en comparación con los no asertivos (Flores, 2008), ya que la utilizan como un medio para resolver problemas conyugales relacionados con la expresión de sentimientos, el manejo del dinero, la frecuencia y el tipo de relaciones sexuales (Blanco, 1999). Por el contrario, en las personas que ejercen la violencia conyugal se ha encontrado una forma de comunicación agresiva caracterizada por no ser asertiva (Rodríguez, Fonseca y Puche, 2002).

La asertividad es la capacidad de hacer valer los derechos expresando pensamientos, sentimientos y creencias en forma directa, honesta y de manera apropiada, pero sin violar los derechos de la otra persona (Jakuboswki y Lange, 1978). De este modo, se pueden expresar asertivamente sentimientos positivos, como el afecto, y negativos, como el enfado y la ira (Carrasco, 1998). La asertividad involucra diversas conductas, entre las cuales se encuentra la manifestación de desacuerdos (Wolpe, 1993).

Debido a la relevancia de la conducta asertiva en la interacción de la pareja, se han realizado programas para incrementar esta conducta, la cual ayuda a la prevención de actos violentos como ataques sexuales y agresiones de los cónyuges cuando éstos son bebedores problema (Brecklin & Ullman, 2005). Este entrenamiento favorece también la prevención de problemas familiares y conyugales, incluidos trastornos de la personalidad en las esposas que las lleva a tolerar situaciones extremas y abate su desarrollo personal (Cruz-Almanza, Gaona-Márquez y Sánchez-Sosa, 2006). Estos tratamientos también han sido dirigidos a mujeres que ejercen la violencia en sus relaciones de pareja y, además de incrementar la conducta asertiva, mejoran la autoestima, el manejo del estrés y producen satisfacción generalizada (Tutty, Babins-Wagner y Rothery, 2006).

Si bien las estrategias de comunicación han sido evaluadas en el área familiar, laboral y social, también ha sido relevante su estudio en las relaciones conyugales

debido a los beneficios que pueden resultar de estas, favoreciendo no solo a la pareja sino al sistema familiar en general.

El funcionamiento familiar es un factor importante para el desarrollo de todo ser humano, no obstante las problemáticas que enfrenta la familia; ya sean externas o internas a ella, afectarán en diferente medida al sistema en general y a cada individuo en particular, de allí la importancia de su estudio. El principal objetivo del presente estudio fue analizar la relación existente entre el funcionamiento familiar y las estrategias de comunicación en las relaciones de pareja. Se analizó también el efecto de variables sociodemográficas (sexo, edad, escolaridad y tiempo de duración de la relación de pareja) sobre el funcionamiento familiar y sobre las estrategias de comunicación en la pareja.

Método

Participaron en el estudio 160 personas adultas: hombres (71) y mujeres (89), que convivían con una pareja. Su edad osciló entre los 20 y los 71 años (media = 41.56; desviación estándar = 11.36). Aproximadamente un tercio de los entrevistados tenían estudios de primaria (12.6%) o de secundaria (20.8%); otra tercera parte había estudiado carrera técnica (10.7%) o bachillerato (19.5%), y el resto llegaron a licenciatura (30.2%) o posgrado (6.3%). La mayoría (84%) de los participantes eran casados y el resto (16%) vivía en unión libre; en promedio tenían 2 hijos (rango de 1 a 7). El tiempo de duración de la relación de pareja fue de 1 a 50 años (media = 16.58; desviación estándar = 10.71). Todos pertenecían a una comunidad cristiana.

Se utilizaron dos instrumentos: uno la *Escala de Funcionamiento Familiar*, elaborada por García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes, y Díaz-Loving (2006). Donde se define el funcionamiento familiar como un proceso en el cual participan el individuo, la familia y la cultura, y cuya capacidad de cambio comprende la regulación de una compleja gama de dimensiones: afectivas, estructurales, de control, cognoscitivas y de relaciones externas, las cuales están interconectadas, de tal forma

que al modificarse una de ellas, las demás también cambian. La escala consta de cuatro subescalas: (1) *Ambiente familiar positivo*. (2) *Hostilidad/evitación del conflicto*. (3) *Mando/problemas en la expresión de sentimientos*. (4) *Cohesión/reglas* y dos la *Escala de Estrategias de Comunicación en la Pareja* elaborado por Carrasco (1998), la cual plantea situaciones problemáticas en la convivencia de pareja, describiendo cuatro estrategias de comunicación que las personas utilizan, por ejemplo: *Asertividad, Agresión, Sumisión y Agresión pasiva*.

Discusión

A partir de los datos obtenidos en esta investigación se refleja que el funcionamiento familiar de la familia de origen de los participantes, influye en las estrategias de comunicación que se presentan cuando ya se ha formado una pareja, por ejemplo en la subescala de *Hostilidad/evitación del conflicto* que se relaciona con *Agresión y Agresión pasiva*, es decir, a mayor hostilidad en el funcionamiento familiar aumenta la agresión esto se puede deber a que existe un patrón transgeneracional en el comportamiento de los miembros de la familia como lo menciona Bowen (1989), esta transmisión describe algunas características del sistema familiar nuclear, la manera de transmitir los problemas a la generación siguiente y la transmisión de la pauta a lo largo de varias generaciones.

Además los participantes reportaron que en sus familias existe un ambiente familiar positivo y cohesión-reglas, y que percibían que con escasa frecuencia se presentaba hostilidad/evitación del conflicto y mando/problemas en la expresión de sentimientos, estos datos sugieren que en las familias donde la comunicación es clara y directa, existe una mayor estabilidad emocional en sus miembros como lo mencionan Ulloa, Díaz y Fulgencio (2009) quienes encontraron que los niños eran menos inseguros e impulsivos, en familias con dichas características.

En cuanto a las estrategias de comunicación estas parejas emplean con mayor frecuencia la asertividad, sumisión y agresión pasiva en su relación, esto se puede

relacionar con lo planteado por Caballo (1991) referente a que los modos de comunicación –cuatro tipos esenciales: agresión, sumisión, agresión pasiva y aserción o asertividad– se van intercalando pero frecuentemente las personas tienden a unos más que a otros. Estas estrategias de comunicación son utilizadas en el trato cotidiano con la pareja, así como para tratar de resolver los conflictos que surgen

Las parejas de este estudio que tienen una escolaridad superior o igual a carrera técnica muestran una mayor percepción del ambiente familiar positivo, lo cual se puede relacionar con una mayor información, conocimiento u otros factores como la deseabilidad social –ya que quizás desean mostrar una familia idealizada que concuerde con su ideología.

Con respecto al tiempo de relación se observa que se da una mayor estabilidad en algunas etapas del proceso de convivencia de las parejas, en este estudio estos periodos están representados por los siguientes intervalos de unión: 1 a 5 años, de 11 a 15 años y más de 31 años en los cuales las personas describen un ambiente familiar positivo en sus familias, que coincide con el comienzo de la vida en pareja, una fase intermedia y una fase madura; en donde las personas que han vivido juntos muchos años han llegado a conocerse bien el uno al otro, además de que conocer a una persona no necesariamente es el producto del tiempo pasado junto a ella, sino más bien el producto de la comunicación que con ella se ha establecido (Martínez, 2006). Incluso Wallerstein y Blakeslee (1996 en Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007), refieren que los buenos matrimonios se construyen y fortalecen con la comunicación, logrando trabajar sobre ciertas tareas de desarrollo, entre las que se encuentra la separación de la familia de origen, como una de las más importantes.

No así en la fase de 26 a 30 años en la cual perciben mayor hostilidad y evitación de conflictos, lo cual se puede relacionar a que es posible que a lo largo de los años una pareja esté atrapada en la rutina y haya perdido de vista su canal de comunicación, esto puede incluso llevar a un desconocimiento del otro (Rage, 2002).

Las parejas con un tiempo de relación de 6 a 10 años, reportaron tener una comunicación agresiva y agresiva pasiva, ya que en esta etapa uno de los desafíos importantes en la relación es la llegada de los hijos, la cual pone a prueba la capacidad de la pareja para hacer ajustes y la flexibilidad para incorporar un nuevo miembro; es común que en este periodo el enamoramiento haya cedido y que surjan dudas acerca de la adecuada elección de pareja y del deseo de continuar (Acevedo, Restrepo y Tovar, 2007).

Por otro lado, las parejas que han mantenido una relación de 11 a 15 años reportan ser más asertivos, ya que como lo menciona Acevedo, Restrepo y Tovar (2007) una vez que se atraviesa la etapa de la llegada de los hijos, se puede dar paso al amor maduro, por el reconocimiento de la diferencia y la aceptación del otro.

Se encontró que las mujeres utilizan más la agresión y la agresión pasiva como estrategia de comunicación, autores como Rodríguez, Fonseca y Puche (2002) han encontrado que las personas que ejercen la violencia conyugal tienen una forma de comunicación agresiva caracterizada por no ser asertiva y en este sentido se han llevado programas para incrementar esta conducta en mujeres que han ejercido la violencia en sus relaciones de pareja, donde además de incrementar la conducta asertiva, mejoran la autoestima, el manejo del estrés y producen satisfacción generalizada (Tutty, Babins-Wagner y Rothery, 2006).

Además se encontró que los hombres se muestran sumisos en su relación de pareja, ya que como lo menciona Gutmann (2002 en Trujano, Martínez y Benítez, 2002) los hombres machistas ya no son tan predominantes hoy en día, también Robert Bly (1998 en Trujano y Cols., 2002) refiere que estas transformaciones han hecho tomar conciencia a muchos hombres, de modo que ya pueden empezar a aceptar sus debilidades y sentimientos al permitirse “entrar en el lado femenino”.

Las personas con edad menor a 29 años, utilizan estrategias de comunicación relacionadas con la agresividad y la agresión pasiva, esto puede deberse a que la etapa

por la que atraviesan las parejas de esa edad, generalmente incluye los primeros años de relación en los cuales se presentan conflictos relacionados con el incumplimiento de las expectativas, problemas económicos y el nacimiento de los hijos. También se encontró que las parejas que viven en unión libre utilizan frecuentemente la agresividad y la agresión pasiva, posiblemente relacionado con la falta de un compromiso mutuo, en algunas de estas parejas, por lo que se sugiere realizar nuevos estudios para encontrar otras variables relacionadas.

Se encontró que sólo las parejas con 1 y 2 hijos suelen ser más agresivos, quizá esto se deba a que están más pendiente de sus hijos que los padres que tienen varios, lo cual implica una sobre involucración que puede generar un comportamiento agresivo, ya que como lo menciona Bowen (1989), una familia que centra su energía en el hijo y está plenamente dedicada él, abarca a toda la gama de implicaciones emocionales desde la más positiva hasta la más negativa generando en muchos de los casos ansiedad familiar.

Las personas con un nivel de estudios de licenciatura y posgrado son más asertivas, lo cual concuerda con lo encontrado en un estudio realizado por Flores y Aguilar (1998), quienes reportaron que la escolaridad desempeña un papel importante, pues a medida que aumenta el nivel educativo, se incrementa también el grado de asertividad.

Además, quienes tienen un nivel escolar de primaria reportan ser más agresivos y sumisos, lo cual se aproxima a los resultados encontrados por Flores y Aguilar (1998), donde obtuvieron que a menor grado escolar existe una mayor abnegación, lo que hace posible el acceder más fácilmente a escenarios que generan agresividad.

Es importante realizar más investigaciones relacionadas con estos temas y así desarrollar diversas habilidades de intervención con las parejas, lo cual repercutirá en su conformación familiar.

2.2 Reporte de investigación con la implementación de método cualitativo

LAS MADRES AUSENTES UN FENÓMENO REPETITIVO

Verónica Vargas Arrazola

Resumen

Cuando escuchamos la expresión “amor de madre” surge la visión de la madre amorosa y dedicada exclusivamente al cuidado de sus hijos, aunque esta representación se ha ido transformando aún se continúa estableciendo como la principal actividad de las madres el proveer afecto. Es así, que la imposibilidad de las madres de transmitir e interactuar con sus hijos en relaciones de afecto puede ser visto como un comportamiento inaceptable. El presente trabajo aborda lo que se ha denominado como “*Madres ausentes*” con la finalidad de acercarnos a entender las complicaciones de las madres para promover relaciones de amor con sus hijos; además de obtener información que ayude a describir las características que influyen a que sea un comportamiento que se presente frecuentemente. La investigación se realizó bajo el enfoque cualitativo a través de entrevistas individuales. Las participantes fueron mujeres, de 33 a 40 años de edad, quienes expresaban percibir que les era imposible tener muestras de afecto con sus hijos. El análisis muestra que existen condiciones sociales, económicas y culturales, aunadas a la situación familiar como generadora de mitos y creencias.

Antecedentes

Las actividades desempeñadas por las mujeres se han ido transformando y renovando con los cambios sociales y culturales, sin embargo, premisas como el “ser una buena ama de casa” y “una buena madre” siguen siendo una constante, incluso antes de alcanzar cualquier otra identidad posible (trabajadora, amante, amiga, etc.). Además se les ha enseñado que el papel maternal puede ejercerse en todas las relaciones y que es un medio para manifestar sus afectos.

Lo anterior, forma parte de “mandatos” contruidos socialmente que no tienen límite de tiempo y supuestamente ligados a la “naturaleza” y al placer de lo que sería el destino de las mujeres, ubicándolas incondicionalmente al servicio de otros y en especial al de sus hijos. Por lo tanto, el ser una “buena madre” continúa siendo esa una función natural y sin esfuerzo que lleva incluso a asociarla con heroísmo, abnegación y renuncia de sí, comportamiento que es resaltado, pero de pensar lo contrario o no realizarlo puede ser reprobado o castigado (Ravazzola, 2005).

Sin embargo, las actuales circunstancias económicas mundiales han llevado a las mujeres a desempeñar otras actividades, pero sin reorganizar las antes mencionadas sino que se integran, por ejemplo, el insertarse en el área laboral ha significado la realización de la “doble jornada” y el trabajar con frecuencia establece que se alejen de sus hogares.

Por consiguiente, una madre que realiza otra actividad generalmente puede ser vista como una madre ausente. Dicha ausencia física de la madre con su hijo puede ser frecuente o prolongada (no estar presente físicamente por horas o periodos más largos de semanas, meses....) lo cual puede producir cierto impacto en el comportamiento de los hijos (Winnicott, 2010).

La literatura especializada en desarrollo humano postula que la interacción física y afectiva con la madre en diversos momentos de la vida cotidiana en común, es lo que da pie al desarrollo no sólo del cuerpo del niño, sino también a su existencia en cuanto a sujeto y su capacidad de percibirse como tal (Winnicott, 2010).

Por ejemplo, la teoría de las “relaciones objetales” afirma que el niño, desde su nacimiento, está en condiciones de mantener una relación activa con su compañero más cercano, es decir, la madre, dicha interacción puede irse modificando entre madre-hijo durante el desarrollo, siendo en el seno de esta relación donde se satisfacen las necesidades de nutrición, afecto, calor, juego y aceptación (Klein, 1977).

Por lo anterior, es de admitir que cuando dos o más personas interactúan la formación de lazos de afecto suele vivirse como algo sumamente agradable no es de extrañar que tales vínculos se desarrollen con rapidez y que, una vez formados, tiendan a ser duraderos “son fáciles de aprender y difíciles de olvidar” (Bolwby, 1995).

La conducta de apego no es exclusiva de niños, sino que se ha observado en adolescentes y adultos, por lo que, no es de sorprenderse que las personas sientan el deseo profundo de ser cuidadas y amparadas. La conducta de apego (no importando la edad) es la intensidad de la emoción que la acompaña y depende del tipo de relación entre individuo apegado y la figura de apego. Si la relación funciona bien produce alegría y una sensación de seguridad, si resulta amenazada, surgen los celos, la ansiedad y la ira (Bowlby, 1995).

Con respecto a las emociones se puede decir que no son buenas ni malas, son emociones, entre las que encontramos la alegría, la ira, el miedo o la tristeza, cada una ellas se expresan y pueden verse en el cuerpo. La manera en que colocamos el cuerpo, expresa una forma de situarnos también frente a nuestras emociones. Las emociones aparecen y desaparecen, se transforman, se reciclan, pero cuando se bloquean o se cronifican internamente generan daño, son destructivas.

Una respuesta emocional que surge después de una desilusión, es la frustración. Durante la cotidianidad de la vida diaria surge que las cosas no son como las esperamos y frente a eso tenemos varias alternativas: algunas las podemos cambiar y otras tenemos que adaptarnos nos guste o no. Cuando sentimos frustración ante nuestras expectativas hemos de realizar un duelo, una despedida de nuestras expectativas.

Los duelos son despedidas de algo que hemos perdido, real o imaginario, externo o interno. Algo que teníamos ya no está o está desapareciendo y sentimos la pérdida, lo que perdemos es algo que muere, por lo tanto los duelos son una vivencia de muerte simbólica.

En algunas situaciones la pérdida es confusa, incompleta o parcial, condición a la que se le ha llamado “pérdida ambigua”, dando un efecto de presencia y ausencia simultáneas (Sluzki, 2011), se describen dos tipos de pérdida ambigua: 1) es la situación donde la persona esta físicamente ausente pero psicológicamente presente (por ejemplo, desaparecidos políticos o personas fallecidas en la guerra) y 2) un miembro de la familia que esta físicamente presente pero psicológicamente ausente (por ejemplo, un miembro de la familia que sufre la enfermedad de Alzheimer; un el padre o una madre que esta emocionalmente aislado por excesivo estrés en el trabajo (Boss en Falicov, 2001).

Como se describe en el segundo ejemplo, la figura de los padres puede ser percibida como una pérdida aunque se encuentren presentes, en el caso específico de las madres André Green (1986) menciona que hay madres que se encuentran inmersas en un profundo duelo, a lo que denominó el “*Complejo de la madre muerta*”, que hace referencia a que en contra de lo que se podría creer es una madre que sigue viva, pero que, por así decir, está psíquicamente muerta ante los ojos de los hijos a quien ella cuida, por lo que en dicha circunstancia lo que se pierde no es “una persona amada”, sino “el amor de la persona”; dicho de otra manera la madre sigue allí, no así el amor.

Siguiendo la línea de la interacción afectiva de la madre hacia sus hijos Zacharias-Miller (2010) plantea el “Síndrome de la madre ausente” o simplemente una “Madre ausente”, las mujeres que presentan dicha característica, son mujeres que crecieron sin una madre amorosa y dedicada, debido a su muerte, una enfermedad o a la falta de disponibilidad emocional. Dicha ausencia no es del todo física, sino que como lo menciona Gutman (2010), son madres que cubren las necesidades básicas de sus hijos como: alimentación, limpieza y estudios, pero que la nutrición afectiva es abolida o imperceptible por parte de los hijos.

Con respecto a la conducta de cuidado Erich Fromm (2004), menciona que ese comportamiento es una muestra de amor de la madre a los hijos, ya que ninguna

declaración de amor parecería evidente si viéramos a un niño descuidado, si se deja de alimentarlo, de bañarlo, de proporcionarle bienestar físico, algo muy parecido sucedería si una mujer nos dijera que ama a la flores, y viéramos que se olvida de regarlas, no creeríamos en su amor a las flores, ya que el amor es la preocupación activa por la vida y el crecimiento de lo que amamos.

Entonces sí hay amor por los hijos ¿por qué es nulo e imperceptible para sus hijos? Zacharias-Miller (2010) menciona que las "Madres ausentes", presentan las siguientes características: se sienten perdidas, fuera de lugar y no se sienten seguras en este mundo; hay una tristeza profunda subyacente, incluso si no les pasa nada; tienden a sentirse solas, especialmente en la compañía de otros; son muy sensibles al rechazo de cualquier tipo; sienten ira; se sienten avergonzadas de lo que son; se esfuerzan por ser "perfectas", lo que les causa un estrés constante.

Otra propuesta plantea que las madres que no pasan tiempo con sus hijos se debe a que en su infancia vivieron con el temor constante de ser abandonadas por uno o ambos padres, que fueron amenazadas frecuentemente con palizas violentas o cosas peores. No es extraño que crecieran con constante miedo y que después lo reviven al sentir que su marido o novio las abandonara, ya que esperan poco o nada del amor o el apoyo de alguien (Bowlby, 1995).

Por lo anterior, Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) describen que la falta de interacción emocional se visualiza desde las familias de origen, lo que denominaron la "*Transmisión intergeneracional de la carencia*" donde se plantea que las modalidades relacionales nocivas con los hijos ejecutadas por los padres se hacen evidentes a través de sus propias experiencias de confusión o carencia vividas por ellos en su propia familia de origen. La transmisión intergeneracional de la carencia describe algunas características del sistema familiar nuclear (padres e hijos) y la manera de pasar las dificultades a la generación siguiente con la transmisión de la pauta a lo largo de varias generaciones.

Entonces se podría decir que una madre ausente que se encuentra aquí está presente en otro lugar, ubicado normalmente en el pasado, tratando de resarcir su propia carencia y vacíos emocionales, ya que para ella el crecer sin una madre amorosa y “dedicada” implica mucho más que carecer de un modelo a imitar. Es devastador.

Para comprender qué pasa con las madres que refieren no poder interactuar afectuosamente con sus hijos, es importante realizar estudios que ayuden a su comprensión. Por lo anterior, esta investigación pretende acercarse al fenómeno desde una visión sistémica que ayude a su comprensión.

Método

Participaron mujeres de entre 33 a 40 años de edad, de nivel socioeconómico medio-bajo, en promedio tenían tres hijos, cuyas edades oscilaban entre los 3 y 17 años de edad. En el momento de la investigación las mujeres se encontraban en proceso psicoterapéutico, espacio en que el terapeuta observara la imposibilidad de las madres para transmitir e interactuar con sus hijos en relaciones de afecto, incluso era un aspecto que formaba parte de la demanda terapéutica. Las participantes fueron detectadas a través de dos fuentes: a) la propia práctica terapéutica y b) los procesos psicoterapéuticos de colegas, una vez que se decidió que mujeres formarían parte de la investigación se les invitó a participar, las cuales aceptaron ser entrevistadas.

Se realizó la investigación con base en el método cualitativo, las técnicas empleadas fueron la entrevista semiestructurada por permitir interactuar entre preguntas y respuestas. Previo a las entrevistas con las madres, se realizaron reuniones con Psicólogos expertos en el área clínica, que fueron realizadas en sus lugares de trabajo en diferentes fechas⁴, con el objetivo de indagar sobre tres aspectos fundamentales: 1) si en su práctica terapéutica era recurrente que observaran a madres

⁴ Un agradecimiento especial a los profesionistas que accedieron a compartir su experiencia profesional: Mtro. Rodrigo García, Mtro. Disraeli López y Lic. Eduardo Arriola.

ausentes; 2) si habían detectado elementos que favorecieran la imposibilidad de las madres para interactuar desde el afecto y 3) conocer que tipo de teorías o intervenciones habían consultado e implementado en su experiencia terapéutica con madres ausentes. Las entrevistas con las participantes se realizaron en Centros Comunitarios de Atención Psicológica a los que asistían, en fechas que se acordaron entre entrevistadora y entrevistada.

Discusión

El estudio realizado permitió comprender como las mujeres madres de familia que expresan sentir amor por sus hijos se perciban a sí mismas incapaces de transmitir e interactuar con sus hijos en relaciones de afecto con sus descendientes, aspecto que se ha denominado como *“Madres ausentes”*.

El análisis de las entrevistas mostró que la relación que las mujeres expresaban haber vivido con sus propios padres se caracterizaba por infrecuentes muestras de afecto, en específico describen a un padre dedicado exclusivamente a su trabajo o aquel quién no tenían ningún contacto por no vivir con la familia; en cuanto a sus madres expresan que eran mujeres que no tenían comportamientos considerados como muestras de cariño, como se ejemplifica en el siguiente fragmento *“.... recuerdo que a mi madre no le gustaba que la abrazáramos.... yo y mis hermanas no la abrazábamos, cuando lo intentábamos ella decía que no lo hiciéramos.... después te acostumbras a que no se den abrazos”*, lo que nos lleva a visualizar que existe un patrón transgeneracional como lo menciona Bowen (1989), donde las pautas de comportamiento se suelen transmitir de una generación a la siguiente, incluso a lo largo de varias generaciones. En el mismo sentido Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1999) describen que hay una *“transmisión intergeneracional de carencias”* donde las modalidades relacionales desfavorables para los hijos establecidas por los padres se hicieron presentes a través de experiencias de confusión o carencias vividas por los hijos de sus progenitores.

Las participantes describieron a sus madres como: “mujeres que no les gustaba salir”, “mujeres calladas y reservadas”, “mujeres dedicadas al aseo del hogar”, “mujeres que trabajaban fuera de casa y los fines de semana en casa”, “mujeres que se acercaban sólo para procurar cuidados o darles de comer”, “mujeres que no eran afectivas”, etc. Circunstancias que favorecían la confusión dando un efecto de presencia y ausencia simultáneas (Sluzki, 2011), ya que estas madres estaban físicamente presentes pero psicológicamente ausentes (Boss en Falicov, 2001).

La infancia y adolescencia estuvieron marcadas por diversos sucesos que se vivieron como devastadores, entre ellos se encuentran:

- En estas etapas es común que las participantes afrontaran el divorcio de sus padres, generalmente el padre era quien se marchaba de casa, lo que representaba una pérdida para estas hijas. Por el divorcio o trabajo de las figuras paternas otras personas eran las encargadas del cuidado como abuelos o muchacha de servicio, algunas de estas personas en algún momento se tuvieron que ir lo que para ellas representó una pérdida significativa. Estas pérdidas de lo que se tenía y ya no está con frecuencia suele conducir a las personas por un camino de duelos y frustraciones (Bowlby, 1995).
- Las personas que en la infancia cuidaban de las participantes eran proclives a aplicar castigos, regaños y golpes; además de hacer diferencias con respecto a sus hermanos(as) menores, ya que observaban ciertas consideraciones.
- La economía de la familia por un tiempo fue precaria en específico por ser sólo un padre quien aportará dinero o despido del trabajo, lo que generó que la familia cambiara de casa y provincia. Las figuras paternas continuaron estando fuera de casa, pero ahora estas mujeres que suelen ser las hijas mayores tenían que hacerse cargo del cuidado de sus hermanos(as) menores, en algunos casos buscaron trabajo para apoyar la economía.

Estas etapas se caracterizaron por diversas pérdidas, donde las figuras de apego que en algunos casos funcionaban bien produciendo alegría y sensaciones de seguridad, en cierto momento se tuvieron que ir; en otras circunstancias las figuras que resultaban ser amenazantes generaban ansiedad, celos e ira (Bowlby, 1995).

En cuanto a la familia que han formado se descubren implementando las mismas conductas que asimilaron de sus propias madres o figuras encargadas de su cuidado, es así, que estas mujeres tratan con sus personas más queridas (esposos e hijos) en base a sus propios modelos de comportamiento, lo que las lleva a poner nuevamente en práctica tácticas de distanciamiento, aislamiento, etc., que en el pasado, las habían protegido de un sufrimiento devastador en las relaciones con sus progenitores (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

Las conductas que refieren estar ejecutando en la relación con sus hijos y que suelen percibir como inaceptables suelen manifestarse a través de falta de contacto, falta de interacción en juegos o actividades, golpes, gritos, además de descubrirse estar más enfocadas en actividades de limpieza del hogar y una preocupación constante por la economía familiar; aspectos que miembros de sus familias de origen han observado, lo que las ha llevado a plantear que su rol maternal y ama de casa lo desempeñan de una manera equivocada, por lo que llegan a referir “que no pueden hacer nada bien”.

Por lo anterior, las participantes expresan que con frecuencia hay una sensación de soledad y tristeza que se hace presente en la cotidianidad, además de una constante insatisfacción con las actividades que realiza, las cuales suelen sumarse a las pérdidas, carencias y vacíos del pasado (Zacharias-Miller, 2010).

Es así, que suelen mencionar que existe la posibilidad de que sus hijos puedan percibir ciertos comportamientos que indicarían como insatisfactorios, creen que sus hijos puedan sentirse rechazados por ellas y visualizan que una forma diferente de relación podría ser beneficiosa para la relación entre ellas y sus hijos, pero descubren que no saben como hacerlo, lo describen como una fuerza que les impide acceder a la

experiencia de estar en relaciones amorosas, en específico con sus hijos. Rispoli (2013) propone que cuando un individuo no puede ser empático con otra persona, se debe esencialmente a la falta de vocabulario para poder descifrar los movimientos, conductas, gestos y posturas que tienen un significado desconocido para ellos, ignorado por no haberse asimilado, es decir, que los individuos que carecen de un vocabulario afectivo de base les resultara prácticamente imposible acceder a la resonancia emocional con otra persona desde el tocar, compartir, etc., independiente de si hay algún parentesco. Maturana (en Tomm, 2011) describe que desde el amor se pueden abrir espacios para la existencia del otro, es decir que el amor es la base para desarrollar empatía.

Las participantes expresan que al reflexionar sobre la imposibilidad de relacionarse con sus hijos con afecto, las lleva a plantearse que quizá hay una falta de amor hacia sí mismas, donde la falta de afecto hacia su persona lo visualizan como una carencia a reparar, Pelletier (2000) menciona que el peso de la carencia deja una sensación de vacío, inmovilidad y rechazo que hace tener la sensación de ser extraños incluso para sí mismos, lo que lleva a las personas a pensar que algún día cuando hayan sido completadas, llegará la verdadera plenitud.

Las situaciones difíciles que se fueron sumando desde etapas tempranas dejaron vacíos que fueron generando heridas casi imposibles de sanar como señal de las carencias vividas, por consiguiente las participantes se encuentran inmersas en lograr sanar sus propias privaciones.

Lo anterior, muestra un panorama donde las participantes difícilmente lograron acceder a relaciones amorosas, sin embargo como lo menciona Karl Tomm (2011) todos los seres humanos tenemos amor en nuestra historia, así es que si somos cuidadosos en la forma de acercarnos a las personas podemos acceder a ese amor y enriquecerlo.

Tomm (2011) menciona que una buena terapia esta basada en el amor, desde la perspectiva de abrir espacios para la existencia del otro (empatía) y que no tienen que ver ni con posesividad ni relaciones fuera del ámbito profesional.

Por lo tanto, el abrir espacios para la existencia del otro puede acercarnos a entender las ataduras, la rigidez, los miedos y las carencias de las madres ausentes, favoreciendo el desbloqueo de su espontaneidad, también abre la posibilidad de visualizar otras formas de relaciones, favoreciendo la práctica de relaciones flexibles y espontáneas con los niños bajo su cuidado.

La realización de la investigación dejo al descubierto la evidencia de la existencia de una falta de comprensión de las realidades de las mujeres y una negación de su contribución, dejándolas otra vez más en la invisibilidad de su sentir y vivir.

3. Habilidades de enseñanza y difusión de conocimiento; Atención y Prevención comunitaria

3.1 Productos tecnológicos

En la Residencia de terapia familiar, los alumnos no sólo desarrollan destreza en el área clínica e investigación, sino que contribuyen con su conocimiento y habilidades, en la generación de productos didácticos que serán de apoyo en las diversas actividades académicas; lo que representa una forma de corresponder al interés mostrado por parte de los profesores en la enseñanza y el aprendizaje de sus alumnos.

Primer producto: Diseño de una presentación en Power Point sobre Psicología comunitaria.

Psicología comunitaria

La Psicología comunitaria surge en los años sesenta, apoyada en la coexistencia de la Psicología social comunitaria cuyas preocupaciones eran la desigualdad social, la pobreza, el cambio social y la intervención en los problemas derivados de la dependencia y el subdesarrollo; con referentes teóricos sociales como la educación, la autogestión de las comunidades, la participación social, los movimientos comunales, etc. En tanto, que la Psicología comunitaria se caracteriza por su proximidad con la práctica clínica, la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento (Carranza y Almeida, 1995).

En los países de América latina tiende a ser más frecuente el uso del término Psicología social comunitaria, mientras que en el contexto anglosajón, la disciplina se presenta bajo la denominación habitual de Psicología comunitaria que tampoco pretende ser una psicología aplicada exclusivamente al campo de la salud mental comunitaria.

La psicología comunitaria se podría describir como la rama de la psicología cuyo centro de estudio son los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social, con la finalidad de solucionar problemas que los aquejan, logrando cambios en su contexto y estructura social.

El rol del psicólogo comunitario será el de agente de cambio ligado a los aspectos de detección de recursos, ayuda a los mismos y cambios en las formas de enfrentar la realidad, interpretarla y reaccionar ante ella. Se hace énfasis en el control y poder de la propia comunidad como agente de transformación. Se trata de un desarrollo en el individuo y su hábitat, pues todo cambio en el hombre produce cambios en su

ambiente y viceversa. Se plantea así una relación dialéctica de transformaciones mutuas (Montero, 1984).

La Psicología comunitaria surge a partir de las demandas y carencias de una realidad social, política y cultural concreta que invade todos los espacios, por lo que existen prácticamente tantas psicologías comunitarias como contextos culturales podemos encontrar. Es una disciplina “cuasi-camaleónica”, en el sentido de que se adapta y se transforma en función de la realidad de la sociedad que se investiga y en la que se interviene (Musitu, 2004).

Desde la perspectiva comunitaria el nivel de acción se centrará en la prevención primaria que tiene como objetivo evitar la aparición de problemas o situaciones que pudiera afectar al individuo o a su comunidad (Gómez, 2002). Además de técnicas de intervención propias de la Investigación Acción Participativa (IAP) y de la metodología etnográfica, cualitativa y cuantitativa.

Una vez que se pretende iniciar una relación con la comunidad y en particular a partir de la Psicología comunitaria, se deben tener en cuenta tres aproximaciones (Valenzuela, 1995): 1) *La Psicología en la comunidad*, enfatiza la instalación de servicios sin incluir a la comunidad en la definición de sus objetivos y necesidades; 2) *La Psicología de la comunidad*, está se convierte en un objeto de estudio que se aborda para ser descrito, ubicado o clasificado y 3) *La Psicología Comunitaria*, incluye programas de trabajo que se definen con y desde la comunidad.

Es así, que la forma de relación con la comunidad también determina los objetivos de trabajo, desde considerar a la comunidad como agente activo y responsable, o simplemente receptor de cambio.

En el campo de la Terapia familiar surge una línea denominada Psicología familiar comunitaria, la cual busca conjugar aspectos clínicos con asuntos sociales dentro del mismo marco terapéutico de referencia. El enfoque expande el foco de la Teoría

general de los sistemas, abarcando de una forma holística las dificultades expresadas por los grupos sociales (Rojano, 2012).

Para concluir, es importante mencionar que la Psicología comunitaria no parte de una epistemología única, por lo que desde cualquier marco de referencia se puede elaborar, implementar y ejecutar proyectos dirigidos a las comunidades, lo que sí requiere es de profesionales comprometidos con una sociedad que demanda soluciones a problemas que afectan a los miembros de las diversas comunidades, colonias, barrios, unidades habitacionales, etc. siempre promoviendo la acción participativa, liderazgo e integración de los miembros de las comunidades, con un fin en común: mejorar su calidad de vida.

Segundo producto: Investigación de material cinematográfico relativo a las etapas del ciclo vital de la familia.

El ciclo vital de la familia

El ciclo vital de la familia hace referencia a una serie de etapas y procesos de desarrollo por el cual atraviesan las familias. Cada una de las etapas implica para los miembros de la familia adaptarse a una serie de cambios, los cuales suelen provocar crisis de menor o mayor intensidad en el núcleo familiar (Minuchin, 1979).

Las dificultades suelen aparecer por diversos factores: a) que se interrumpa el desarrollo del ciclo familiar, b) que no se logre una reorganización de las reglas y c) que los miembros de la familia no consigan adaptarse a las nuevas situaciones que caracterizan a cada una de las etapas (Carter y McGoldrick, 2003).

Las etapas del ciclo vital son seis: pareja sola; con hijos pequeños; con hijos adolescentes; con hijos adultos; pareja nuevamente sola (Carter y McGoldrick, 2003; Haley, 1983 y Minuchin, 1979):

Algunas de las dificultades que suelen presentarse en las etapas del ciclo vital de la familia pueden visualizarse por medio de material cinematográfico como una forma de enseñanza/aprendizaje que genere un conocimiento de las diversas circunstancias internas y externas por las que atraviesan las familias en cada una de las fases del ciclo.

Ya que a través del cine se logran transmitir diversos dramas humanos. Una historia relatada en una cinta cinematográfica puede llevar a las personas a reflexionar y a sensibilizarse por medio de los argumentos, los contenidos, las imágenes y las ideas mostradas.

El fundamento de la narrativa cinematográfica está en dar a conocer situaciones humanas, por medio de crear realidades que suelen ocurrirle a una persona, a un grupo, a una cultura, etc., ya que contribuye a la comprensión de las personas y sus contextos. La ficción presentada debe aproximarse a las características que tiene la vida humana, es así que el cine se adentra, reproduce, investiga sobre la cotidianidad de los individuos, acerca de los odios, los amores y sus conflictos; analizando con detenimiento los mecanismos que mueven a la especie humana.

Por lo tanto, el investigar material cinematográfico tiene como objetivo identificar las particularidades que se presentan en cada una de las etapas del ciclo vital de la familia a través de escenas de películas comerciales. El material puede usarse con fines didácticos, y en los procesos psicoterapéuticos como parte de una tarea o actividad en casa.

El material cinematográfico esta integrado por un total de 30 cintas, cada etapa del ciclo vital es representada por cinco películas. A continuación se describirán algunos ejemplos del contenido del producto tecnológico.

En la etapa “pareja nuevamente sola” cuando vuelve a surgir la unidad original de marido y mujer, la pareja tiene que enfrentarse a la jubilación, la perdida del cónyuge

o la presencia de enfermedades que requieren del apoyo familiar, una de las películas que expone características particulares a dicha etapa es *Amour* de Michael Haneke (2012) la cual narra la historia de una pareja de ancianos que lleva una vida tranquila, el desequilibrio se presenta cuando la esposa sufre un infarto y su esposo se vuelve su principal cuidador concentrando toda su energía en procurar la mejoría de su cónyuge.

Una de las películas que integra la etapa “pareja con hijos adultos” es la cinta cinematográfica *Como agua para chocolate* de Alfonso Arau (1992), que muestra las dificultades que se desarrollan cuando una madre impide que sus hijas adultas se independicen a través de decidir en aspectos esenciales como la elección de pareja.

La etapa “pareja con hijos pequeños” es representada por la cinta cinematográfica *El campo* de Hernán Belón (2011), la cual muestra la vida de una pareja que inicia su rol de padres y las diversas modificaciones que tienen que realizar en su vida.

En la etapa “pareja con hijos adolescentes” los padres generalmente se atorán en pretender controlar el comportamiento de sus hijos. Las reglas ahora deben ser flexibles y no ejercer una autoridad completa. Los adolescentes demandan libertad y cero reglas, pero cuando su conducta tienen consecuencias negativas los padres tienden a responsabilizarse y vuelven a centrarse en el comportamiento de su hijo como se visualiza en la película *Martín (Hache)* de Adolfo Aristarain (1997).

Estos son algunos ejemplos del material cinematográfico que pueden acercarnos a las características de cada una de las etapas del ciclo vital de la familia.

3.2 Programa de intervención comunitaria

El programa de intervención comunitaria tiene como principal función desarrollar, estructurar e impartir talleres que van dirigidos a diversos sectores de la población, lo que constituye un vínculo entre sociedad, académicos y los profesionistas en formación. La búsqueda del lugar donde realizar la intervención comunitaria, nos llevó a acercarnos al Jardín de niños “Sigmund Freud” dicha institución aceptó la propuesta de realizar un taller dirigido a los padres de los alumnos, ya que mencionaron que se beneficiarían de este tipo de programas.

Para la realización del taller se partió de la premisa que establece el definir un proyecto con y desde los interesados, por lo tanto, se elaboró un breve cuestionario que contenía diversos temas y grupo (padres, hijos o maestros) que les interesaría se beneficiará de la información. Una vez que se determinó el tópico y la población a quien sería dirigido se procedió a su desarrollo, titulándolo *“Mi familia ¿espacio de riesgo o protección?”*.

El objetivo general fue brindar información a padres con hijos de edad pre-escolar, para sensibilizarlos sobre la violencia en la familia, pero también propiciar que fuera un espacio donde los padres adquirieran habilidades que implementaran en la relación con sus hijos, para evitar caer en interacciones agresivas.

Así mismo, se cubrieron objetivos a nivel cognitivo, afectivo y conductual. En el nivel cognitivo se proporcionó información referente a la violencia; los tipos de violencia; el ciclo de la violencia; cuáles son los factores de riesgo y de protección; que identificaran la etapa de desarrollo de sus hijos y qué son, cómo se establecen y qué generan los límites y la disciplina.

En el nivel afectivo se propicio sensibilizar a los padres sobre las repercusiones de la violencia en los niños y niñas, al llevarlos a contactar con su propia experiencia

infantil referente a la violencia e introducir en ellos la confianza de relacionarse con sus hijos de forma positiva.

En el nivel conductual se proporcionó adiestramiento a los padres sobre el manejo de estrategias, que hacer cuando sus hijos los desesperan, diferenciar entre conductas positivas y negativas cuando se disciplina, además de recrear situaciones donde los participantes resolvieran la problemática.

El taller contó con la asistencia de padres y madres de familia interesados en el tema. Durante cada una de las sesiones la participación y reflexión de los participantes consiguió cumplir con el objetivo principal al ser un espacio generador de diversas habilidades a implementar en la educación y el establecer otras formas de relación con sus hijos.

Un paso previo al inicio del taller fue la promoción, la cual consistió en la elaboración de carteles, los cuales fueron colocados en la escuela y trípticos que se entregaron los padres de familia, también los docentes informaban a los padres de esta actividad. El número total de sesiones fue de tres, con una duración de tres horas por día.

Para concluir, es importante mencionar que los padres expresaron que la información proporcionada en las sesiones era después implementada en sus hogares, incluso reportaban resultados positivos, por lo que, referían la realización de otros talleres, ya que consideraban haber “aprendido mucho”.

3.3 Asistencia a foros de académicos y presentación de trabajos

Foro académico: XII Congreso Nacional de Terapia Familiar “Complejidad, Diversidad y Familia”.

Lugar: Tlaxcala, Tlaxcala.

Fecha: 17, 18, 19 y 20 de febrero de 2011.

Trabajo: Funcionamiento familiar y estrategias de comunicación en la pareja.

Resumen

Analizamos la relación existente entre el Funcionamiento familiar y las Estrategias de comunicación en las relaciones de pareja. Se aplicaron dos instrumentos: la Escala de Funcionamiento Familiar y la Escala de Estrategias de Comunicación en la Pareja, a una muestra de 160 personas adultas, de los cuales 71 eran hombres y 89 mujeres que convivían con su pareja. El puntaje más alto obtenido en la escala de Funcionamiento Familiar fue para *Ambiente familiar positivo* con una media 2.97 y para la escala de Estrategias de comunicación en la Pareja fue la subescala de *Asertividad* con una media de 3.21. Entre las correlaciones más altas se encontraron la subescala de Ambiente familiar positivo y Cohesión/reglas con .868, así Hostilidad/evitación del conflicto con Mando/problemas de expresión de sentimientos con .866. En cuanto a la escala de Estrategias de comunicación la correlación más alta fue para la subescala de Agresión y Agresión pasiva con .742. Dentro de la variable Escolaridad se relacionaron significativamente: Ambiente familiar positivo con posgrado (media de 3.36), así como Cohesión/reglas y Carrera técnica con 3.24. Para la variable Tiempo de relación se encontró: que de 31 ó más años se relaciona significativamente con Ambiente familiar positivo (media de 3.21). En la escala de Estrategias de comunicación se observó que las variables que se relaciona significativamente son: Edad con la subescala de Agresión pasiva (media de 2.29). La variable Unión libre igual con Agresión pasiva con 3.36. El número de hijos (uno) con Agresión (1.91). Nivel escolar de Bachillerato con Asertividad (3.41). Tiempo de relación de 11 a 15 años con Asertividad (3.41). Los resultados obtenidos muestran que el funcionamiento de las familias de origen de los

participantes influye en las Estrategias de comunicación que adoptaron en sus relaciones de pareja, principalmente en la subescalas de Agresión y Agresión pasiva.

Foro académico: XII Congreso Nacional de Terapia Familiar “Complejidad, Diversidad y Familia”.

Lugar: Tlaxcala, Tlaxcala.

Fecha: 17, 18, 19 y 20 de febrero de 2011.

Trabajo: Escala de asertividad en las relaciones de pareja (ESARP).

Resumen

Uno de los recursos que favorecen la comunicación entre la pareja es la asertividad. La asertividad es la capacidad de expresar las creencias, sentimientos y deseos, haciendo valer los propios derechos y respetando los derechos de la otra persona. Con el propósito de evaluar la asertividad en las relaciones de pareja se desarrolla la Escala de Asertividad en las Relaciones de Pareja (ESARP), la cual puede ser útil para detectar los problemas de comunicación que se dan en esta interacción. En una primera fase se elaboró un cuestionario con respuestas tipo Likert, el cual se aplicó a 300 personas. Se obtuvo la discriminabilidad de los ítems, validez factorial, validez de criterio y consistencia interna. Los resultados agruparon 75 *ítems* concentrados en tres factores principales, los cuales se relacionan con la teoría clásica de habilidades en la comunicación de Wolpe (1993): 1) Sumisión; 2) Asertividad y 3) Agresividad, además de una confiabilidad con alfa de Cronbach global de 0.89 y el análisis de los datos arrojó una varianza total de 27.05%. La escala (ESARP) representa una oportunidad para intervenir a nivel terapéutico o contribuir a la investigación en esta área.

4. Habilidades de compromiso y ética profesional

Discusión e integración de consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional

Se considera un derecho y un deber establecer principios éticos que inspiren y regulen el ejercicio profesional de los psicólogos. Por lo tanto, la Asociación Mexicana de Terapia Familiar en 1997, fue la institución que reglamento el desempeño de los terapeutas familiares a través de ocho principios éticos que conforman el código ético:

1. **Responsabilidad con los pacientes.** Los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada.
2. **Confidencialidad.** Los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, ya que en una relación terapéutica el paciente puede ser más de una personas.
3. **Capacidad e integridad profesional.** Los terapeutas deberán conservar un alto nivel de capacidad e integridad profesional.
4. **Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados.** Los terapeutas no deberán abusar de la confianza y dependencia de estudiantes, supervisados o quienes dependan de ellos en el proceso de enseñanza-aprendizaje e investigación.
5. **Responsabilidad con los participantes de investigaciones.** Los investigadores deberán respetar la dignidad y proteger el bienestar de los participantes en la investigación y estar conscientes de las leyes y reglamentos

federales y estatales, así como de los estándares profesionales que deban regir la conducta de los investigadores.

6. **Responsabilidad a la profesión.** Los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión.
7. **Arreglos financieros.** Los terapeutas deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios, y deberán verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional.
8. **Publicidad.** Los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas.

Los principios éticos son el eje central de la actividad profesional de los terapeutas familiares en México.

Por lo tanto, durante la formación como Terapeutas familiares es frecuente reflexionar sobre el desempeño terapéutico con las familias y las parejas que se encuentran en tratamiento, a través de ser conscientes de los recursos y limitaciones con que cuenta el terapeuta, de los principios éticos que rigen el ejercicio de su profesión, así como la necesidad de una constante preparación.

De aquí se desprende la necesidad de plantearse una serie de cuestionamientos éticos y filosóficos, pues de la actitud que asuma el psicólogo frente a su responsabilidad social dependerá su eficiencia profesional y realización personal.

Para Jay Haley (1988) son dos los principios éticos que un terapeuta debe cuestionarse al iniciar una relación profesional entre terapeuta y cliente: 1) *un*

intercambio justo, donde se pretende mantener un equilibrio entre lo que se recibe y lo que se proporciona, ya que el objetivo de un terapeuta es resolver problemas o hacer que se ponga en práctica recursos y habilidades que resuelvan las dificultades que motivaron el buscar ayuda profesional, cuando esto se logra, se ha cumplido con lo establecido y por consiguiente la remuneración económica es el resultado de un servicio apropiado y 2) *el control de la información*, el uso de la información que se obtiene y que esta bajo el resguardo del terapeuta, con frecuencia debe ser usada en acciones que pueden prevenir consecuencias, sin embargo en la práctica como terapeutas familiares donde a las sesiones asisten más de una persona surge la interrogante de qué datos ocultar o informar entre los diferentes subsistemas.

Haley (1988) promueve el incitar a los terapeutas familiares a que sean sensatos y no compartir todo con su clientela, sólo ofrecer sus ideas u opiniones a los usuarios con cuidado y prudencia.

Frente a estas consideraciones los terapeutas de familia y de pareja se muestran atentos a cada una de los lineamientos éticos, no sólo por responsabilidad profesional y personal, sino como un comportamiento que suelen promover en la vida cotidiana.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Hacer un resumen de lo que representó haber formado parte de la Residencia en Terapia Familiar no es sencillo debido a las diversas actividades en las que se participó, lo que implicaba asumir diferentes posturas, por ejemplo, investigador, estudiante, terapeuta, colega, etc. Las cuales iban formando habilidades y competencias que eran puestas en práctica en los escenarios clínicos y de intervención comunitaria, además de quedar plasmadas de manera física en los productos que se generaban en cada uno de los semestres (investigaciones, talleres, presentaciones, carteles, etcétera).

Lo anterior, se unía a la premisa de formar profesionales con valores éticos, responsables y comprometidos, tanto en el área clínica, en específico a la atención a familias y parejas, como en otros campos del conocimiento donde se puede incidir como son: la investigación y la intervención comunitaria.

En el transcurso de los cuatro semestres a nivel teórico se logró la conceptualización de los diferentes modelos representativos de la Terapia Sistémica Familiar, analizando, discutiendo e identificando las características específicas correspondientes a cada uno; además de conocer las estrategias de intervención que se utilizan en los procesos terapéuticos con las familias.

La experiencia terapéutica en los escenarios clínicos fue esencial en el desarrollo de habilidades clínicas, *de detección, evaluación y tratamiento*, a partir de las cuales se logró el establecimiento de objetivos, la realización de entrevistas, el proceso de las sesiones terapéuticas, la definición de los motivos de consulta y las demandas terapéuticas, la alianza terapéutica, la formulación de hipótesis sistémicas, la evaluación de resultados y el cierre del tratamiento, cada uno de estos puntos quedaba asentado en la elaboración del expediente.

La manera de intervenir en los espacios terapéuticos estaba determinada por el enfoque que en ese momento se estaba cursando, de las particularidades de cada caso y de las reflexiones entre terapeuta(as), equipo terapéutico y supervisor. Como fueron avanzando los semestres se contaba con un mayor número de estrategias y modelos de intervención, los cuales enriquecían la práctica psicoterapéutica en los diferentes escenarios a los que se acudía.

En relación a las habilidades adquiridas en la investigación se logró desarrollar tres trabajos: dos bajo los lineamientos de la metodología cuantitativa y un tercero estructurado acorde a la metodología cualitativa. Cada uno de los trabajos consiguieron desarrollar habilidades de diseños, aplicación, síntesis de la información, investigación, análisis de resultados, trabajo en equipo, además de la experiencia de redactarlos en forma de artículos para su publicación en revistas especializadas.

2. Incidencia en el campo psicosocial

Los terapeutas en formación se insertan en el campo psicosocial con la finalidad de aproximarse a las necesidades de la población en su vida cotidiana, ya que es en el contexto social donde las personas se desenvuelven que existen diversos factores que propician la generación de dificultades en las familias, parejas, niños y adultos. Una forma de aproximarse a la población fue a través de la realización de talleres como una manera de generar espacios para la reflexión, la sensibilización y la incorporación de información que facilite el manejo de diversos conflictos presentes en las comunidades.

El estar en contacto con las personas en el lugar donde viven, representó una oportunidad para realizar como primer paso una detección de necesidades, la cual es una forma de aproximarse a la población y es fundamental para construir un proyecto con y desde los interesados. Los talleres realizados favorecieron el desarrollo de habilidades como: manejo de grupo, espacios de reflexión, creatividad, desarrollo de material didáctico, coordinación entre facilitadores, apertura para dudas, expresión verbal y corporal y contacto con autoridades locales.

3. Reflexión y análisis de la experiencia

El ser parte de la novena generación en Terapia Familiar, me llevó a compartir con colegas ideas, cuestionamientos, reflexiones, incluso diferencias, pero sobre todo el compromiso de aprender y cumplir con cada uno de los objetivos establecidos en el programa de estudio, fue así que cada una de las actividades realizadas implicaban un reto personal y grupal.

A nivel grupal fue interesante observar que al igual que progresaban los semestres, los integrantes de la novena generación íbamos transformándonos con respecto a la adquisición de una identidad terapéutica particular, construida a partir de la asimilación de la información e intereses.

De manera individual cada uno de los integrantes desafiaba sus propios paradigmas y prejuicios a través de la constante reflexión que se genera al interior del grupo. Es así, que al finalizar la formación como terapeutas familiares era inevitable percibir los cambios que se había producido en los miembros del grupo. Ahora era el momento de posicionarnos como terapeutas familiares sistémicos y participar en las constantes transformaciones que se desarrollan en los diferentes contextos socioculturales.

4. Implicación en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo

Todas las personas surgimos de contextos (estado de origen, época, cultura, etc.) que promueven una manera particular de movernos en los espacios donde nos desarrollamos; además de una historia de relaciones significativas que determinan una manera particular de entender las situaciones cotidianas de la vida.

Lo anterior, es parte esencial de la estructura de los individuos. Por lo tanto, durante los dos años de formación como terapeutas familiares sistémicos la persona del

estudiante indudablemente inicia un proceso que pone en movimiento aspectos relacionados con su sentir, su reflexionar y su vivir, generados a partir de ir asimilando otra forma de ver, concebir e intervenir en terapia; el cambio a nivel epistemológico no es exclusiva del estudiante en formación sino que comienza a estar en contacto con otras áreas que constituyen su persona.

La práctica psicoterapéutica, ya sea en la modalidad de coterapeuta, terapeuta y en equipo terapéutico, invitaba a reflexionar sobre sí mismo y su relación con otras personas, donde fue interesante percibir como el género, la edad, cultura e intereses influían en la forma de participar y tomar decisiones.

En mi experiencia como terapeuta era interesante visualizar como el pertenecer a una familia donde el ser mujer o ser hombre determina las actividades a realizar, y que esta forma de concebir a las personas influía en la manera de relacionarme (con compañeros, maestros, supervisores y los casos donde participaba), aspecto que era evidenciado en la supervisión y en la reflexión con el equipo, lo que formaba parte de un crecimiento y el acceder a otro nivel de comprensión, que no necesariamente representaban un error o falla.

Las sesiones sin apoyo del equipo terapéutico hacían necesario el estar atenta sobre la repercusión de mi persona en la terapia, situación que me invitaba a reflexionar sobre mi posición frente a los clientes.

La formación como terapeutas familiares sistémicos al igual que el tiempo se caracteriza por estar en constante movimiento, lo que significa que la formación es dinámica, donde la constante preparación es indispensable.

REFERENCIAS

- Abbate, F. (1978). *Perturbaciones psicopatológicas conyugales y familiares*. Buenos Aires: A-Z.
- Acevedo, V.E., Restrepo, L. y Tovar, J. R. (2007). Parejas satisfechas de larga duración en la ciudad de Cali. *Pensamiento Psicológico*, 3 (8), 85-107. Pontificia Universidad Javeriana.
- Agate, S., Taylor, Z., Ramon, B., & Eggett, D. (2007). Praying, playing and successful families: An examination of family religiosity, family leisure, and family functioning. *Marriage & Family Review*, 42, 51-75.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Madrid: Gedisa.
- Anderson. T. (1995). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y Familia*, 8(1), 3-7.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
- Anderson, H. (2001). En la montaña rusa: un enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en la colaboración. En S. Friedman (comp). (2001). *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona. Gedisa.
- Anderson, H. (2008). Mitos sobre el “no-saber”. *Psicoterapia y Familia*, 21, 6-15.
- Anderson, H. (2005). Un enfoque posmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia “desde dentro”. En G, Limón (comp) (2005). *Terapias postmodernas: aportaciones construccionistas*. México: Pax.
- Andolfi, M. (1984). *Terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Barcelata, B. (2007). Trabajo sistémico con familia: un enfoque estructural: En M. García (comp.). *Estrategias de evaluación e intervención en psicología*. México. Porrúa-UNAM.
- Barrón, S. (2002). Familias monoparentales: un ejercicio de clarificación conceptual y sociológica, *Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales*, 13-30.
- Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Carlos Lohlé-Lumen.

- Bateson, G. (1993). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bengoechea, P. (1992). Un análisis exploratorio de los posibles efectos del divorcio en los hijos. *Psicothema* 4(2), 491-511.
- Berg, I. K. y Miller, S. D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Barcelona, España: Paidós.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En L. L. Eguiluz, (comp) (2004). *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Pax.
- Blanco, J. A. (1999). *Asertividad y relación de pareja: Una perspectiva sistémica*. Tesina de Licenciatura. FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Brecklin, L. & Ullman, S. (2005). Self-defense or assertiveness training and women's responses to sexual attacks. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 738-762.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, G., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowen, M. (1989). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S. A.
- Caballo, V. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En Manual de técnicas de terapia en modificación de conducta. Caballo, V. compilador. Madrid: Siglo XXI.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. H. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Calleja, N., Pick, S., Reidl, R. y González-Forteza, C. (2010). Programas de prevención de tabaquismo para mujeres adolescentes. *Salud Mental*, 33 (5).
- Carter, E. y McGoldrick, M. (2003). The family life cycle. En F. Walsh (ed). *Family Process*, 375-398.
- Carranza, M y Almeida, E. (1995). La Psicología comunitaria. En Almeida, E., Martínez, M. Y Varela, M. (1995). *Psicología social comunitaria*. Facultad de Psicología. Puebla BUAP.
- Carrasco, M. (1998). *Cuestionario de aserción en la pareja (ASPA)*. Madrid: TEA Ediciones.

- Cecchin, G. (1986). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad. *Sistemas familiares*. 9-17.
- Cecchin, G., Lane, W. y Wendel, R. (1997). *Verdad y prejuicios*. Milán: Raffaello Cortina.
- Cibanal, L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Madrid: Club Universitario.
- Coyoli, A. S. y Kanan, E. G. (2009). Funcionamiento familiar y obesidad. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 190-191.
- Cullin, J. (2006). Double Bind: Much More Than Just a Step Toward a Theory of Schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 27 (3) 135-142.
- Cruz-Almanza, M., Gaona-Márquez, L. y Sánchez-Sosa, J. (2006). Empowering women abused by their problem drinker spouses: Effects of a cognitive-behavioral intervention. *Salud Mental*, 29, 25-31.
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En L. L. Eguiluz. (comp.). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México. Pax-México.
- De Shazer, S. (1984) The death of resistance. *Family Process*, 23 (1), 11-17.
- De Shazer, S. Insoo, K. B., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25(2), 207-221.
- De Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve: una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- Díaz, D. (2003). *Prevención de los conflictos de pareja*. Madrid: Descleé de Brouwer.
- Díaz-Loving, R. (1999). *Antología psicosocial de la relación de pareja*. México: Porrúa.
- Espinosa, M. R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones. En L. L. Eguiluz, (comp.). *Terapia Familiar: Su uso hoy en día* (pp. 116-138) México: Pax.
- Falicov, C. (2001). Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas sistémicas*, 69.
- Flores, M. y Aguilar, C. (1998). Asertividad versus abnegación en una cultura tradicional. *La Psicología Social en México*, 8, 150-157.

- Flores, M. (2008). Asertivo o no asertivo: Su impacto en el conflicto en hombres y mujeres. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 129-129.
- Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. New York: Norton.
- Friedman, S. (2005). *Terapia familiar con equipo de reflexión: una práctica colaborativa*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fisch, R., Weakland, J. H y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fishman, H. y Rosman, B. (1990). *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Barcelona: Gedisa.
- Fromm, E. (2004). *El arte de amar*. México: Paidós.
- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I. y Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una Escala de Funcionamiento Familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2, 91-110.
- García, V., Juárez, N. A. y Cervantes, E. I. (2009). Funcionamiento familiar en mujeres viudas. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 148-149.
- Garrido, F. (1996). Género e interacción en la coterapia y el equipo reflexivo. *Revista de Psicoterapia*, 26-27, 87-112.
- Gasperin, R. (2005). *Comunicación y relaciones humanas*. Veracruz: Universidad Veracruzana.
- Gergen, K. y McNamee, S. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- González, C. S. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En L. L. Eguiluz, (Comp.) (2004). *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Goncalves, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa*. Barcelona: Descleé de Brouwer.
- Gómez, J.F. (2002). *Psicología de la comunidad*. México. Plaza y Valdez.
- Goolishian, H. y Anderson, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En Gergen, K. y McNamee, S. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Green, A. (1986). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gutman, L. (2010). *Mujeres visibles, madres invisibles*. México: Oceano.

- Haley, J. (1983). *Terapia No convencional (33-57)*. Buenos aires: Argentina. Amorrortu.
- Haley, J. (1988). *Terapia para Resolver Problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona, España: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Haley, J. y Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: España. Paidós.
- Hoffman, L. (1994). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México. Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En Gergen, K. y McNamee, S. (comp.) (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Hughes, A. A., Hedtke, K. A., & Kendall, P. C. (2008). Family functioning in families of children with anxiety disorders. *Journal of Family Psychology, 22*, 325-328.
- Imber-Black, E. (2010). Rituales normativos y terapéuticos en la terapia de parejas. En Gutiérrez, F. (comp.) (2010). *Terapia breve y familiar: los caminos que se encuentran*. México. CEFAP.
- Jakubowski, P. & Lange, A. (1978). *The assertive option: your rights and responsibilities*. Il:Research Press
- Katz, L. F., & Woodin, E. M. (2002). Hostility, hostile detachment, and conflict engagement in marriages: Effects on child and family functioning. *Child Development, 73*, 636-653.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Keeney, B. (1992). *La improvisación en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1977). *El sentimiento de soledad*. Buenos Aires: Paidós.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T., Välikoski, M., Virtala, E., Laaksonen, M. A., Marttunen, M.,
Kaipainen M. & Renlund, C. (2007). Randomized trial on the effectiveness of longand short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine, 38*. 689-703.

- León, A., Archundia, L. C., Gama, M. J., Guadarrama, R., Gutiérrez, J. G. y Mendoza, M. (2008). Funcionamiento familiar en jóvenes de nivel superior. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 167-168.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en la psicoterapia: terapia narrativa y construcción social*. México: Pax.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio: trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Paidós.
- Navarro, J. y Beyebach, (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Madanes, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva: una guía práctica*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa
- Martínez, J. M. (2006). *Amores que duran ... y duran ... y duran: claves para superar las creencias destructivas que separan a las parejas*. México: Pax.
- Minuchin, S. Y Fishman, H. (1994). *Técnicas de Terapia Familiar*. México. Paidós.
- Montero, M. (1984). La Psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista latinoamericana de Psicología*, 16(3). 387-400.
- Musitu, G. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. España. UOC.
- O'Hanlon, W. H. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona. Paidós.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (2010). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Paavilainen, E., Lehti, K., Astedt-Kurki, P., & Tarkka, M. (2006). Family functioning assessed by family members in Finnish families of heart patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 54-59.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona. Paidós.
- Pelletier, D. (2000). *El arco iris interior: de la carencia a la plenitud*. Sal Terrae: España.
- Ramos, L. (2002). Reflexiones para la comprensión de la salud mental de la mujer maltratada por su pareja íntima. *La ventana* 16, 130-176.

- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas: un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Ravazzola, M. (2005). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Reséndiz, G. (2010). Modelo de Milán. *Psicoterapia y Familia*, 23(1), 30-39.
- Rispoli, L. (2013, Abril, 30). *La psicología funcional: nuevas aplicaciones terapéuticas*. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Rodríguez, M., Fonseca, A. P. y Puche J. (2002). Características psicológicas de los hombres que ejercen violencia conyugal: Un estudio en Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 91-98
- Rosen, S. (2009). *Mi voz irá contigo: Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*. México: Paidós.
- Rojano, R. (2012). *Terapia familiar comunitaria 2012*. Recuperado en <http://www.redsistemica.com.ar/>
- Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (2006). *La violencia contra las mujeres: prevención y detección*. Barcelona: Díaz de Santos.
- Salem, G. (1990). *Abordaje Terapéutico de la familia*. Barcelona: Masson.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, D. L., Delgado, R. C., Valencia, O. M., Rodríguez-Orozco., y Alain, R. (2008). Percepción de la función de sus familias por adolescentes de la enseñanza media superior. *Revista Cubana de Pediatría*, 80, 32-41
- Sarmiento, I. y Cardemil, E. (2009). Family functioning and depression in low-income latinos couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35,432-445
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1990). Hipotetizar, Circularidad, Neutralidad. *El proceso de la familia*, 19(1), 60-67.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1998). *Paradoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. Barcelona. Paidós.
- Sluzki, C. (2011). *La presencia de la ausencia*. Barcelona: Gedisa.

- Tomm, K. (1987). Preventive Interviewing: Part II, Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing. *Family Process*, 26, 167-183.
- Tomm, K. (2011, marzo, 4 y 5). *La entrevista clínica*. Grupo Campos Elíseos. México.
- Tutty, L. M., Babins-Wagner, R., & Rothery, M. A. (2006). Group treatment for aggressive women: An initial evaluation. *Journal of Family Violence*, 21, 341-349.
- Ulloa, S., Díaz, D. y Fulgencio, M. (2009). Funcionamiento familiar y estabilidad emocional en niños y niñas. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 804-805.
- Ugazio, V. (1985). Hypothesis Making: The Milán Approach Revisited. En D. Campbell, & R. Draper, (1985). *Aplicaciones of Sistemic Family. The Milán Approach*. Florida: Grune And Stratton.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos aires. Amorrortu.
- Valenzuela, M. A. (1995). Retrospectiva y prospectiva de la psicología comunitaria en México. En Almeida, E., Martínez, M. y Varela, M. (1995). *Psicología social comunitaria*. Facultad de Psicología, Puebla. BUAP.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. L. Eguiluz, (comp.). *Terapia Familiar: Su uso hoy en día* (pp. 116-138) México: Pax.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas: fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Von Glasersfeld, E. (2000). El constructivismo radical, o la construcción del conocimiento. En Watzlawick, P. y Nardone, G. (comp.). (2000). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Wallerstein, J. & Blakeslee, S. (1996). *The good marriage*. New York: Warner Books. En V.E. Acevedo, L. Restrepo, y J. R. Tovar, (2007). Parejas satisfechas de larga duración en la ciudad de Cali. *Pensamiento Psicológico*, 3 (8), 85-107. Pontificia Universidad Javeriana.

- Watzlawick, P., Weakland, H. J. y Fish, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Wiener, N. (1981). *Cibernética y sociedad*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1994). *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Wittezaele J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona, España: Herder.
- Winnicott, D. (2010). *La madre ausente* 2010. Recuperado en:
www.psicoencuentro.com/articulo_de_psicología.php?idaarticulo=123&idiama=1.
- Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta*. México. Trillas.
- Yarto, P., Montero, M. y López, L. (2006). La experiencia de soledad de niños en situación de pobreza. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 32-33.
- Zacharias-Miller, C. (2010). *Curar el síndrome de la "madre ausente"* 2010. Recuperado en: www.eftmx.com/newsletter/missing-mother-syndrome-sp.htm