



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

## CONSTRUCCIÓN DE REALIDADES FAMILIARES. *En familias mexicanas de tres generaciones*

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

LINDA GRISSEL MARTÍN ARRIETA

**DIRECTORA:**

Mtra. Piedad Dora Aladro Lubel

**COMITÉ TUTORIAL:**

Mtro. Jorge Orlando Molina Avilés

Mtro. Ignacio Ramos Beltrán

Mtra. Erika Graciela Trujillo Núñez

Dr. Raymundo Macías Avilés

Cd. Universitaria, D.F., abril del 2014.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

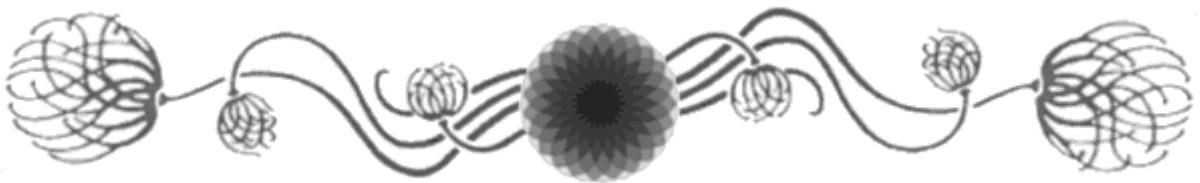
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.



“La separación aparente en el mundo es secundaria.  
Más allá del mundo de los opuestos hay,  
en todos nosotros, una unidad e identidad  
no vista pero experimentada”

*J. Campbell.*





## AGRADECIMIENTOS

*A mi amado Pablo, porque su manita en la mía,  
fue el motivo para transitar y concluir esta aventura.*

*A mis padres por sus enseñanzas, amor y por darme la vida.*

*A mi querida abuelita, por su amor y el privilegio de coincidir.*

*A mi hermano y su hermosa familia, por su cariño y por creer en mí.*

*A Vicente por su apoyo incondicional, su cariño y  
por seguir siendo el guardaespaldas de mis sueños.*

*A Jorge, mi hermano del alma, cómplice de locuras.*

*A Pedro, Marcos, Linda, Laura, Yuliana, Oswaldo, Ricardo, Claudia,  
Joel, Anita, y Cinthya, cerca o lejos son mi amorosa familia afectiva.*

*A Piedad Aladro, mi Tutora y Directora de este trabajo,  
la primera que creyó en mí para este proyecto.  
Por su confianza y apoyo incondicional de principio a fin.*

*A Jorge Molina, por la amistad, confianza y cariño,  
por compartir pacientemente su sabiduría conmigo y  
por construirme una terapeuta moderna en un mundo posmoderno.*

*A Erika Trujillo por su cariño, amistad y apoyo constante,  
dentro y fuera de la formación.*

*A Ignacio Ramos, por el apoyo y la disposición de siempre.*

*A Raymundo Macías por compartir su sabiduría y  
experiencias, fue un honor hacer coterapia a su lado.*

*A mis maestr@s, supervisor@s, compañer@s de  
generación y coordinadora que conformaron el sistema  
amplio de aprendizaje, por haber compartido  
generosamente sus experiencias y saberes.*

*A mis amigas y colegas de Aquelarre en CORA,  
por mantener viva la reflexión, honesta la mirada y por el compromiso  
incansable con los pacientes que tienen la fortuna de trabajar con ustedes.*

*A todas las familias que a lo largo de estos años me han permitido ser testigo  
de sus vidas, sueños, amores, encuentros y despedidas.  
Este viaje fue por y para ustedes.*



|  |           |
|--|-----------|
| Índice .....   | 5         |
| Introducción General .....   | 7         |
| <b>CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</b> .....  | <b>10</b> |
| 1. El campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar .....                         | 10        |
| 1.1. Características del campo psicosocial .....   | 12        |
| 1.2. Principales problemas que presentan las familias .....  | 13        |
| 1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa .....   | 13        |
| 2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico .....                                       | 16        |
| 2.1. Descripción de los escenarios .....   | 16        |
| a) Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” .....   | 16        |
| b) Centro Comunitario “Julián McGregor” .....  | 17        |
| c) Centro Comunitario “Los Volcanes” .....   | 18        |
| d) Centro Comunitario “San Lorenzo” .....  | 18        |
| e) Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” .....  | 19        |
| 2.2. Explicación del Trabajo y Secuencia de Participación en los escenarios de trabajo clínico .....                 | 21        |
| <b>CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO</b> .....   | <b>23</b> |
| 1. Análisis Teórico Conceptual .....   | 24        |
| 1.1. Historia de las Terapias Familiares Sistémicas .....  | 25        |
| 1.2. Epistemología Cibernética .....   | 28        |
| 1.3. Epistemología Posmoderna .....  | 34        |
| 2. Modelos de Intervención de las Terapias Familiares y Posmodernas .....  | 37        |
| 2.1. Modelos Modernos .....  | 37        |
| a) Modelo Estructural .....  | 37        |
| b) ModeloEstratégico .....   | 42        |
| c) Modelo de Terapia Breve Orientada a Problemas (MRI) .....   | 50        |
| d) Modelo de Milán .....   | 54        |
| e) Modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones .....  | 65        |
| 2.2. Modelos Posmodernos .....   | 71        |
| a) Terapia Narrativa .....   | 71        |
| b) Terapia Colaborativa .....  | 75        |
| c) Equipo Reflexivo .....  | 78        |
| <b>CAPÍTULO 3. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES</b> .....                                       | <b>83</b> |
| 1. Habilidades Clínicas Terapéuticas .....   | 84        |
| 1.1. Caso Clínico “Ausencias y presencias de una Abuela Mexicana” .....  | 86        |
| 1.2. Caso Clínico “Vinculación y límites entre madre-hijo en una familia extensa” .....                              | 94        |
| 1.3. “Los abuelos en la construcción de realidades familiares” .....   | 101       |
| 2. Habilidades de Investigación .....  | 103       |
| 2.1. Investigación Cuantitativa “Familia y Obesidad en la Adolescencia” .....  | 103       |
| 2.2. Investigación Cualitativa “La Abuelitud en la Adolescencia” .....   | 116       |
| 3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria .....                     | 123       |
| 3.1. Productos tecnológicos .....  | 123       |
| 3.1.1. Elaboración de Propuesta: Curso-Taller de Autoestima y Creatividad .....                                      | 123       |
| 3.1.2. Creación de un Manual de Prevención de la Violencia de Pareja .....   | 124       |
| 3.2. Desarrollo del programa de intervención comunitaria: Taller para Adolescentes: “No te quedes en el viaje” ..... | 125       |
| 3.3. Reportes de Asistencia y Presentación de Trabajos en foros académicos .....                                     | 126       |

|  |     |
|--|-----|
| 3.3.1. Reporte de Asistencia al Seminario-Taller “Humillación, Vergüenza y Perdón” .....   | 126 |
| 3.3.2. Reporte de Asistencia a la Cuarta Jornada Clínica Facultad de Psicología UNAM .....   | 126 |
| 3.3.3. Reporte de Presentación en el II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología “Familia y Obesidad en la Adolescencia” .....   | 127 |
| 3.3.4. Reporte de Presentación de Trabajo en el II Congreso Internacional de Psicología, Entre lo real y lo posible. “Abuelitud en la Adolescencia” .....                                  | 127 |
| 3.3.5. Reporte de Presentación de Trabajo en el XI Congreso Nacional de Terapia Familiar: Ser, estar y trascender en la terapia familiar. “Perfil mitológico del terapeuta familiar” ..... | 127 |
| 3.3.6. Publicación: “Perfil Mitológico del Terapeuta Familiar” .....   | 127 |
| 3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional: “CONTRASTES ÉTICOS. De la Modernidad a la Posmodernidad en la Formación de Terapeutas Familiares”                                      | 134 |
| CAPÍTULO 4. CONSIDERACIONES FINALES .....  | 141 |
| 1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas .....  | 141 |
| 2. Reflexión y análisis de la experiencia .....  | 145 |
| REFERENCIAS .....  | 147 |
| ANEXOS .....   | 159 |

# CONSTRUCCIÓN DE REALIDADES FAMILIARES.

## *En Familias Mexicanas de tres Generaciones*



*“El propósito del viaje es la compasión.  
Cuando vas más allá de los pares de opuestos,  
alcanzas la compasión.” J. Campbell*

### **INTRODUCCIÓN GENERAL**

Este trabajo es el resultado de la experiencia obtenida a lo largo de los dos años que duró la maestría en Terapia Familiar y Posmoderna de la Facultad de Psicología, a la que tuve el honor de pertenecer.

El hilo conductor de esta exposición de trabajos y resultados es el tema de la Construcción de Realidades Familiares, en familias mexicanas de tres generaciones. Cuya relevancia radica, en dar voz a una configuración familiar que en fechas recientes va en aumento en la sociedad mexicana y describir algunos aspectos del complejo entramado de relaciones multigeneracionales que se dan en estas familias.

El reporte está dividido en cuatro capítulos, dispuestos de la siguiente forma: En el primer capítulo se expondrá la idea de familia que permeará todo el escrito, se describen las características del campo psicosocial, los problemas que las familias presentan, la forma en que la Terapia Familiar responde a los mismos, y finalmente se hace una breve descripción de los escenarios donde se hicieron las prácticas.

En el segundo capítulo, se presentará el marco teórico, cuya exposición está dividida en dos partes: la primera, es el análisis teórico conceptual, partiendo de un breve recorrido histórico de los principales pioneros, precursores y teóricos de las terapias familiares en México y el Mundo; a continuación se describirán las premisas de la Epistemología Cibernética y la Posmoderna, que sustentan teóricamente las terapias familiares

sistémicas y posmodernas. En la segunda parte del capítulo se exponen: los representantes, premisas, técnicas y aplicaciones de los modelos de terapia; divididos a su vez en dos grandes bloques: los modelos modernos (MRI, Estratégico, Milán, Estructural, y Soluciones), y los modelos posmodernos (Narrativa, Colaborativa y los Equipos Reflexivos).

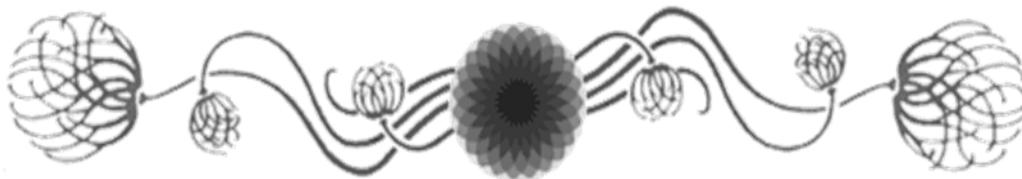
En el tercer capítulo se expondrán brevemente los resultados de las diversas actividades realizadas en la maestría, encaminadas a la adquisición de habilidades: clínicas, de investigación, de enseñanza y difusión del conocimiento, y de atención y prevención comunitaria. En cuanto a las habilidades clínicas se expondrán dos casos clínicos, que en el contexto de este trabajo, tienen en común, que representan la problemática de las familias de tres generaciones (el primero desde la mirada de la abuela, el segundo desde la óptica del nieto y la madre). Sobre las habilidades de investigación se incluyen los resultados de dos investigaciones, la primera es de orientación cuantitativa, muestra la construcción del instrumento de medición “Familia y Obesidad en la Adolescencia”, la segunda de corte cualitativo que es un estudio de casos sobre “Abuelidad en la Adolescencia”.

En el rubro de la adquisición de habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, este trabajo incluye dos productos tecnológicos: el primero pone la atención en algunas necesidades detectadas en el grupo de estudiantes de la maestría, por lo que se propuso el “Taller de Autoestima y Creatividad”; el segundo es un “Manual de Prevención de Violencia de Pareja”, elaborado porque dicha problemática, fue uno de los motivos de consulta más frecuentes de las familias que solicitaron atención en los escenarios clínicos. También se expondrá el reporte de Intervención Comunitaria “No te quedes en el viaje”, desarrollado para prevenir el consumo de sustancias tóxicas en un grupo de adolescentes. Después se enlistan los foros académicos en los que se participó como asistente y ponente (con los trabajos de investigación cualitativa y cuantitativa); en este mismo apartado se encontrará un trabajo creativo presentado en el Congreso de la AMTF, y publicado en la revista Psicoterapia y Familia, “Perfil Mitológico del Terapeuta Familiar”. Para finalizar este capítulo se expondrán las habilidades de compromiso y ética profesional a través del ensayo “Contrastes éticos. De la Modernidad a la Posmodernidad en la formación de terapeutas familiares”.

El cuarto capítulo, contiene las consideraciones finales, donde se mencionan las habilidades y competencias adquiridas, la incidencia en el campo psicosocial, finalmente se hará la reflexión y análisis de la experiencia desde la Cibernética de Segundo Orden.

Se debe mencionar, que la elaboración del presente reporte, permitió reunir y exponer en un documento los diferentes trabajos realizados durante la maestría de terapia familiar, que muestran las habilidades formales adquiridas en este proceso. Pero, finalmente también se convirtió en un espacio para compartir las preguntas y reflexiones de quien expone, a sabiendas de que el abordaje que se le da a este trabajo está matizado por su mirada y su experiencia.

En este sentido y para concluir este apartado, se citarán las palabras de Elkaïm: *la autorreferencia se ve como la interrogación del terapeuta sobre lo que él puede hacer con una vivencia que le concierne en el momento en que está describiendo una realidad. ¿Cómo describir una realidad como exterior siendo que nos hallamos en el proceso de construirla?* (Elkaïm, 1998; p 190).





## CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN



*“En este momento dirijo firmemente mi terapia a descubrir el conocimiento y la presencia de los potenciales humanos en los seres humanos. Mis esfuerzos también se dirigen a las familias mas amplias: comunitarias, nacionales y políticas, en donde aparecen los mismos componentes que en la familia individual” Virginia Satir.*

Este capítulo versa sobre, el concepto de familia que se manejará a lo largo de todo el reporte, también se hablará de sus retos y cómo es que la terapia familiar da respuesta. Poniendo énfasis en el incremento de mujeres que se insertan en espacios laborales públicos y los efectos que ha traído en la experiencia familiar cotidiana, donde se tejen relaciones de apoyo en el cuidado y la crianza de los hijos, observando los cambios en la forma de organización de la pareja, tratando de explicar el papel de los abuelos en las familias mexicanas actuales.

También se describirán las problemáticas por las que acudieron las familias a solicitar el servicio que se brindó en las diferentes instituciones donde se hicieron las prácticas supervisadas, mismas que serán brevemente descritas, para brindar al lector una perspectiva general de la población atendida a lo largo de la Residencia en Terapia Familiar.

### **1. El campo psicosocial y problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar**

Tradicionalmente se considera que la **Familia**, es un grupo humano natural, cuyos miembros están ligados por lazos biológicos o de consanguinidad, incluye a dos o más generaciones al menos en alguna etapa de su ciclo vital, que permite la subsistencia de sus miembros, la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades (Macías, 2006). Este concepto describe a las familias que comparten lazos consanguíneos, y es válido desde la perspectiva moderna, pero ¿qué pasa con quienes

no cumplen con este requisito? En este trabajo se considera relevante, incluir en el discurso a las **familias**, dando paso a la diversidad y renunciando a dar superioridad moral a una forma de familia sobre otra u otras.

Desde una mirada antropológica, Esteinou (2008) describe a **las familias** como grupos sociales distintos de los demás, porque hay una mayor intensidad afectiva, debido a que se es miembro de por vida y se crea una historia en conjunto que otros grupos no construyen, involucrando relaciones que tienen un periodo de tiempo mayor. Considera que para comprender la diversidad de realidades familiares de México hoy, se necesita incluir las familias monoparentales a cargo de papá o mamá; extensas, de tres o cuatro generaciones; las afectivas que viven juntas y sin lazos consanguíneos, unidas por lazos afectivos y de apoyo mutuo; las adoptivas; las formadas por parejas del mismo sexo con o sin hijos; las que tienen productos de la reproducción asistida; las reconstituidas, formadas por personas divorciadas que se vuelven a casar y juntan a los hijos de los dos matrimonios. Tomando en cuenta que ésta diversidad de configuraciones se ha incrementado en las últimas décadas, y están generando nuevas dinámicas familiares.

Finalmente, desde la perspectiva construccionista que da sentido al reporte, de forma tentativa diremos que las *familias* son comunidades relacionales en constante cambio debido al impacto del contexto socio-económico donde se desarrollan, que presentan diversas estructuras que permiten construir y compartir significados, historias y creencias que conforman *“lo que quiere decir familia para nosotros”* (Martínez, 2003). La intención es incluir en el discurso a las diversas familias posibles y sobre todo darle un lugar privilegiado al sentido que tiene para los consultantes, desde su experiencia cotidiana la idea de *“nuestra familia”*, que es justo de la que van a hablar en el espacio de la terapia familiar.

Sin embargo la reflexión se va complejizando, porque en las familias se construyen entramados de relaciones, y el sistema familiar a su vez pertenece a sistemas más amplios: sociales, políticos, culturales y económicos, que los impactan.

En este sentido, es importante mencionar que México, ha vivido grandes transformaciones: crisis recurrentes y variación en los mercados de trabajo; migraciones, recomposiciones en la dinámica y estructura demográfica; y una acelerada apertura desde el punto de vista social y cultural frente al proceso de modernización y globalización. Estos cambios perfilan diversidad de modelos familiares y de relación.

Entre los que se puede destacar el crecimiento en la proporción de familias monoparentales o en las que los dos miembros de la pareja trabajan, alterando de este modo la estructura tradicional de las familias, lo que está incidiendo en la fragilidad del vínculo matrimonial, y modificando los patrones de parentalidad y las relaciones intergeneracionales (Esteinou, 2008).

Esta fragilidad o inestabilidad en la pareja, da fuerza a los vínculos familiares entre la red de parentela, donde los abuelos y otros parientes van a tomar una parte muy importante en el cuidado de los hijos.

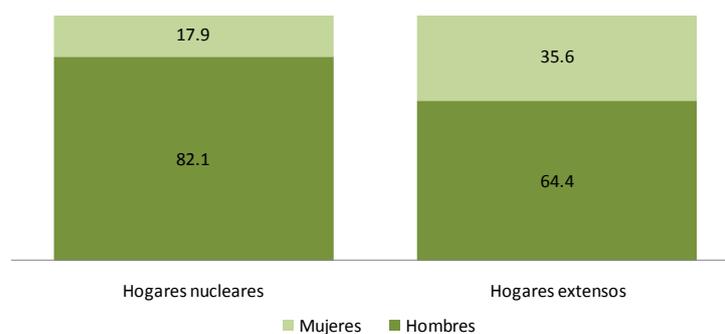
### 1.1. Características del Campo Psicosocial

En cuanto a la inserción de las mujeres en el campo laboral, es importante mencionar que en México, aproximadamente el 36% de las mujeres adultas trabajan (INEGI, 2007), a pesar de que sus salarios son en promedio 30% menores a los de los hombres. Lo que genera y sostiene nuevas formas de organización en el hogar.

Además en promedio, las mujeres mexicanas se casan a los 19 años, mientras los hombres lo hacen a los 21, y al menos el 23.1% de los hogares tienen una jefatura materna (INEGI, 2010). La familia tradicional, conformada por papá, mamá e hijos, ha ido disminuyendo en los últimos años, incrementándose el número de familias monoparentales o familias extensas, donde los abuelos o personas de la red familiar, se encargan del cuidado de los nietos, mientras las mujeres en edad productiva, salen a trabajar.

Los hogares nucleares compuestos por padre, madre e hijos representan el 72.9 % los extensos con miembros de 3 o 4 generaciones concentran el 27.1%.

**C 1. Distribución porcentual de hogares familiares por clase de hogar según sexo del jefe**



Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. Base de datos.

Esta tabla muestra, un dato interesante, en los hogares extensos se incrementa el número de mujeres que son jefas de familia. En estos hogares también se encontró que el porcentaje más grande de jefes está en rangos de 40 años o más, donde el 79.9% corresponde a jefaturas masculinas y el 84.4 a femeninas. Cuando se sube el rango de edad a los 60 años y más, las jefas tienen mayor presencia, ocupando con el 39.5%, con respecto al 32.3% que corresponde a hombres en este mismo rango etario. Sin embargo, el hecho de que las mujeres salgan a trabajar o que ocupen el lugar de jefas de familia, no implica que dejen de ser las responsables de las labores domésticas y de crianza (INEGI, 2005).

Finalmente, estas transformaciones sociales, han repercutido directamente en la organización de las familias mexicanas y en los retos que enfrentan.

### *1.2. Principales problemas que presentan las Familias*

Se debe mencionar que los temas que se presentan con mayor frecuencia en las instituciones dedicadas a la atención de salud mental y física, son: la violencia contra las mujeres, el abuso y maltrato infantil, el consumo de alcohol y sustancias estupefacientes, entre otros. Por su parte al interior de las familias también enfrentan problemas como, falta de acuerdos, mala comunicación y ruptura de vínculos conyugales, que va a impactar en los reacomodos para todos los miembros de la familia.

Con el incremento de familias extensas, donde las mujeres llevan la batuta, y de mujeres trabajando en espacios públicos, se torna cada vez más relevante, la necesidad de comprender el papel de los abuelos en la educación y crianza de los hijos. Este contexto permite plantear algunas preguntas: ¿Cómo se puede contribuir para atender los retos antes mencionados? ¿Cuáles son las alternativas que proponen las Terapias Familiares Sistémicas y Posmodernas? y ¿En qué situaciones específicamente podría incidir?

### *1.3 Las Terapias Familiares Sistémicas y Posmodernas como alternativa*

Los avances e investigaciones de los distintos modelos de las Terapias Familiares y Posmodernas, han dado buen resultado en el tratamiento de problemas de pareja, desórdenes alimenticios, toxicodependencias, esquizofrenia, comunicación, violencia intrafamiliar, y problemas de la adolescencia, entre otros. Ganando paulatinamente un lugar como parte esencial del equipo tratante, en los servicios de salud, que trabajan para atender estos temas.

Las ventajas de la terapia familiar (desde los modelos modernos) son: que los problemas son vistos no en las personas, si no en la interacción; la institución y las personas que canalizan a la familia son consideradas parte del sistema terapéutico; la terapia se acorta porque el acento está en el presente y no en el pasado; se busca desestigmatizar al paciente identificado y se habla de que el síntoma está en la interacción familiar; fortaleciendo los lados fuertes y los recursos de las familias.

Por otra parte, desde los modelos posmodernos, se considera que el sistema terapéutico está conformado por las familias y el terapeuta, se promueve interacciones distintas entre los miembros y frente al problema por el que acuden, permitiendo así la construcción de realidades familiares, a través de una nueva narración de las experiencias e historias que los trajeron a consulta (Martínez, 2003).

Con estas alternativas, se puede ver que las Terapias Sistémicas y Posmodernas, pueden dar respuesta a diversas necesidades que se presentan en el contexto actual de las familias mexicanas.

En el contexto de la maestría, a lo largo de dos años que duró la residencia, el equipo de 10 terapeutas en formación, tuvo la oportunidad de facilitar procesos a 52 familias, en los centros “Dr. Guillermo Dávila”, “San Lorenzo” y “Julián McGregor” (No se cuenta con la información de “Los Volcanes y del Psiquiátrico Infantil”). A continuación se presenta un cuadro, elaborado por Paulina Carrillo (2012), compañera de la 7ª generación, que concentra las familias atendidas en las diferentes sedes, mostrando los modelos de atención usados, motivos de consulta y número de sesiones.

| <b>C 2. FAMILIAS ATENDIDAS EN ALGUNAS SEDES DE LA MAESTRÍA (Carrillo, 2012)</b> |                    |              |  |                                |    |
|---|--------------------|--------------|--|--------------------------------|----|
| <b>SEDE</b>   | <b>MODELO</b>      | <b>CASOS</b> | <b>MOTIVO DE CONSULTA</b>                | <b>SESIONES</b>                |    |
| <b>Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”</b>                  | <b>ESTRUCTURAL</b> | 4            | Violencia Familiar, adicciones           | 4                              |    |
|   |                    |              | Separación de la pareja                  | 7                              |    |
|   |                    |              | Salud y Conflicto con hijos adolescentes | 10                             |    |
|   |                    |              | Violencia Familiar                       | 8                              |    |
|   |                    |              |  | Salud y Conflicto en la Pareja | 6  |
|   |                    |              |  | Homosexualidad                 | 5  |
|   |                    |              |  | Conflicto en la Pareja         | 1  |
|   |                    |              |  | Conflicto en la Pareja         | 5  |
|   |                    |              |  | Infidelidad                    | 12 |
|   |                    |              |  | Separación de la Pareja        | 10 |
|   |                    |              | Conflicto en la Pareja                   | 10                             |    |

|                                      |   |               |  |                               |
|--------------------------------------|---|---------------|--|-------------------------------|
|                                      | TERAPIA BREVE                           | 16            | Problemas Psiquiátricos                | 6                             |
|                                      |   |               | Conflicto en la Pareja                 | 10                            |
|                                      |   |               | Separación de la Pareja                | 6                             |
|                                      |   |               | Salud y Conflicto en la Pareja         | 8                             |
|                                      |   |               | Conflicto en la Pareja                 | 10                            |
|                                      |   |               | Conflicto familiar, homosexualidad     | 8                             |
|                                      |   |               | Conflicto en la Pareja                 | 4                             |
|                                      |   |               | Salud y Conflicto en la Pareja         | 3                             |
|                                      |   |               | Conflicto en la Pareja                 | 5                             |
|                                      | ESTRATÉGICO                             | 4             | Conflicto Familiar                     | 8                             |
|                                      |   |               | Conflicto de Pareja y con adolescentes | 12                            |
|                                      |   |               | Separación de la Pareja                | 7                             |
|                                      |   |               | Salud y Conflicto en la Pareja         | 8                             |
|                                      | MODELOS POSMODERNOS                     | 6             | Conflicto en la Pareja                 | 5                             |
|                                      |   |               | Conflicto en la Pareja, Violencia      | 8                             |
|                                      |   |               | Separación de la Pareja                | 4                             |
|                                      |   |               | Violencia Familiar                     | 6                             |
|                                      |   |               | Problemas de Salud                     | 8                             |
|                                      |   |               | Problemas psiquiátricos                | 8                             |
|                                      | MODELO DE MILÁN                         | 8             | Separación de la pareja, Violencia     | 7                             |
|                                      |   |               | Salud, Conflicto en la Pareja e hijos  | 7                             |
|                                      |   |               | Problemas de Salud y Discapacidad      | 9                             |
|                                      |   |               | Problemas escolares y familiares       | 6                             |
|                                      |   |               | Conflicto en la Pareja, Violencia      | 5                             |
|                                      |   |               | Conflicto en la Pareja                 | 5                             |
|                                      |   |               | Separación de la Pareja                | 6                             |
|                                      |   |               | Conflicto de Pareja, homosexualidad    | 6                             |
|                                      | <b>Centro Comunitario “San Lorenzo”</b> | TERAPIA BREVE | 10                                     | Problemas con hijo preescolar |
| Conflicto con la pareja e hijos      |   |               |  | 6                             |
| Conflicto con hijo escolar           |   |               |  | 12                            |
| Depresión                            |   |               |  | 11                            |
| Violencia en la Pareja e Infidelidad |   |               |  | 5                             |
| Problemas con hijos preescolares     |   |               |  | 6                             |
| Violencia en la Pareja               |   |               |  | 8                             |
| Adicciones                           |   |               |  | 8                             |
| Violencia Social, Secuestro          |   |               |  | 8                             |
| Problemas con la Pareja y Duelo      |   |               |  | 8                             |
| <b>“Dr. Julián MacGregor”</b>        | VARIOS                                  | 4             | Violencia en la Pareja                 | 10                            |
|                                      |   |               | Violencia y Separación de la Pareja    | 10                            |
|                                      |   |               | Violencia en la Pareja                 | 8                             |
|                                      |   |               | Conflicto entre la pareja e hijos      | 6                             |

Es importante resaltar que de la mayoría de las familias acudieron por conflictos con la pareja, violencia intrafamiliar y conflictos con los hijos. Así las familias atendidas,

fueron una muestra representativa de la población, debido a que presentaron las problemáticas más comunes en México.

## **2. Caracterización de los escenarios de trabajo clínico**

A continuación describiremos los escenarios en los que se realizaron prácticas clínicas supervisadas, que incluyen diversos espacios de la Facultad de Psicología de la UNAM, y centros de atención que tienen convenio con la Coordinación de Centros de Atención a la Comunidad de la Facultad.

### *2.1. Descripción de los Escenarios*

#### a) El Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”

---

Fue inaugurado en 1982, por la Dra. Graciela Rodríguez, Directora de la Facultad de Psicología. Inicialmente estuvo adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado, adquiriendo su autonomía en 1983.

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

*Población:* Se atiende a público en general, personas que trabajan y estudian en la UNAM, así como personas derivadas de diversas instituciones como: Hospitales psiquiátricos, Escuelas públicas o privadas, DIF, CENDIS, entre otros.

*Ubicación:* Sótano del Edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología (Edificio “D”), con dirección en Av. Universidad 3004. Con un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 19:00. Cuenta con 26 cubículos dónde se realizan entrevistas individuales y de diagnóstico y 3 cámaras de Gesell (con espejo unidireccional, circuito de televisión cerrado, audio, sonido, sillones y sillas).

*Los servicios que ofrece son:* pre-consultas, canalización, aplicación de pruebas psicométricas, terapia individual, terapia infantil, terapia para adolescentes, terapia

cognitivo conductual, terapia familiar y de pareja, impartición de diversos talleres a la comunidad y terapia on-line.

#### b) Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”

---

Fundado en mayo de 1981 con el nombre de “Dr. Oswaldo Robles”, pero debido a que el Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro promovió su fundación, se le pone su nombre tras de su fallecimiento. Depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la Facultad de Psicología de la UNAM.

*Objetivos:* Brindar diversos servicios psicológicos a la comunidad, de tal manera que se creen programas preventivos y de intervención, considerando las principales problemáticas de la población. Incorporar a los estudiantes de la Facultad de Psicología de diferentes niveles en la práctica profesional del área, de tal forma que puedan desarrollar nuevas habilidades terapéuticas; bajo la supervisión de docentes pertenecientes al área que de competencia.

*Población:* En su mayoría son personas de las colonias cercanas: Díaz Ordaz, El Reloj, Ajusco, Candelaria, Santa Úrsula Coapa y Santo Domingo; las problemáticas más recurrentes encontradas son: problemas familiares, de pareja, conducta de los hijos, aprendizaje, escolares, adicciones, depresión, ansiedad, violencia, manejo de las emociones, etc.

*Ubicación:* Calle Tecacalco, Mz. 21, Lt. 24, Col. Ruíz Cortínez, Del. Coyoacán. Con un horario de atención de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 hrs. Cuenta con 2 cámaras de Gesell, un salón de usos múltiples, sala de lectura, dos cubículos para uso de terapeutas, sala de cómputo, 5 cubículos y sala de juntas con circuito cerrado.

*Servicios:* presta atención psicológica a través de programas dirigidos a la niñez, adolescencia, adultez y tercera edad, en áreas como adicciones, violencia, atención educativa, salud sexual y reproductiva, relaciones familiares y trastornos de la alimentación. A nivel preventivo tienen talleres, conferencias, ciclos de cine debate, pláticas informativas, etc. Los servicios terapéuticos a nivel individual, familiar o grupal

con diferentes enfoques psicológicos como el sistémico, el humanista, gestáltico, cognitivo conductual y psicodinámico.

### c) Centro Comunitario “Los Volcanes”

---

El Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (CCAP), fue inaugurado el 26 de noviembre de 2004; como parte de un convenio establecido entre la Facultad de Psicología de la UNAM, y el movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, A.C.

*Objetivos:* Proporcionar atención psicológica con personal preparado para realizar una labor profesional de alto nivel, con la intención de elevar la calidad de vida de los habitantes de la comunidad que les permita contar con más recursos para prevenir, enfrentar y solucionar necesidades en el campo de la salud mental comunitaria, en los niveles individual, familiar y social. También, contribuir a la formación profesional de estudiantes de la carrera de Psicología, mediante su participación en actividades preventivas, de intervención psicoterapéutica y de investigación, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia.

*Población:* Habitantes de la comunidad aledaña al Centro “Los Volcanes”, al Sur de la ciudad.

*Ubicación:* Calle Volcán Cofre de Perote, Esquina Volcán Fujiyama S/N. Col. Los Volcanes, delegación Tlalpan.

*Servicios:* El Centro Comunitario los Volcanes ofrece atención clínica a niños, adolescentes, adultos y desde hace un poco más de seis meses el servicio también se presta a familias; este servicio abarca: Evaluación y diagnóstico, Orientación individual y familiar, Psicoterapia individual, Psicoterapia de pareja, Terapia de niños: juegos, psicoterapia y terapia de integración sensorial, Psicoterapia Familiar, Psicoterapia de grupo, Intervención en crisis; y actividades de prevención como: conferencias, talleres y asesoría a instituciones.

#### d) Centro Comunitario San Lorenzo

---

Es una Institución de asistencia privada, que surge de la labor de Luz Bringas Robles, quién crea en 1935 la Fundación Luz Bringas y Ma. De los Ángeles Haghenbeck de la Lama. Finalmente en 1992 se da la fusión y el surgimiento de la Fundación Bringas-Haghenbeck, I.A P. La construcción del Centro Comunitario San Lorenzo, se consolida gracias al esfuerzo de diversos donantes, e inicia actividades en 2004.

*Objetivos:* Sostener, promover y apoyar establecimiento en beneficio de niños, jóvenes y adultos con el fin de mejorar su calidad de vida.

*Población:* Personas de la zona Oriente de la Ciudad de México.

*Ubicación:* Calle de la Estrella y Nautla, en la Colonia San Lorenzo, cerca del Cerro de la Estrella, en la Delegación Iztapalapa.

*Servicios:* Tiene oferta en áreas como: Educación contando con jardín de niños, primaria, secundaria, cursos de formación técnica en secretariado, belleza, cocina y computación; Salud, a través de consulta de medicina general y oftalmología; Psicología, brindando atención a niños, adolescentes, adultos, familias y parejas; Servicios a la comunidad, como trabajo social y la biblioteca; y Deporte/Recreación, cuenta con escuela de fútbol, clases de baile, actividades artísticas.

#### e) Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

---

Surge de la necesidad de dar al niño con trastornos mentales una atención diferente a la del adulto, por iniciativa de un grupo de médicos encabezados por la Dra. Mathilde Rodríguez Cabo, se crea un pabellón exclusivamente para niños. Al cierre de "La Castañeda", se separan adultos y niños, entonces se construye el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Su primer director fue el doctor Jorge Velasco Alzaga. En su inicio tenía una capacidad de 220 camas.

*Objetivos:* Tratar los problemas de salud mental que presentan niños y adolescentes, desde un modelo multidisciplinario tomando en cuenta la edad, sexo y el padecimiento del paciente.

*Ubicación:* Calle San Buenaventura 86. Colonia Belisario Domínguez, en la Delegación Tlalpan.

*Servicios:* Fue diseñado con un área de consulta externa y un área de hospitalización.

La consulta externa cuenta con 7 clínicas:

- **Clínica del Desarrollo:** Atiende a población menor de 18 años con alteraciones del desarrollo (retraso mental y niños con alto riesgo).
- **Clínica de las emociones:** Atiende a menores entre los 6 y 12 años, con trastornos del humor como: ansiedad, depresión, fobias o reacciones de adaptación.
- **Clínica de los Trastornos de la Conducta:** Atiende a menores entre los 6 y 12 años, que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hiperkinéticos, trastornos del comportamiento social y trastorno disocial.
- **Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual):** Atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemas secundarios al abuso sexual.
- **Clínica de Adolescencia:** Atiende a menores entre 12 y 17 años, que presentan padecimientos diagnosticados en la adolescencia o en etapas más tempranas como son: Trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria.
- **Psiquiatría legal:** Atiende a menores de edad que son referidos de juzgados para realizar peritajes psicológicos o psiquiátricos.
- **Hospital de Día:** Atiende a niños con trastornos generalizados del desarrollo, como el autismo.

Los servicios de urgencias y hospitalización atienden los 365 días del año durante las 24 horas., cuenta con dos unidades especializadas:

- **Paidea:** Atiende a personas de ambos sexos que presentan problemas de farmacodependencia, con actividades diversas como educación física, terapia ocupacional, además de las que cubre su tratamiento. Esta unidad atiende de las 8 a las 16 hrs. De lunes a viernes.
- **Unidad de Adolescentes para Varones y Mujeres:** Se atiende a adolescentes, hombres y mujeres por separado, con trastornos psiquiátricos graves (depresión,

psicosis, intentos suicidas y trastornos severos de la conducta) que requieren hospitalización para su manejo.

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

## **2.2. Explicación del trabajo en los distintos escenarios de trabajo clínico.**

La intervención y prácticas supervisadas del equipo de la Residencia, fue en diversas modalidades. Tanto en el Centro Comunitario “Guillermo Dávila”, como en el “Julián MacGregor”, se contó con los 10 psicólogos inscritos de la residencia en Terapia Familiar y un supervisor. Se trabajó en coterapia (con dos alumnos de la residencia, o con un alumno y un supervisor), con un solo terapeuta al frente y el resto del equipo y el supervisor del otro lado del espejo. Dependiendo del modelo que se estuviera revisando y tomando en cuenta las necesidades de todo el sistema terapéutico, el supervisor y/o algunos miembros del equipo entraban a dar mensajes durante la sesión. En los modelos posmodernos se trabajó a través de equipos reflexivos, con un terapeuta a cargo, pero el grupo completo estaba dentro de la sesión con los consultantes y participaba en una etapa de la sesión.

Generalmente las sesiones terapéuticas se dividían en Pre-sesión (se discutían aspectos teórico-metodológicos del caso, se establecían los objetivos de la sesión, y se diseñaban intervenciones), sesión, intercesión (se compartían las visiones del otro lado del espejo y dependiendo del modelo, se estructuraban mensajes o prescripciones), y post-sesión (se daba retroalimentación, sobre lo ocurrido y los supervisores en ocasiones sugerían alguna revisión teórica o bien daban orientación sobre el rumbo que pudiera tomar la terapia).

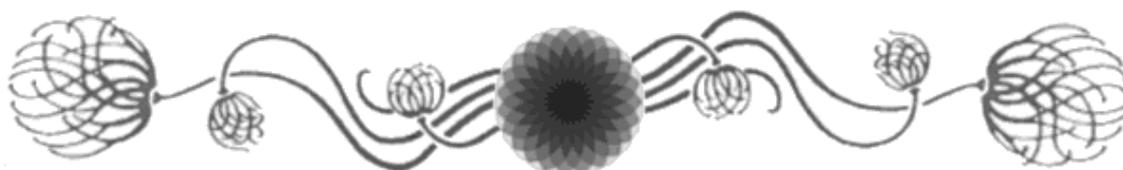
En el Centro Comunitario “San Lorenzo”, por las condiciones físicas del espacio y las necesidades de la comunidad, hubo varias modalidades: Inicialmente se dividió el grupo en 2 equipos de 5 miembros cada uno, y se trabajó en coterapia, permaneciendo los otros 3 miembros del equipo en el salón, se hacía la pausa para comentar el caso, y

finalmente se hacía la post-sesión para darnos retroalimentación. Después, dependiendo de las necesidades de la familia, se trabajó de forma individual o por parejas, haciendo supervisión narrada.

En el psiquiátrico se trabajó en, Consulta Externa y PAIDEIA, algunos casos se trabajaron en coterapia y otros de manera individual, en estas sedes no se contó con supervisión como tal, solo se comentan los casos con las profesionales a cargo, si se tienen dudas al respecto, pero la mayoría de los casos eran revisados por supervisores de la Facultad.

Finalmente, en el Centro Comunitario “Los Volcanes”, la modalidad de atención es: está mediadas por filtros de selección, que incluyen, llamar para hacer cita, evaluación, tratamiento o canalización, según se requiera. La asesoría del caso es por parte del supervisor asignado a cada alumno a través de supervisión narrada.

*A manera de conclusión de este capítulo*, es importante hacer una breve reflexión, las Terapias Familiares Sistémicas y Posmodernas pueden incidir positivamente en los retos de la sociedad mexicana, y dar una respuesta a las diversas configuraciones familiares que acuden a consulta. Desde esta mirada, *los terapeutas familiares sistémicos o posmodernos, tenemos una función social, donde nuestro decir y actuar no es inocente*. Cuando se dice que la terapia es un espacio que da la bienvenida a **las familias**, y no a “La Familia”, se incluye a las diversas configuraciones familiares (nucleares, monoparentales, extensas, de filiación, homosexuales, etc.), asumiendo que se participa en la construcción de realidades que incluyen a las personas que conforman estas familias. Dando ciudadanía a la diversidad, se valida también la experiencia.





## CAPÍTULO 2.

### MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO



*“Si contemplamos profundamente la naturaleza de la realidad, advertiremos que no hay en ella nada que se cree, ni nada que se destruya.*

*El nacimiento y la muerte no existen.*

*El nacimiento es un concepto, como también lo es la muerte, y ninguno de los dos puede aplicarse a la realidad”. Thich Nhat Hanh*

#### INTRODUCCIÓN.

*¿Cómo hacer la transición de una epistemología centrada en lo intrapsíquico a otra centrada en la interacción?* Fue una pregunta recurrente durante la residencia y aún me atrapa: cuando estoy frente a una persona, pareja o familia ¿mis preguntas, mirada e intervenciones son sistémicas? Me sigo esforzando para que así sea.

Se puede partir reconociendo que mi formación académica, al igual que la de mis compañeros de la residencia, se gestó en el paradigma de la ciencia moderna, que busca eliminar la complejidad de la realidad, poniendo el acento en el pensamiento disyuntivo y reduccionista que separa y divide al todo. Que desintegra al cosmos con su exagerado énfasis en la especialización hasta llegar a saber como decía Ortega y Gasset, cada vez más de menos (Morín, 1994).

Tal vez es el momento de compartir que el interés por las Terapias Familiares Sistémicas y Posmodernas surgió, parafraseando a Erikson, de que la gente no acude a terapia necesariamente para esclarecer un pasado inmodificable, sino porque tienen un malestar en el presente y desean cambiar o construir el futuro. El interés creció, cuando supe que se trataba de un enfoque que introdujo una revolución copernicana en la imagen que se tenía de las personas que acudían a terapia, de la explicación sobre la naturaleza de sus problemas y por supuesto en la forma de manejarlos.

Partiendo de estas ideas, la intención del capítulo es recuperar las premisas que sostienen el Pensamiento Sistémico y Posmoderno, para iniciar una conversación que mantenga viva la teoría, vigentes las preguntas, activa la mirada y la forma en que se explican y entienden algunas realidades posibles.

En este capítulo inicialmente se hará un breve recorrido por la historia de la terapia familiar, después se explorarán las premisas de la Epistemología Cibernética, donde se hablará de la Teoría General de los Sistemas y la Pragmática de la Comunicación. Enseguida se abordará la Epistemología Posmoderna, enfatizando las premisas Constructivistas y del Constructivismo Social. Finalmente se hará un recorrido por los Modelos de las diferentes Terapias Familiares Sistémicas y Posmodernas, que incluirá a sus principales precursores, representantes y premisas. El objetivo es ambicioso, y por tal motivo, es importante aclarar que no se hará un análisis exhaustivo, el espacio no lo permite.

## **1. Análisis Teórico Conceptual**

---

Inicialmente las escuelas de Terapia Familiar Sistémica fueron desarrollando sus ideas, conceptos y teorías de forma independiente, basadas en diversas epistemologías. Sin embargo, la mayoría acepta que sus postulados se derivan esencialmente en la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y la Epistemología Cibernética de Primer Orden. Posteriormente se desarrollaron las terapias con enfoque Posmoderno, que siguen algunas líneas conceptuales del pensamiento sistémico, pero están fuertemente influidas por la Cibernética de Segundo Orden, el Constructivismo y el Construccinismo Social.

El contexto histórico, político y social, juega un papel preponderante en el surgimiento y consolidación de cualquier tradición científica, y en el caso de las Terapias Sistémicas y Posmodernas ocurre de la misma forma. Este es el motivo por el que la historia y la epistemología de las Terapias Familiares Sistémicas y Posmodernas, aparecen juntas en este apartado, y me permito citar a Molina, cuando menciona: *“Considero que para conocer a profundidad cualquier cosa, es menester conocer su historia, las vicisitudes que la han llevado a ser lo que es, una ciudad, un país, una persona y desde luego, una disciplina científica no se entiende sin conocer su historia, (...) nuestra idea de historia de la ciencia implica incluir en ella el marco filosófico en que se apoya. (...) Al historiar una tradición científica, forzosamente tenemos que referirnos a la cosmovisión*

*en que se sustenta, a su idea de realidad, su ontología, su forma de aproximarse a su objeto de estudio, cuando hacemos esto, estamos hablando de sus bases filosóficas”* (Molina, 2014).

### **1.1. Historia de las Terapias Familiares Sistémicas**

---

Como parte del espíritu de la época, se encontró que algunos **pioneros de la Terapia Familiar**, estaban en Alemania con los estudios de la familia de Hirschfeld (entre 1929 y 1932). En EUA, Popenoe (1930) abre la clínica del Instituto Estadounidense de Relaciones Familiares, en Los Ángeles, California; más tarde Abraham y Hannah Stone (1949) publican su experiencia en una clínica en Nueva York, pocos meses después de la publicación de Popenoe; en Filadelfia la Dra. Mudd (1932), se dedicó en su clínica a la investigación de la Terapia Familiar, convirtiéndose en la primera en desarrollar un sistema de evaluación. Finalmente el 20 de junio de 1942, se funda la AAMC, (*American Association of Marriage Counselors*) (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Los **precursores de la Terapia Familiar**, cada uno por su cuenta, hicieron descubrimientos y paulatinamente los fueron compartiendo: el primero John Bell, fue conocido como “El padre de la terapia familiar moderna”, porque atendía a la familia de forma conjunta. Por otra parte Ackerman, en la década de los 30’s con su experiencia con mineros, pensó que los problemas emocionales se generan en la interacción familiar, el medio que los rodea y la dinámica de la psique. Lidz (1941), fue el primero en explorar el rol de los padres en el proceso de la esquizofrenia, y en descubrir las relaciones destructivas entre los padres e hijos. Whitaker, por su cuenta, desarrolló sus técnicas de lo absurdo con familias.

Además, en el ambiente intelectual estaban las **Conferencias Macy**, que iniciaron el 11 de mayo de 1942, con el apoyo de la Fundación Macy, auspiciada por Josiah Macy Jr, cuya intención era promover la salud y la investigación. La primera conferencia llamada “Inhibición cerebral” y reunió a grandes teóricos. En esa ocasión fueron el centro de atención: Norbert Wiener, Arturo Rosenblueth y Julian Bigelow, con un trabajo en conjunto sobre la importancia de los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional. La conferencia también contó con la participación de John von Neuman, Kurt Lewin, John Ashby, Gregory Bateson, Margaret Mead y Heinz Von Foerster, entre otros. Para quienes estas conferencias eran un punto de reunión y de

discusión sobre los trabajos que estaban desempeñando en sus diversos campos de investigación (Goldenberg y Goldenberg, 1996; Vargas, 2004).

Las conferencias se interrumpieron por el inicio de la Segunda Guerra Mundial, pero, se reanudaron en 1946, para seguir trabajando sobre las propuestas de Rosenblueth. El 8 y 9 de marzo se inició un nuevo ciclo llamado “Los mecanismos de retroalimentación y los sistemas de causalidad en la biología y las ciencias sociales”. En estas conferencias Bateson adoptó la perspectiva de una epistemología cibernética (Vargas, 2004).

Teniendo estos trabajos como telón de fondo, al finalizar la Segunda Guerra Mundial (1945), surgieron las Terapias Familiares Sistémicas propiamente dichas. Debido a que el ambiente de la posguerra, en Estados Unidos, generó que los servicios de salud públicos no se dieran abasto con la demanda de especialistas de salud mental para los veteranos. En esa época, en las instituciones se atendía con psicoanálisis individual, pero el momento requería la intervención de los individuos con sus familias (Goldenberg y Goldenberg, 1996).

Por otra parte, Hoffman (1998) señala que el movimiento familiar inicia a mediados del siglo XIX, con la fundación del **Mental Research Institute (MRI)** de Palo Alto (California), donde trabajaron: Don D. Jakson, Gregory Bateson, William F. Fry, Jay Haley, Robert E. Kanton, Jules Riskin, Virginia Satir, Paul Watzlawick, John H. Weakland, entre otros.

Haley y Weakland se unieron al grupo en 1952. Por su cuenta Haley, había establecido contacto con Milton Erickson, convirtiéndose en el mejor expositor de sus teorías. De este modo los modelos Ericksonianos de la teoría estratégica y el uso de la paradoja, fueron la piedra angular de la terapia familiar. Posteriormente ingresó al grupo Don D. Jakson, como psiquiatra consultante, quien tenía el objetivo de seguir sus estudios sobre niños esquizofrénicos y su comunicación con la madre.

El equipo formado por Haley, Bateson, Jakson y Weakland (1956), generó el informe psiquiátrico, “*Hacia una teoría de la esquizofrenia*”, donde incluyeron el concepto de “doble vínculo”, como la causa de la esquizofrenia en los niños.

En esta época, en la clínica Meninger, Bowen y Midelfort fueron de los primeros psiquiatras en hospitalizar a las familias completas. Bowen proponía que la familia del

esquizofrénico, es una masa indiferenciada, que no puede moverse independiente de los demás o del todo (Hoffman, 1998).

Por su parte, Minuchin y Auerswald en el programa de delincuentes menores, bajo el apoyo y supervisión de Ackerman iniciaron un programa muy ambicioso: *“la dinámica de las familias pobres”*. Trabajaron el equipo *on line*, donde un grupo que estaba en la cámara de Gesell interrumpía las sesiones para hacer prescripciones. A partir de su experiencia surge el enfoque Estructural.

Del otro lado del mundo, en Italia, bajo la influencia de las ideas de Bateson, en particular y del MRI en general, Mara Selvini Palazzoli, junto a Boscolo, Prata y Cecchin, fundaron el Instituto de la Familia en Milán (1967). Este equipo desarrolló técnicas cortas de intervención, con personas que padecían anorexia, bulimia y depresión principalmente.

Finalmente, en México la Terapia Familiar, aparece como un paradigma emergente después de la segunda mitad de los 60's, en respuesta al dominio en clínica de grupos psicoanalíticos. El Dr. Raymundo Macías, Lauro Estrada y Roberto Derbez crean el primer posgrado de Terapia Familiar Sistémica en la Universidad Iberoamericana (1969), después funda el IFAC. Mariano Barragán fundó el Instituto Mexicano de la Familia (1975), que hoy es IMP; mas tarde, inicia la Maestría en la UDLA (1980). El Dr. Ignacio Maldonado funda ILEF (1984). Después aparecen: PERSONAS (1980); IMTB (1986); y CENCALLI (1987).

En 1989, se organiza el Primer diplomado en la UNAM; en febrero de 1981 se crea la AMTF, quien unificó y revisó programas de los diferentes institutos; finalmente la Universidad Nacional Autónoma de México (2000) abre la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, convirtiéndose en el principal programa de formación, en México. Desde 2001, se imparte tanto en la Facultad de Psicología, como en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Es importante resaltar que pertenece al Padrón de Excelencia del CONACyT.

Después este breve recorrido histórico, se evidencia que la Terapia Familiar en pocos años se convirtió en un modelo de atención de gran impacto en México y diversas partes del mundo.

## 1.2. Epistemología Cibernética

---

*“La tarea más importante de hoy es, tal vez, aprender a pensar de una nueva manera”. Bateson.*

En este apartado se abordará la epistemología de la Terapia Familiar Sistémica y las principales teorías que sirvieron de base para los diferentes modelos, que en este reporte aparecen dentro de la Modernidad.

La **epistemología**, es un conjunto de reglas usadas para pensar por grandes grupos de personas para definir la realidad, cuyo objetivo es averiguar *cómo* las personas o sistemas de personas conocen las cosas, y cómo ellas piensan que conocen esas cosas. La **Epistemología Cibernética**, se desarrolló a partir de las aportaciones de N. Wiener, y se basa en el supuesto de que las funciones de control, intercambio de información y procesamiento de la información siguen los mismos principios sea en las máquinas, organismos o estructuras sociales. Procura establecer de qué manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden. Con la intención de entender cómo se construye el conocimiento. El acto básico de la epistemología es **la creación de una diferencia**. En este sentido, el lenguaje es el cuchillo epistemológico con el que cortamos el mundo. Solo al distinguir una pauta de otra, somos capaces de conocer nuestro mundo. Finalmente el mundo puede discernirse de infinitas maneras según las distinciones que uno establezca. **La epistemología cibernética es la ciencia de la pauta y la organización** (Keeney, 1987; Auerswald, 1990). En el cuadro 3 se presentan los tres grandes momentos de la Epistemología Cibernética.

| <b>C 3. LAS TRES ETAPAS DE LA EPISTEMOLOGÍA CIBERNÉTICA</b>                     |  |
|---|--|
| <b>Cibernética de primer orden (primera etapa), de los sistemas observados.</b> | El sistema observado se considera separado del observador, se enfoca en que los sistemas mantienen su organización (homeostasis) por retroalimentación negativa (morfostasis). |
| <b>Cibernética de primer orden (segunda etapa)</b>                              | Se basa en la forma en que los sistemas cambian su organización por retroalimentación positiva (morfogénesis) en los procesos de desviación y ampliación.                      |
| <b>Cibernética de segundo orden, de los sistemas observantes.</b>               | Considera al observador como parte de la realidad observada a través de la autorreflexión, autonomía, recursividad y neutralidad.  |

La Cibernética de primer orden en su primera etapa, daba cuenta de cómo funcionaban los sistemas independientes del observador, y se pensaba que a través de la retroalimentación los sistemas tendían a mantener la estabilidad. Considerando que los síntomas de la familia, eran una forma de volver al equilibrio para mantenerse estables. La segunda etapa de la Cibernética de primer orden, ya considera que hay dos tipos de retroalimentación en los sistemas: la morfostasis (que explica la estabilidad) y la morfogénesis (que explica el cambio). Desde esta perspectiva los terapeutas dejan de suponer que el síntoma tiene una función de autocorrección del sistema.

Finalmente la Cibernética de segundo orden, o **cibernética de la cibernética**, considera a los sistemas observados, e incluye al sistema de los observantes. Reconociendo de este modo que el observador con su sola presencia afecta y es afectado por el sistema del que es parte. Los modelos terapéuticos informados por esta meta-cibernética, incluyen al terapeuta, como parte del sistema de interacción de la familia, son los modelos posmodernos quienes asumirán esta postura.

De este modo, la Epistemología Cibernética y la Teoría General de los Sistemas, contribuyeron a la conformación de un nuevo paradigma científico, transformando las ciencias duras, pero su impacto en ciencias sociales trajo una nueva mirada a la realidad, que reta las explicaciones lineales (causa-efecto). Ponen atención en la interacción que ocurre entre las partes y específicamente, en la interacción del sistema familiar. Se dice rápido, pero implicó una auténtica revolución, dado que, no solo cambió la forma de pensar sobre la realidad, sino que impulsó nuevos temas de investigación y amplió el tipo de explicaciones que hasta ese momento se daban del mundo.

Sin embargo, se debe aclarar, las Terapias Familiares Sistémicas y Posmodernas, no sustituyeron a los antiguos paradigmas en psicología, vinieron en cambio, a ampliar la visión y a ofrecer otros modelos del mundo que dan cuenta de la realidad y permiten intervenir en ella de un modo distinto, en este sentido Jorge Molina comenta: *“los anteriores paradigmas de la psicología, son muertos que gozan de cabal salud”* (Molina, 2014). Es decir, los avances de las Terapias Familiares Sistémicas y Posmodernas conviven con las investigaciones y preguntas de las corrientes anteriores de pensamiento en psicología.

## *Teoría General de los Sistemas*

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, los movimientos políticos, sociales y económicos, también gestaron cambios en el clima intelectual que permitieron la construcción de nuevos modelos y generalizaciones abstractas. En este contexto la **Teoría General de Sistemas (TGS)** desarrollada por Ludwing von Bertalanffi en 1968, no estaba sola, respondía a una tendencia de pensamiento moderno (Hoffman, 1987). Para comprenderla, es importante mencionar las fuentes que le influyeron: el principio de retroalimentación de la cibernética; la teoría de la información, que considera que es una magnitud medible, retomando los principios de transmisión; la teoría de los juegos, que analiza la competencia racional en pos de una ganancia máxima y pérdida mínima; la teoría de la decisión, que analiza elecciones racionales dentro de organizaciones humanas, para evaluar las posibles consecuencias; la topología, que habla de campos no métricos, como teorías de redes y de las gráficas; y análisis factorial, a través del análisis matemático de fenómenos multivariantes.

La TGS, enfatiza la relación entre los elementos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual intrínseca. Particularmente aplicada a la terapia familiar, transforma el modo de describir los problemas del comportamiento y de sus relaciones, basados en la siguiente premisa: *El pensamiento contextual y la organización sistémica circular, esto es, la conducta de un miembro de la familia afecta o está relacionada con el número de miembros de la familia* (Bertalanffi, 1991). Para el pensamiento sistémico, no hay ni existe la familia normal, cada familia tiene el derecho y la libertad de vivir su propia verdad y razón.

Desde esta perspectiva, la **familia se entiende, como un todo orgánico, un sistema relacional, que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales.** Cuyas propiedades son:

- **Totalidad:** dentro de la familia la conducta de cada individuo está relacionada con la de los otros y depende de ella. Toda conducta es comunicación y, por ende, influye sobre los demás y sufre la influencia de éstos.
- **No sumatividad:** El análisis de la familia no es la suma del análisis de sus miembros individuales. Hay características del sistema, es decir, patrones interaccionales que trascienden las cualidades de los miembros individuales.

- **Retroalimentación y homeostasis:** El sistema actúa sobre las entradas al sistema familiar y las modifica. Debe examinarse la naturaleza del sistema y sus mecanismos de retroalimentación así como la naturaleza de la entrada. La homeostasis es identificada con estabilidad o equilibrio, no sólo aplicado a la familia sino a otros campos.
- **Calibración y funciones escalonadas:** Calibración, es la regulación del sistema, equivalente al concepto de regla. En las familias con funciones escalonadas ejercen un efecto estabilizador. Los cambios internos virtualmente inevitables pueden modificar la regulación del sistema, sea gradualmente desde dentro o de manera drástica desde afuera, según el medio social incida sobre esos cambios (Watzlawick, Beavin, y Jackson, 1985).

Desde esta mirada, la misión del terapeuta es comprender el problema en términos relacionales, mediante la contribución de todos los miembros de la familia y trazar en su mente un mapa de la estructura familiar como resultante de las interacciones más significativas, tanto intra como extrafamiliares.

#### *Pragmática de la Comunicación Humana*

Después de las conferencias Macy (1950), Bateson recibe fondos de la Fundación Macy para hacer investigación sobre la comunicación en animales, como base para el desarrollo de una teoría general de la comunicación. Empieza a conformar su equipo y finalmente en 1959 se funda el MRI, inicialmente se preguntaban **¿Por qué las personas con esquizofrenia mejoraban en internamiento psiquiátrico y tratamiento psicoterapéutico y recaían cuando regresaban a sus hogares?** Entre otros factores, encontraron que volvían a ser víctimas de instrucciones paradójicas, conocidas también como “doble vínculo” o “doble atadura”. Los creadores de esta teoría, Bateson, Jackson, Haley y Weakland. Describieron los efectos de la paradoja en la interacción humana en un trabajo publicado en 1956, titulado: *“Hacia una Teoría de la esquizofrenia”*. Este grupo de investigadores estudió el fenómeno de la comunicación esquizofrénica, no desde el punto de vista intrapsíquico sino desde la perspectiva de la interacción interpersonal, llegando a la conclusión de que no existen esquizofrénicos sino familias con interacciones esquizofrenizantes. Entonces, elaboraron la teoría del doble vínculo que explicita esa interacción.

El doble vínculo tiene los siguientes ingredientes (Watzlawick, et al 1985):

1. Dos o más personas participan en una relación intensa que posee un gran valor para la supervivencia física o psicológica de una, varias o todas ellas.
2. En ese contexto se da un mensaje que está estructurado de tal modo que
  - a. Afirma algo,
  - b. Afirma algo de su propia afirmación y
  - c. Ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes.

Así el mensaje es una instrucción, que es necesario desobedecer para obedecerlo.

3. Se impide que el receptor del mensaje se evada del marco establecido por ese mensaje, sea metacomunicándose (comentando) sobre él o retrayéndose. El receptor no puede dejar de reaccionar a él, pero tampoco puede reaccionar a él de forma apropiada (no paradójica), pues el mensaje mismo es paradójico.

En este tenor, Bateson (1991) agrega:

4. Hay una *experiencia repetida*, donde el doble vínculo es un tema recurrente en la experiencia de la víctima.
5. Hay un *mandato primario negativo*.
6. Hay un *mandato secundario* que está en conflicto con el primero, y que está reforzado por castigos o señales que enuncian un peligro de supervivencia.
7. Hay un *mandato negativo terciario* que prohíbe a la víctima escapar.

Es importante mencionar, al mismo tiempo que la paradoja o doble vínculo, es la comunicación que atrapa al paciente y lo enferma, y también posee un enorme potencial terapéutico cuando se usa para la solución de problemas en psicoterapia. Así surgió la prescripción del síntoma, como una técnica del tipo doble vínculo, destinada a eliminarlo. Un doble vínculo terapéutico, desde el punto de vista de la estructura, es la imagen en espejo de uno patógeno.

Es en “Pragmática de la comunicación humana” escrito en 1967, donde Watzlawick, Beavin y Jackson presentan sus aportaciones a la teoría de la comunicación, con premisas de la Teoría General de los Sistemas y la Epistemología Cibernética.

En esta publicación, la atención sigue centrada en la comunicación paradójica, definiendo a la paradoja como: *una contradicción lógica que resulta de deducciones congruentes a partir de premisas correctas* (Watzlawick, et al 1985 p. 212).

La comunicación es la conducta que afecta a las personas en su interacción, compuesta por: la Sintáctica (el modo de transmitir la información y las pautas de decodificación), la Pragmática (la forma en que la comunicación afecta la conducta) y la Semántica (el significado de la comunicación). La comunicación también posee propiedades de naturaleza axiomática, que llevan implícitas consecuencias en el estudio de las relaciones humanas.

Los Axiomas de la Teoría de la Comunicación Humana, son propiedades simples de la comunicación, que encierran consecuencias interpersonales (Watzlawick, et al 1985) y los mencionamos a continuación:

- I. No es posible no comunicar.
- II. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.
- III. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
- IV. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.
- V. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.

Para concluir, es importante mencionar que Bateson y el equipo del MRI, informados de la Epistemología Cibernética y de la Teoría General de los Sistemas, ofrecieron las bases de las Terapias Familiares Sistémicas, influyendo en la forma de ver a las familias, sus problemas, sus recursos, sus marcos de referencia, las tácticas y técnicas de intervención, todo esto con miras a promover el cambio.

### 1.3. Epistemología Posmoderna

---

*“En el espacio de la reflexión somos siempre responsables de nuestras acciones, porque siempre tenemos la posibilidad de darnos cuenta de lo que hacemos. Además, el cómo somos es siempre el presente de nuestra historia. Somos como hemos vivido. Cuando reflexionamos y nos damos cuenta de las consecuencias de nuestras acciones, somos responsables de ellas. Más aún las cosas no pasan sin que tengan que ver con nosotros. H. Maturana.*

#### **Posmodernidad**

En este apartado se expondrán algunas ideas que dan sustento al pensamiento posmoderno, haciendo énfasis en el Constructivismo y en el Construccinismo Social, cuyas premisas han influido en los modelos Posmodernos de Terapia Familiar.

Para Lyotard (1987), la posmodernidad es un profundo escepticismo sobre la validez universal de los componentes narrativos singulares o versiones teóricas de cada situación humana. A pesar de tratarse de una condición existencial, es también una postura teórica que ha influido en diversas disciplinas, incluida la psicología y la psicoterapia.

Epistemológicamente hablando, la posmodernidad representa un desafío a la idea moderna que se tenía sobre el conocimiento, la sociedad, la cultura, la naturaleza del individuo y el conocimiento de la verdad. Rechaza abiertamente las *metanarraciones*, las grandes teorías psicológicas como el psicoanálisis, la psicología genética y propiamente la teoría sistémica. Desde la mirada posmoderna, no existe una verdad con valor absoluto, sino verdades que tienen un valor y una validez dentro de la comunidad que la construyó y de la que da cuenta (Bertrando y Taffanetti, 2004).

#### ***Algunas premisas epistemológicas***

Gergen es considerado el principal representante del Construccinismo Social, informado por la mirada posmoderna, considera que **el conocimiento** es en realidad un producto social. Terapeuta y cliente entablan una relación a la que ambos aportan recursos y en función de la cual pueden delinear el futuro. Existe un fuerte compromiso de ver el encuentro terapéutico como un hito para la generación creativa de significado.

La voz del cliente no es meramente un esquema auxiliar para reivindicar la narración predeterminada del terapeuta, sino que constituye un elemento fundamental de la realidad construida conjuntamente.

Considera que el desafío no es transformar la realidad sino trascenderla. Para poder hacerlo es necesario explorar la dimensión pragmática del significado narrativo. De esta manera se pregunta: ¿de qué manera ha de ser útil la narración? ¿cómo un lenguaje de la auto-comprensión guía, dirige o informa líneas de acción? A lo que tentativamente respondieron: usando la metáfora del lenguaje como lente, la construcción narrativa es un vehículo a través del cual se ve el mundo. A través de la lente de la narración el individuo identifica objetos y personas (McNamee y Gergen, 1996).

Desde esta perspectiva, la historia no es simplemente una historia: es también una acción situada, una representación con efectos de elocución. La historia actúa de ese modo para crear, mantener o alterar los mundos de la relación social. La consciencia posmoderna favorece un amplio relativismo en las expresiones de la identidad, metafóricamente, invita a formular una multiplicidad de explicaciones de la realidad, si bien se conoce la contingencia histórica y culturalmente situada en cada una de ellas. Desde esta postura se habla de realidades posibles (Bruner, 1996).

Por otra parte, no hay un Constructivismo, sino de **Constructivismos**, entre los que encontramos: el Constructivismo Radical, que tiene raíces racionalistas, y subraya el modo en que la gente construye la realidad, sus representantes son: Lévi-Straus, von Foerster y von Glaserfeld. También encontramos al Constructivismo, la versión más moderada, en la que la mente construye la realidad, pero dentro de una relación con el mundo externo, sus representantes son: Piaget y Kelly. Finalmente, tenemos al Constructivismo Social, que sostiene que si la mente construye la realidad en su relación con el mundo, el proceso mental es significativamente informado por las influencias de las relaciones sociales, sus representantes son: Vigotsky, Bruner y Moscovici, este último con sus trabajos sobre representaciones sociales. En síntesis los puntos clave de las terapias construccionistas son (Bertrando, 2004):

- ∞ El sistema no es una realidad de hecho, autónoma e independiente, sino una realidad de significado, producida, entre otras cosas, por el acto cognoscitivo del terapeuta.

- ∞ La metáfora hermenéutica de la historia y de la vida como un texto es un instrumento cognoscitivo eficaz para describir la vida.
- ∞ La verdad objetiva deja el espacio a una multiplicidad o pluralidad de ideas.
- ∞ La idea de la familia como sistema homeostático deja el campo a la visión de sistemas sociales generativos.
- ∞ En dichos sistemas, los estados de desequilibrio son útiles y normales.
- ∞ La familia es vista como un sistema social organizador de problemas que serán después mediados a través del lenguaje.
- ∞ La mutua construcción de lo real (clientes-terapeutas) es la metodología de base para la terapia.
- ∞ Nace una perspectiva “horizontal” en la que el terapeuta comparte la responsabilidad con el cliente, suplantando la idea de terapia jerárquica con un terapeuta/experto

En el cuadro 4, se resumen las semejanzas y diferencias del Constructivismo y del Construccinismo Social.

#### **C 4. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS DEL CONSTRUCTIVISMO Y EL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL**

|  |
|--|
| <p><b>SEMEJANZAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El saber es una construcción de la mente.</li> <li>• El conocimiento no es la representación fiel de una realidad independiente de nosotros.</li> <li>• Lo observado no es una entidad en sí misma y separada de quien observa.</li> </ul>   |
| <p><b>DIFERENCIAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el constructivismo la mente y la realidad construida residen en el sujeto, y están ligadas a una ontología lingüística que denomina identidad.</li> <li>• Mientras que para el construccionismo la mente y la realidad residen en las relaciones sociales y en la construcción de significado a través del lenguaje, participando de las diferentes formas de relaciones.</li> </ul> |

Ampliando este esquema, Hoffman (1996) señala, que tienen en común es que se oponen a la idea moderna de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. Sin embargo, las creencias representadas por el constructivismo promueven una imagen del sistema nervioso como una máquina cerrada. Según esta idea, las percepciones y los constructos toman forma a medida que el organismo se golpea contra su entorno. Los teóricos de la construcción social, por el contrario, creen que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el

lenguaje. Todo conocimiento, sostienen los construccionistas, evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente. Y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior.

La intención de enunciar estas distinciones, previo al análisis de los diferentes modelos de Terapia Familiar, es para brindar al lector un mapa que oriente su mirada, frente a la epistemología que subyace en los trabajos de los precursores y representantes de cada modelo.

## **2. MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LAS TERAPIAS FAMILIARES SISTÉMICAS Y POSMODERNAS**

---

En este apartado se expondrá el abanico de opciones de las Terapias Familiares Sistémicas y Posmodernas, se conocerá con más detalle a los representantes, sus influencias teórico-epistemológicas, premisas centrales y métodos de evaluación e intervención (en el caso de los modelos influidos por la modernidad). Para mostrar el recorrido teórico de los estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar.

### **2.1. Modelos Modernos**

En este primer bloque de los Modelos Modernos, se hará una breve revisión de los principales representantes, premisas teórico metodológicas, y técnicas/estrategias, propuestas por los modelos de Terapia Familiar Sistémica. Entre los que se encuentran: el Estructural, Estratégico, MRI, Milán y en Enfoque Centrado en las Soluciones. Estos modelos se caracterizan porque tienen como línea rectora, la mirada de la Epistemología Cibernética, la Teoría General de los Sistemas y la Pragmática de la Comunicación Humana. Donde las familias serán evaluadas y tratadas con protocolos que promuevan la brevedad de la terapia, con miras a generar cambios.

#### **a) Modelo Estructural**

---

*“La técnica no es la meta. La meta sólo se puede alcanzar si se deja de lado la técnica.” Minuchin.*

El modelo estructural fue desarrollado por Salvador Minuchin, Médico, Psiquiatra, judío, nacido en Argentina en 1921. Emigró a Estados Unidos, al inicio de los 60's. Desarrolla su trabajo teórico a partir de su práctica clínica con familias de poblaciones pobres y marginadas, y con familias con un miembro psicósomático (Hofman, 1998). Las críticas que ha recibido, giran en torno a que busca imponer su propio modelo de familia, sin considerar la diversidad de las familias.

La labor de Minuchin muestra una importante integración de la teoría, la práctica clínica, la investigación y la atención comunitaria, porque logró sistematizar y difundir sus ideas y hallazgos teóricos y metodológicos. Minuchin colaboró inicialmente en el Child Guidance Clinic de Filadelfia en Estados Unidos. Aquí trabajó con Jay Haley (quien después desarrolló su propio modelo, el estratégico), Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte, Berenice Rosman.

#### **Las Premisas de la Terapia Estructural (Minuchin, 1974):**

- ∞ La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por este por secuencias repetidas de interacción.
- ∞ Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de este sistema.
- ∞ Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o la familia de un paciente, su conducta se incluye dentro de ese contexto.

Minuchin (1998) considera que **la familia** es una unidad de desarrollo social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo de acuerdo a diferentes parámetros culturales. Es también, un factor significativo en el proceso de adaptación individual y social, determinando las respuestas de sus miembros a través de estímulos que externos e internos, finalmente, su organización y estructura califican las experiencias de las personas. Desde esta mirada, la patología se puede ubicar en el interior del paciente, en su contexto social, o en la retroalimentación entre ambos. *Los componentes a analizar* son: la estructura de la familia, el desarrollo a través del ciclo vital de la familia, y la adaptación de la familia a las circunstancias cambiantes de tal modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

En este sentido, la **estructura familiar** es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales y estas transacciones repetidas establecen las pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, finalmente estas pautas apuntalan el sistema. Dicha estructura cuenta con Sistemas de Coacción, que son genéricos e implican las reglas universales que gobiernan la organización familiar (por ej. La jerarquía de poder entre padres e hijos).

#### **Elementos de evaluación de la Estructura Familiar (Minuchin y Fishman, 1998):**

**Los subsistemas.** Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas: Conyugal (la pareja), Parental (a la llegada de los hijos), y Fraternal (hermanos).

**Los límites de un subsistema.** Son reglas que definen a los que participan y de qué manera, su función es proteger la diferenciación del sistema: Familias Aglutinadas, con límites sumamente rígidos; y Familias Desligadas: con límites difusos

**Las jerarquías.** Son las posiciones que ocupan los diferentes miembros de la familia en relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, marcan la subordinación o la supraordinación de un miembro respecto al otro: Función del poder y estructuras en las familias, diferenciación de roles, fronteras entre Generaciones.

**Las alianzas,** designan la afinidad positiva entre dos unidades de un sistema, es la percepción de la experiencia de dos o más personas unidas por un interés actitud o conjunto de valores en común.

**Las coaliciones,** ocurren cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema; generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero, a través del conflicto o la exclusión.

**Los triángulos,** tiene la función de equilibrar la relación entre varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas, es una relación diádica agobiada de conflictos, con el fin de incluir a un tercero, que resulta en el encubrimiento o desactivación del conflicto.

Dentro de la evaluación es importante considerar que la familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que siga funcionando, es decir, vive un ciclo vital que tiene como principales objetivos en cada etapa: Resolver las tareas o crisis que van confrontando a la familia en las subsecuentes etapas del desarrollo. Y aportar los complementos a las necesidades de sus miembros para lograr una satisfacción en el presente y una preparación segura y adecuada para el futuro.

Las etapas del ciclo de vida familiar, según McGoldrick:

- ∞ Los jóvenes libres, con la tarea de lograr la diferenciación de sí mismos, del programa emocional de su familia de origen.
- ∞ La pareja de recién casados: requiere que la pareja renegocie sus problemas personales y las relaciones con los padres, amigos y otros parientes.
- ∞ La familia con hijos pequeños: se requiere que hagan cambios, para convertirse en cuidadores, frecuentemente encuentran dificultad para establecer límites.
- ∞ La familia con adolescentes: que introduce una nueva era porque marca la redefinición de los hijos dentro de la familia y los roles de los padres en las relaciones con los hijos. Deben establecer límites permeables que permitan al adolescente experimentar grados progresivos de independencia.
- ∞ Lanzamiento de los hijos y continuación: cuando los padres deben dejar ir a los hijos casi 20 años antes de su muerte, deben replantear su proyecto de vida.
- ∞ La familia en vida posterior: con el objetivo de pensar en una vejez sana dentro de la familia y en su contexto social.

Para Minuchin es importante no perder de vista el hecho de que en el proceso de recoger información, quien investiga está dentro del sistema. Además la familia nunca es una entidad estática. Es preciso que el terapeuta avance hasta entrar en la efectiva danza de la terapia. Para lograrlo propone: la formulación de las primeras hipótesis; y la clasificación de los tipos de familia: de *pas de deux*, de tres generaciones, con soporte, acordeón, cambiantes, huéspedes, con padrastro o madrastra, con un fantasma, descontroladas, y psicosomáticas.

### **Técnicas**

Para Minuchin y Fishman (1998) las técnicas terapéuticas deben ser un arte, que involucra dos procesos estructurales, a tomar en cuenta durante la terapia:

**Acercamiento** (Joining): es el proceso de unión y acomodamiento, que tiene tres posibilidades: Posición cercana (Joining), Posición media (Tracking), y Posición alejada (Disengaged). En éste nivel, el terapeuta no participa como actor, sino como director. Se separa de la familia, observa y dirige.

**Técnicas de intervención:** (Cuestionamiento). La técnica es la vía para alcanzar el cambio, pero lo que le imparte rumbo es la conceptualización que el terapeuta hace sobre la familia y el proceso de cambio. El cuestionamiento pone de relieve la índole de la lucha dialéctica entre la familia y el terapeuta dentro del sistema terapéutico. El terapeuta reorganiza a la familia mediante el cuestionamiento de su organización: Reencuadre (*escenificación, enfoque y logro de intensidad*), Reestructuración (*fijación de frontera, desequilibramiento y enseñanza de complementariedad*), Construcción de la Realidad (*constructos cognitivos, intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia*).

**Técnicas de Diagnóstico.** Permiten al terapeuta, tener información, para comenzar a hacer hipótesis, y ponerlas a prueba en la realidad: Escenificación, Focalización, e Intensidad (*Repetición del mensaje, Repetición de interacciones isomórficas, Modificación del tiempo, Cambio de distancia, y Resistencia a la presión de la familia*).

**Técnicas de Reestructuración.** La tarea del terapeuta es manipular el sistema familiar para lograr el cambio buscado, siendo capaz de realizar junto con la familia operaciones que faciliten la evolución. El contrato terapéutico debe reconocer la posición del terapeuta como un experto en la manipulación experimental social. Las técnicas son: Fijación de fronteras, Desequilibramiento (*Alianza con miembros de la familia, la alianza alternante, ignorar a miembros de la familia, y la Coalición contra los miembros de la familia*), Complementariedad (*se puede cuestionar: el problema, el control lineal, y el modo de recortar los sucesos*), Paradojas.

**Técnicas de Apoyo.** Son las técnicas que se desarrollan cuando el terapeuta ofrece a la familia una realidad diferente, más amplia, verificando las fortalezas y las limitaciones de la construcción familiar.

**Realidades.** Conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. Todo cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo, y todo cambio en la visión del mundo sustentada por la familia será seguido por un

cambio en su estructura, incluidos los cambios en el uso del síntoma para el mantenimiento de la organización familiar. Cuando la familia acude a la terapia presenta solo su percepción restringida de la realidad. Las técnicas tienen la intención de ampliar los marcos de referencia de las familias, entre las cuales se puede cuestionar: *La concepción del mundo de la familia; la elaboración de una concepción del mundo; validación de una concepción del mundo; cuestionamiento de la concepción del mundo.*

**Construcciones.** La familia ha construido su realidad presente en un proceso de organización de los hechos que iba manteniendo sus ordenamientos institucionales. El aporte del terapeuta es organizar el campo de la intervención y llegar a modificar la explicación que la familia hace de su realidad. La realidad de la familia, no es más que una construcción del terapeuta. El mensaje es que la familia no necesite el síntoma, y dar una visión de la realidad más flexible que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo. Las técnicas: *apoyarse en símbolos universales, verdades familiares, el Consejo especializado.*

A manera de conclusión: se puede decir que el Modelo Estructural, permite hacer un abordaje didáctico y claro a los principales conceptos de la terapia familiar sistémica, pues brinda la estructura para introducirnos a la perspectiva sistémica. Justo en función de esa claridad, permite hacer una cuidadosa evaluación de la estructura del sistema familiar para la formulación de hipótesis.

## **b) Modelo Estratégico**

---

*“Una vez solo con el paciente, no tiene mas que su voz, sus gestos y sus ideas.  
Por mucho que se hable de técnica, la psicoterapia seguirá siendo un arte.” Haley.*

La terapia estratégica, no es una teoría en particular, sino el nombre para aquellos tipos de intervención terapéutica en los que el psicoterapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas. Para lograrlo debe identificar problemas, fijar metas, diseñar intervenciones y alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe la familia, para corregir el enfoque y evaluar la eficacia de la terapia. Siendo sensible al paciente y a su medio social (Haley, 1983).

Este modelo es una síntesis entre la Teoría Sistémica, el estudio sobre la familia y la comunicación realizado por el grupo de Palo Alto, dirigido por Bateson y Jackson y sobre todo por el trabajo clínico de Milton Erickson (Nardone y Watzlawick, 1990).

*El Modelo Ericksoniano.* **La Hipnosis**, para Erickson es definida, como un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas que facilita y promueve el contacto con los recursos naturales que cada individuo posee, para prevenir o enfrentar y resolver situaciones problemáticas en la vida cotidiana. **El trance hipnótico**, requiere, de la existencia de una relación, y por definición es una experiencia subjetiva, pues los datos se basan en la comunicación del sujeto. Este proceso se desarrolla en una relación complementaria. La **sugestión** es la presentación de una idea, como si fuera algo aislado desprovisto de todo lazo con la relación entre las dos personas. La **persona sugestionable** es la que acepta las implicaciones interpersonales que se desprenden de hacer lo que se le pide.

*Teoría de la Comunicación.* La influencia de la Teoría de los Sistemas de Bertalanffy de Watzlawick y de Bateson en el modelo estratégico, está en que la descripción de las relaciones será en términos de pautas de comunicación en una teoría de sistemas circulares. Desde el punto de vista de la comunicación, la conducta sintomática representa una incongruencia entre un nivel de un mensaje y un nivel meta-comunicativo. El paciente hace algo exagerado (o evita hacerlo) e indica que no puede dejar de obrar así. La definición de la relación es mutua, donde los que participan definen conjuntamente qué tipo de conducta comunicativa ha de prevalecer en ella, lo que está permitido y lo que no. Considerando que, los mensajes humanos pueden calificarse mediante cuatro factores: el contexto en el que se manifiestan, los mensajes verbales, las modulaciones vocales y lingüísticas y los movimientos corporales.

La regla básica de la teoría de la comunicación señala que nadie escapa a la necesidad de definir su relación con el otro o intentar el control de la misma. **NINGÚN MENSAJE ES SIMPLEMENTE INFORMATIVO.** Define tres tipos de conducta comunicativa: Simétrica, Complementaria, y Metacomplementaria.

## Los Elementos de la Terapia Familiar Estratégica

En este modelo, el terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente, establece objetivos claros que entrañan la solución del problema presentado, y diseña una estrategia específica para cada problema (Madanes, 1982, Haley, 1976). El Cuadro 6, muestra los principales elementos del Modelo Estratégico.

| <b>C 6. Elementos del Modelo Estratégico (Madanes, 1982 y Haley, 1976)</b> |  |
|--|--|
| Objetivos  | Ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida familiar (Haley, 1973). Impedir la repetición de secuencias o introducir mayor complejidad y alternativas.  |
| Supuestos básicos  | La mente inconsciente tiende a ser benigna encaminada a la salud. El inconsciente contiene soluciones para los problemas.  |
| El tiempo  | Se trabaja en el presente, dirigido a cambiar el futuro.   |
| La Terapia   | Orientada a logro de metas y objetivos específicos.  |
| Duración   | Menos de 20 sesiones   |
| Definición de problema   | El problema es un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas. <i>Definir de tal modo el problema presentado que sea posible solucionarlo.</i>  |
| Clima  | Aceptante, con empatía   |
| Foco terapéutico   | Puesto frecuentemente en la modificación de analogías y metáforas, basado en intervenciones directas.  |
| Postura del terapeuta  | De Control, con la mayor responsabilidad y jerarquía en el tratamiento, siempre y cuando la familia se comprometa.   |
| El paciente  | Es responsabilizado por el avance y los beneficios de la terapia.  |
| Etapas de la terapia   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definición del problema, abarcando 2 o 3 personas.</li> <li>2. Definir a los involucrados en el problema y de qué forma.</li> <li>3. Intervención modifica la organización familiar para que el problema no sea necesario:               <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. El cambio programado por etapas.</li> <li>3.2. Intervenciones programadas para conectar o desconectar varios miembros entre sí.</li> <li>3.3. Se inicia provocando un nuevo problema y por resolverlo, de modo que tal cambio lleve a la solución del problema original.</li> </ol> </li> </ol> |
| Fin de terapia   | El momento en que se alcanzan las metas.   |

Este modelo está interesado por la jerarquía familiar, pues los síntomas se asocian a que la jerarquía funciona incorrectamente. También está enfocado en la solución del problema presentado, poniendo el acento en la comunicación en el presente. El arte de la hipnosis y de la terapia es encarar la resistencia y producir un cambio (Madanes, 1982; y Haley, 1976).

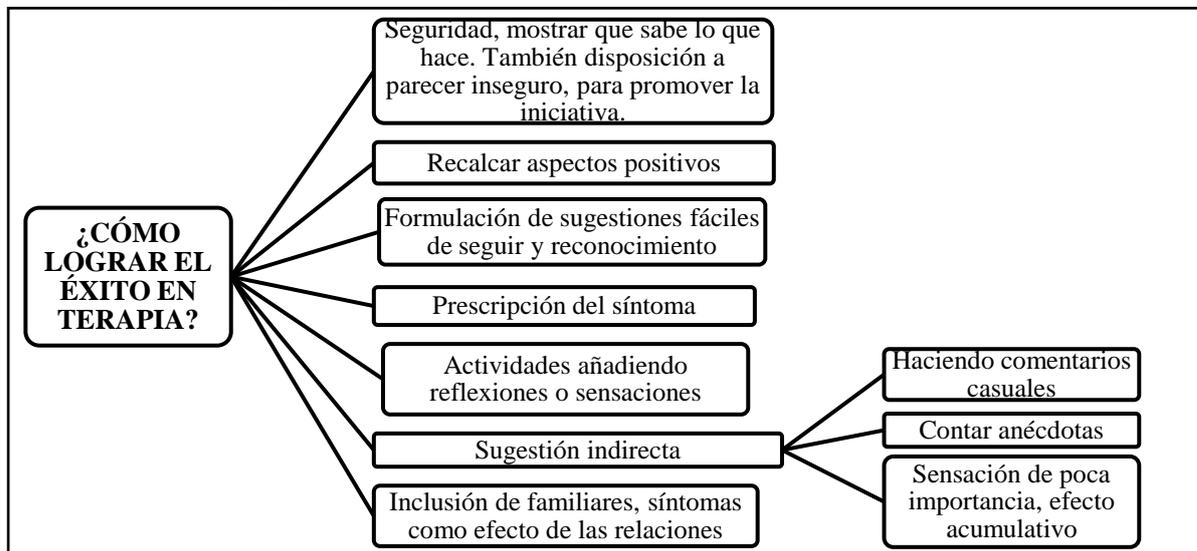
### ***Técnicas de Evaluación.***

En terapia breve el terapeuta intenta influir en el paciente desde el momento de su primer contacto. La primera etapa de la terapia es la fase de la evaluación que se lleva a cabo en la **entrevista inicial**, donde combina la recogida de la información con maniobras que indican la dirección deseable, insistiendo en la información de las circunstancias presentes del paciente y en la función actual de sus síntomas. Se debe estimular rápidamente la creación de un compromiso de cambio por parte del paciente. Es necesario invitar a la mayoría de las personas cercanas a la situación problema, (familia nuclear, extensa, maestros, amigos, vecinos, etc.) para fomentar la búsqueda inmediata de la solución. Finalmente enfatiza que el mejor diagnóstico para terapia es aquel que permite al grupo social responder a los intentos de producir un cambio. Las etapas de la primera entrevista son: *social, planteamiento del problema, interacción, fijación de meta, conclusión de la entrevista*

### ***Técnicas de Intervención.***

Están pensadas dentro del esquema del ciclo vital de la familia, e inspiradas en el trabajo de Milton Erickson. Es una terapia cortada a la medida. En el cuadro 7, se plasman las principales estrategias para el éxito terapéutico.

#### **C 7. ¿CÓMO LOGRAR EL ÉXITO EN TERAPIA?**



### ***Las Técnicas Directivas.***

Una vez motivada la familia, se deben impartir instrucciones claras, precisas y abiertas. Buscando que en las tareas y en la entrevista participen todos los miembros de la

familia. Los objetivos de las directivas son: hacer que la gente se comporte de manera diferente para que tenga experiencias subjetivas distintas; intensificar la relación entre los clientes y el terapeuta; y obtener información.

*Tipos de Directivas:* Las directivas se clasifican por la intención que tiene el terapeuta cuando las prescribe, que sean cumplidas o no.

*Estrategias con el Objetivo de que Cumplan con las Directivas:* Es importante reconocer que motivar a alguien a hacer algo es persuadirlo de que extraerá algún beneficio de esa acción. En el Cuadro 8, se presentan las principales técnicas y su descripción.

| <b>C 8. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN MODELO ESTRATÉGICO (Haley, 1976)</b> |  |
|---|--|
| <b>TÉCNICA</b>  | <b>DESCRIPCIÓN</b>   |
| Aliento a la resistencia  | ¿Qué ocurre cuando uno acepta la resistencia de un sujeto e incluso la alienta? El sujeto queda atrapado en una situación donde el intento de resistir es definido como una conducta cooperativa.  |
| Ofrecimiento de una alternativa peor                                  | Se ofrece algo que a la persona no le gusta, de forma calculada, para que esta elija otra cosa.  |
| Determinación de un cambio mediante comunicaciones metafóricas        | La analogía puede ser comunicada de forma verbal y no verbal, son sugerencias hipnóticas formuladas fuera de la consciencia del sujeto. No traduce las metáforas, contesta en el mismo nivel metafórico. Trabaja con ellas mediante parábolas, acciones interpersonales y directivas para generar cambios. |
| Aliento de una recaída  | Cuando el paciente está mejorando con rapidez, se prescribe la recaída, para evitarla y que se desilusione.  |
| Frustración de una respuesta para alentarla                           | Se indica al sujeto que con cierto comportamiento y cuando comience a cumplir con la indicación, se le pide que corte la respuesta y pase a otra cosa, cuando el hipnólogo retome la directiva original, la respuesta será mejor.  |
| Empleo del espacio y la posición                                      | Primero, define a la persona en términos de su posición, y luego, altera su posición para que ella cambie de persona. Frente a sujetos resistentes, acepta la resistencia y la rotula como localizada en una posición geográfica, dejándola en la anterior silla, por ejemplo.                             |
| Énfasis en lo positivo  | Insistencia en que en el inconsciente existe una fuerza positiva, que dispone para la persona lo que mas le conviene.  |
| Siembra de ideas  | Establecer ciertas ideas para después construir algo sobre ellas. Al inicio del intercambio, destaca ideas para después regresar a ellas y construir algo nuevo, pero siempre dentro del marco de referencia que lo conecta con algo antes dicho.  |
| Ampliación de una desviación  | Primero trata de alcanzar una pequeña respuesta y luego construye sobre esta, ampliándola hasta lograr la meta. “Acepta lo que el sujeto   |

|   |  |
|---|--|
|   | ofrece y amplía”.  |
| Amnesia y control de la información     | Dirigiéndose hacia diversas partes de la familia, con un cuidadoso control de cómo ha de distribuirse la nueva información entre los miembros.   |
| Despertar y desenganche                 | Erickson, centrado en el logro de la autonomía, por parte de los miembros de la familia. Cuando el sujeto se muestra reticente a despertar, entonces el hipnólogo suele exagerar sus conductas no hipnóticas, de tipo social, requiriendo del sujeto una respuesta también social, más suelta. |
| Evitación de la exploración de sí mismo | Promueve el cambio terapéutico. Esta teoría del cambio está basada en el impacto interpersonal del terapeuta, registrado afuera del saber consciente del sujeto, incluye la formulación de directivas que originan cambios de conducta, y pone énfasis en la comunicación metafórica.          |

*Estrategias con el Objetivo de que NO se Cumplan la Directivas:* Tareas paradójicas, la paradoja radica en que habiéndoles dicho que se requiere que cambie, se les solicita que no cambien. Las etapas de la intervención paradójica:

1. Establecer una relación, con tendencia al cambio.
2. Definir claramente el problema.
3. Fijar objetivos con claridad.
4. Ofrecer un plan.
5. Descalificar diplomáticamente a quien es tenido como autoridad en la materia, señalando que no está haciendo lo correcto.
6. Impartir la directiva paradójica.
7. Observar la relación y seguir alentando el comportamiento usual.
8. A medida que continúa el cambio, evitar que se le acredite el logro al terapeuta, pues las recaídas, también aparecerán relacionadas con él.

Etapas de la Terapia: Haley considera que el objetivo de la terapia es cambiar las secuencias de la familia a fin de resolver los problemas presentados (Haley, 1983). Hay una serie de etapas, que estarán determinadas por el enfoque adoptado por el terapeuta:

- 1) Si usa a la persona periférica habrá una etapa de coalición entre el terapeuta, la persona periférica y el niño, luego una involucración entre terapeuta y adultos y finalmente una tercera en la cual el terapeuta se desenganchará de los adultos.

- 2) Si abarca a la persona sobre-involucrada con él, hay una etapa de involucración intensa entre terapeuta, adulto y niño, para después desengancharse.
- 3) Si entra por los cónyuges, el primer foco de atención es el niño, luego el matrimonio y finalmente el terapeuta se separa de la pareja.

Es importante dentro de las estrategias, considerar una posible respuesta de los pacientes: *la resistencia al cambio*, que es el resultado de una red de relaciones en la que está envuelto. La relación terapéutica empieza siendo complementaria, esperando que se vuelva simétrica, considerando la primera ley de las relaciones, cuando una persona da a entender que inicia un cambio en su relación con el otro, éste actuará de forma que amortigüe y modifique tal cambio.

### **Aplicaciones del Modelo Estratégico**

*La terapia del matrimonio vista como un triángulo.* Para Haley (1983) la diada matrimonial, es una triada, porque está definida por la inclusión o exclusión de un tercero. La pregunta central es ¿cómo concebir la situación marital del modo que resulte más eficaz para generar el cambio? Las cuatro formas en que las parejas llegan a presentar un problema: Los síntomas, el niño, la crisis familiar, y el matrimonio. La función de la terapia marital es ampliar las posibilidades de ambos cónyuges. Sin embargo, se debe poner atención a que las coaliciones sean deliberadas y flexibles, centrarse en objetivos específicos, actuar con responsabilidad y seriedad, y mientras estén en terapia de pareja es importante que vivan juntos. En este sentido el sistema es visto como una metáfora, según Madanes (1982), en torno del síntoma de uno de los esposos se desarrolla un sistema de interacción que se convierte en una analogía de la lucha conyugal, que la pareja no puede resolver. Para el terapeuta, el problema radica en organizar a la pareja de tal modo que el poder y la debilidad no giren en torno al síntoma, de este modo el síntoma puede ser resuelto.

*Problemas de los padres en las interacciones entre padres e hijos.* El rasgo sintomático del niño es una metáfora de cómo se siente otra persona de la familia. Estrategias de solución: el cambio de la acción metafórica, el suministro de una metáfora para el éxito en lugar del fracaso, y el cambio de la solución metafórica (Madianes, 1982).

*Problemas en la adolescencia:* Son originados por la incongruencia en la jerarquía familiar, sostenida por interacciones cíclicas repetitivas. Por lo que se recomienda un enfoque terapéutico más rígido y menos propenso a la variación. El foco en el joven suministra a los padres un objetivo primordial: Superar sus propias fallas y mantenerse unidos para ayudarlo. Esto ejerce una influencia positiva, aunque los tiranice, asuste o incapacite (Madanes, 1982). Las Jerarquías Incongruentes son: que el joven es deficiente y depende para su protección de sus padres, quienes están en una posición superior, proveen sus necesidades y cuidan de él; y al mismo tiempo los padres son dominados por el joven a causa de su incapacidad, amenazas o conducta peligrosa. Si se conduce de forma normal pierde el poder sobre sus padres.

*HIPÓTESIS: El poder que ejerce el joven sobre los Padres, cumple la función de protegerlos o mantenerlos unidos.*

Para resolver el problema, se requiere modificar la jerarquía, reinstaurando una en la que el joven no domine a sus padres con su desvalimiento y abusos. Este enfoque terapéutico es simple y directo, considera el sentido literal y concreto de los mensajes, y organiza a la familia para que logren que el joven: trabaje, ayude en los quehaceres domésticos, acuda a la escuela, evite las drogas o la violencia, tenga un par de amigos. Sin embargo se requiere que: Los padres manden mensajes que los definan como adultos responsables. Mientras a los jóvenes se les mandan mensajes que indiquen que no se tienen que hacer cargo de sus padres, alentándolos a formar parte de la generación más joven e inexperta.

Debemos considerar que todos están envueltos en relaciones cristalizadas que les ofrecen ventajas y que intentarán sabotear el cambio, esto convierte este tipo de población como uno de los que más demandan, del terapeuta, flexibilidad, creatividad y apertura al cambio.

A manera de conclusión: Es un enfoque con muchas ventajas, por la economía de tiempo, dinero y esfuerzo, tanto para el terapeuta como para el cliente; sin embargo, requiere de un buen nivel de preparación y planeación, previos a la sesión, para poder establecer de forma adecuada la ruta a seguir. Lo que podemos resaltar del enfoque es que toma a la familia como una unidad única en la base del respeto.

### c) Modelo de Terapias Breves, MRI

---

*“La psicoterapia en todas sus formas está basada en los procesos de implícita o explícita persuasión que recurren a formas de retórica específicas, según la aproximación teórico explicativa de referencia.” Nardone & Watzlawick.*

El modelo de la comunicación fue precursor de la terapia familiar, de 1950 a 1979, los pioneros del modelo fueron los miembros del modelo de la comunicación de la esquizofrenia, desarrollada por Don D. Jackson y Jay Haley en el Mental Research Institute (MRI). En 1958, el grupo estaba formado por Jules Raskin y Virginia Satir. Posteriormente se les unieron Jay Haley, John Weakland y Paul Watzlawick. En ese momento Gregory Bateson cumplía las funciones de investigador asociado y profesor (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Por su parte los terapeutas de la comunicación del MRI tomaron de la Cibernética de Primer Orden, el concepto de “caja negra”, en el trabajo de familias, centrados en la entrada y salida de la comunicación, sin importar lo que suceda dentro del individuo. Además aplicaron a las familias los principios de la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana, a partir de la Sintaxis (el modo en que se transmite la información, y las pautas de decodificación), Semántica (el significado) y Pragmática (la conducta resultante de la comunicación) desarrollados por Watzlawick, Beavin y Jackson.

**Las principales formulaciones teóricas:** dentro de los trabajos del MRI, encontramos formulaciones sobre: la homeostasis en la familia; retroalimentación positiva o negativa; la hipótesis basada en la idea de que las personas sometidas a interacciones constantes dentro de una relación, gobiernan el sistema; reglas prescriptivas y descriptivas que ayudan a identificar patrones irregulares dentro de la familia; el desarrollo de una serie de reglas que lleven a una familia a cambiar en sus relaciones e interacciones; la puntuación es vista como una ayuda o rescate para parejas en conflicto, y la causalidad circular *versus* la causalidad lineal, o negación del comportamiento paradigmático. Otra aportación, relevante del equipo, y que va a ser de utilidad para la construcción del modelo de Terapias Breves, es el trabajo de Watzlawick, et al (1985), que postularon los axiomas pragmáticos de la comunicación, antes citados.

## Representantes y Postulados Teóricos

*“No son las cosas en sí las que nos preocupan, sino las opiniones que tenemos de las cosas”. Epicteto.*

Alrededor de 1968, después de la muerte de Jackson, Watzlawick, Weakland, Fish y Segal interesados en la terapia hipnótica breve de Milton Erickson, integraron el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto.

Su trabajo se caracterizó por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas (Ochoa, 1995). Consideran que una terapia breve no pasa de 10 sesiones semanales, y se basa en estrategias eficaces para evitar que sigan vigentes los factores que mantienen el problema que motiva la consulta. Se apoyan en el manejo de la postura del paciente y de sus familiares ante el problema, y evitan confrontaciones entre la familia, la terapia y el terapeuta.

Se interesan en el comportamiento, específicamente en el problema de los pacientes, analizando los patrones de la conducta destructiva, y la dinámica de interacción con los otros sistemas. Consideran que la dificultad se convierte en problema cuando se intenta resolverla de manera equivocada, y después del fracaso, se aplica una dosis más alta de la misma solución ineficaz, esto agrava y mantiene el problema.

Los autores del modelo sobre el Cambio (Watzlawick, Weakland y Fish, 1974), retomaron principalmente dos grandes teorías:

- La Teoría de los Grupos: a través de la analogía que permite ilustrar que ciertas acciones o actitudes que se supone aportan un cambio benéfico, no hacen más que poner en marcha mecanismos reguladores homeostáticos que restablecen el equilibrio anterior. “Cuanto más cambia, mas es lo mismo”.
- La Teoría de los Tipos Lógicos: permite explicar que hay cambios que conciernen al sistema, a la norma de su funcionamiento. Se comprende así la relación de los elementos con la clase y el cambio que constituye un paso de un tipo lógico a otro. Considerando dos aspectos muy importantes: Hay que separar cuidadosamente los niveles lógicos si se quieren evitar las paradojas, y el paso a un nivel superior implica un salto, una discontinuidad: un cambio en sí mismo.

Para entender esto es importante hablar del **cambio** que conserva el sistema, es el Cambio tipo 1, cuando las reglas de las relaciones siguen siendo las mismas. Por otra parte el Cambio tipo 2, es cuando se da un metacambio, donde las reglas de transformación sufren los cambios (Watzlawick, et al 1974). Es en este tipo de cambio es en el que centran los desarrollos del MRI.

**Técnicas de Evaluación.** El terapeuta debe obtener la definición del problema y de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas, a través de preguntas como: *¿Qué es lo que los trajo aquí? ¿Cómo se convierte en problema la situación que ustedes me plantean? ¿Qué les ha llevado a consultar por el problema ahora?* Durante esta fase de la entrevista la posición del terapeuta es de inferior, mencionando que no entiende o que necesita comprenderlo mejor. Un punto central para este modelo es la **posición del paciente**, donde proponen que el terapeuta debe conseguir su anuencia para aumentar su colaboración, logrando que ejecute las tareas y acepte las sugerencias (Fish, Weakland y Segal, 1982).

**Técnicas de Intervención:** Este modelo, plantea cinco pasos generales, a considerar para una intervención de resolución de problemas (Fish, et al 1982), que son:

1. Determinar: *¿quién se queja?* Es decir, quién sufre la situación, no quien porta el síntoma *¿Quién sufre por esta situación?*
2. Definir el problema. A un nivel descriptivo del comportamiento, buscando conocer los contextos que producen el sufrimiento *¿Qué hace esta persona que desearía no hacer?*
3. Examinar las soluciones intentadas. Buscando comprender la red relacional, el sistema pertinente para la intervención *¿Quién y cómo interviene para resolver el problema?*
4. Definir un objetivo accesible. Delimitando bien el problema, de manera tal que permita al paciente y al terapeuta observar una evolución favorable del tratamiento y modificar la percepción global del problema. Al conseguir que el paciente acepte los objetivos concretos, permite establecer el límite temporal del tratamiento.
5. Formular y poner en ejecución un proyecto de cambio. Es la fase de elaboración de la estrategia y las tácticas para el cambio. Bajo dos principios: La meta del cambio es interrumpir los intentos de solución, y la táctica debe ser traducida al lenguaje del paciente.

Las técnicas que desarrollaron Fish, Weakland y Segal (1982) de solución de los problemas que el paciente trae a consulta son de dos tipos, las intervenciones principales y las generales, además desarrollaremos brevemente la reestructuración que va implícita en ambas clasificaciones de la intervención.

**Intervenciones Generales.** Son planes de intervención sencillos, que ponen fin al recurso de las soluciones ineficaces. Considera primero las órdenes paradójicas, porque prácticamente todas las intervenciones de cambio incluyen un elemento ilógico, al menos en el contexto de la visión del paciente, para producir un cambio al nivel lógico superior.

El terapeuta jugará con la ambivalencia que plantea el deseo del cambio y el temor a perder la coherencia interna de manera directa, insistiendo en los cambios pequeños progresivos, y de forma paradójica aconsejándole que no cambie tan a prisa, examinando con él los riesgos del cambio. Cuando comiencen a manifestarse los cambios le aconsejará tener prudencia o incluso prescribir la recaída (Nardone y Watzlawick, 1990; Watzlawick, et al 1974; y Fish, et al 1982).

**Intervenciones Principales:** Se considera que tienen mayor rango de aplicación, ya que en sí mismas pueden solucionar el problema del paciente, son 5 intentos básicos de solución:

1. Forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente. Se trata en todos los casos de actividades humanas de orden mental o corporal.
2. Dominar un acontecimiento temido, aplazándolo. Da solución a problemas de miedo-evitación, exponiendo al paciente a la tarea temida y solicitándole de antemano que fracase.
3. Llegar a un acuerdo mediante oposición. Implica conflicto de relación interpersonal, centrado en temas que requieren mutua colaboración. Considerando que la compasión tiene efectos más apaciguadores que la oposición.
4. Conseguir sumisión a través de la libre aceptación. “Me gustaría que lo hiciera, pero me gustaría más que quisiera hacerlo”.
5. Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa. Hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado, por ejemplo: infidelidad.

Consideran que alterando las soluciones intentadas se rompe la secuencia sintomática, provocando así el cambio terapéutico.

### **La Reestructuración**

*“Nunca nos enfrentamos con la realidad en sí, sino sólo con imágenes o concepciones de la realidad, es decir, con interpretaciones”. Watzlawick.*

Es la táctica que está de fondo en los desarrollos del MRI, e involucra, cambiar la visión conceptual y/o emocional en relación con la cual se experimenta una situación, poniéndola dentro de otro marco que se adapta, tan bien, a los hechos de la misma situación concreta, cambiando así completamente su significado. Partiendo de dos conceptos básicos: La realidad de primer orden: que son las propiedades físicas de los objetos de nuestra percepción, y la realidad de segundo orden: que es la atribución de *valor y significado* a esos objetos (Watzlawick y Nardone, 1997).

Así, cualquier psicoterapia eficaz consiste en un cambio exitoso de la realidad de segundo orden, esto es, del valor y significado que una persona atribuye a aquel aspecto particular de la realidad que, dependiente de la naturaleza de esta atribución, explica su dolor y su sufrimiento. La reestructuración debe ser comunicada en un lenguaje empático, acorde con la realidad de segundo orden del paciente. Consideremos que la dirección y el fin de la terapia están determinados por la realidad de segundo orden del terapeuta.

A manera de conclusión, es importante resaltar que el terapeuta es directivo, estratégico y presta atención a los procesos y conductas, que le permiten conservar la capacidad de maniobra en la terapia. Se puede aplicar a personas o familias que acuden a terapia solicitando respuestas, estrategias, modelos concretos de conducta y soluciones rápidas.

### **d) Modelo de Milán**

---

El modelo de Milán tiene una historia que permite ver la evolución de sus conceptos teóricos, técnicas de intervención y posturas terapéuticas. Sus representantes combinaron: investigación y trabajo clínico. Esto permitió adaptar y crear desarrollos terapéuticos.

Este espacio pretende dar cuenta brevemente de las diferentes etapas de este proceso de investigación en la práctica clínica: desde sus inicios en el psicoanálisis, la etapa de esplendor comunicacional, los juegos, hasta los desarrollos ulteriores en épocas recientes, más cercanos a los modelos narrativos.

### *La formación del equipo*

Mateo Selvini considera que la semilla de la historia comienza con Mara Selvini Palazzoli, formada como psicoanalista en los 50's. Trabajó desde los inicios de su carrera con anoréxicas, desde una mirada inicialmente ortodoxa. En 1963, publica *L'anoressia mentale*, evidenciando diferentes influencias en su trabajo: de Fromm-Reichman y Stack Sullivan, la influencia del contexto de las relaciones; de Fairbairn y Guntrip, retoma la transferencia y contratransferencia, donde *se antepone una interpretación relacional diádica a aquella otra de las dinámicas intrapsíquicas del paciente* (Selvini, 1990, p 20). También la influyen fenomenólogos del análisis existencial como Binswanger, Buber, Jaspers y Heidegger, donde aprendió a poner atención en la relación del yo con el tu (Selvini, 1990).

En 1967, la semilla rompe la tierra cuando Selvini crea el Centro para el Estudio de la Familia de Milán, introduciendo la terapia de pareja y familia en Italia. El grupo completo, inicialmente formado por expertos en diversas áreas de la salud, se reunía intermitentemente para explorar diferentes ideas y técnicas para trabajar familias con pacientes anoréxicas o psicóticos, desde el modelo psicoanalítico (Tomm, 1984). Para 1970 da su primer hoja cuando se conforma el equipo de Mara Selvini, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, y rompen con el psicoanálisis, como forma de intervención (Selvini, 1990).

Mara Selvini, entra en contacto con el MRI y propone adoptar algunos de los principios de ese modelo, pues consideraba, que el psicoanálisis se centraba en el individuo patológico, pasando por alto el contexto de vínculos y relaciones en que se producían las conductas problema (Tomm, 1984; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989). En este momento las principales influencias del modelo fueron la Teoría de la Cibernética de Wiener y Ashby, la Teoría de la Comunicación de Watzlawick, Beavin y Jackson, y el trabajo clínico de la Escuela de Palo Alto. Retoman, también de la Teoría de los

sistemas de von Bertalanffy, los conceptos de estabilidad (homeostasis) y cambio (transformación), y consideraban que en los sistemas familiares eran predominantemente homeostáticos.

Estos fueron tiempos de crecimiento, no siempre con rumbo definido, experimentación y cambios, para el equipo, que logrará consolidar su trabajo en la siguiente etapa.

### *El esplendor comunicacional*

En 1971, llega el abono para la plantita al leer “Pasos hacia una Ecología de la Mente” de Bateson, de su trabajo retoman la metáfora sistémica como modelo descriptivo de funcionamiento de organizaciones humanas. El interés central en la terapia era identificar en el aquí y el ahora los patrones de interacción los cuales eran repetitivos y redundantes. Estos fueron entendidos como una homeostasis patológica. Y se consideraban como el punto nodal de la intervención ya que si eran cambiados, la familia podría transformarse. El patrón redundante y el mensaje enviado por la familia eran paradójicos (Tomm, 1984).

A continuación serán desarrollados los frutos más preciados de esta plantita: los principios teóricos que pusieron en práctica en el trabajo clínico, la entrevista propiamente dicha, y el modelo de intervención de esta época por el que son más reconocidos.

En esta época, elaboran el artículo “*Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session*” (Selvini, et al 1980) retomando la circularidad cibernética de la que habla Bateson, y la llevan al trabajo clínico con familias, “*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*” (Boscolo, et al, 1989, p27). Los tres principios, serán descritos a continuación.

***Hipótesis***, es la capacidad del terapeuta para construir una hipótesis basada en las informaciones que posee, para determinar el punto de partida de su propia investigación. Si fallan, se formula otra que incluya las informaciones recogidas en la

verificación de la hipótesis anterior. La función de la hipótesis es orientar la experiencia, siendo una guía para obtener información, que será confirmada, refutada o modificada. Garantiza que el terapeuta se mueva en modelos relacionales, introduce información y busca dar orden al caos familiar. **La hipótesis debe ser sistémica**, incluyendo a todos los componentes de la familia y proporcionando una suposición relativa de todo el funcionamiento relacional (Selvini Palazzoli, et al, 1980).

**Neutralidad**, es el efecto pragmático concreto que ejercen en la familia, la totalidad de sus conductas, durante la coordinación de la sesión. Considera que cuanto más sistémico se es, se está más interesado en provocar realimentaciones y recoger información, y menos en hacer juicios morales de cualquier clase. El terapeuta solo puede ser efectivo en la medida que se mantiene en una metaposición con respecto a la familia. Para promover una orientación relacional, se sustituye el verbo ser por **mostrar**. Cuando se logra ver el patrón recursivo que engloba al síntoma, la situación cambia y se promueve en el terapeuta la compasión hacia las personas, más que su condena, actitud que permite ser más neutral y creativo (Selvini Palazzoli, et al, 1980; Tomm, 1984; Tomm 1987).

**Circularidad**, es la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación, sobre la base de realimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones, que él mismo exige sobre las relaciones, las diferencias y los cambios. Es la convicción de poder obtener información auténtica de la familia. Invita a metacomunicar, sobre la relación de otros miembros de la familia. Las relaciones deben indagarse en función de: Conductas interactivas específicas en circunstancias específicas, diferencias de conductas en relaciones específicas y no en función de cualidades intrínsecas al portador, la categorización de los distintos miembros de la familia con respecto a la conducta o interacción específicas, conductas indicativas de un cambio en la relación, antes y después de algún hecho preciso, y diferencias con respecto a situaciones hipotéticas (Selvini Palazzoli, 1980; Selvini 1990; Tomm, 1987; Fleuridas, Nelson y Rosental, 1986). En estas premisas podemos notar la fuerza que tuvo Bateson en el trabajo de el Grupo de Milán; veremos ahora cómo se manifiestan en la práctica.

**La Entrevista.** La mayor parte de la década de los 70's, el modo de trabajo del equipo de terapia era: se reunían dos veces por semana y veía dos familias por día, en

promedio. Cada sesión se dividía en cinco partes, descritas en la tabla que se presenta a continuación, en base al plan (Selvini Palazzoli, et al, 1986; Sanchez, 2000; Rodríguez, 2004).

### C 9. ETAPAS DE LA ENTREVISTA (Selvini Palazzoli, et al, 1986).

| Etapa               | Actividades   |
|---------------------|---|
| <b>Pre-sesión</b>   | El equipo formulaba una hipótesis preliminar sobre el problema de la familia, información recogida durante la llamada telefónica, o en sesiones subsecuentes se leía el acta de la sesión anterior. |
| <b>Entrevista</b>   | Dos miembros del equipo entrevistaban a la familia, durante la entrevista los integrantes del equipo confirmaban, modificaban o sustituían la hipótesis, esta etapa dura 40 min.                    |
| <b>Pausa</b>        | El equipo se reunía a solas para discutir las hipótesis y llegar a una intervención.  |
| <b>Intervención</b> | Los terapeutas que trataban a la familia, regresaban, con ella y pronunciaban la intervención, retomando la situación problema, con la finalidad de introducir un cambio en ella.                   |
| <b>Post-sesión</b>  | El equipo se reunía para analizar las reacciones de la familia ante la intervención y elaborar el plan de la siguiente sesión.  |

El equipo se dividía en dos parejas hombre-mujer, una de ellas entrevistaba a la familia, mientras la otra observaba la sesión detrás de la pantalla de visión unilateral. Al principio, siguiendo el modelo de Palo Alto, se informaba a las familias que tendrían 10 sesiones, después se adaptaron a la pauta temporal de cada caso. Además extendieron el espacio entre una sesión y otra de una semana a un mes porque descubrieron que este intervalo, que inicialmente se propuso por la distancia de los hogares de las familias, respetaba el tiempo que las familias requerían para evidenciar un cambio. La terapia seguía siendo breve en cuanto al número de sesiones (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Ochoa, 1995; Hoffman, 1998).

La técnica de entrevista, desarrollada a partir del concepto de circularidad es el **interrogatorio circular** que involucra la capacidad del terapeuta para conducir su investigación, con base en la información que ofrece la familia, acerca de sus relaciones y como consecuencia la diferencia y el cambio, da la oportunidad a la familia de entenderse sistémicamente y no solo como individuos (Fleuridas, et al, 1986). *“Es una técnica de entrevista que difiere de otras por ser eminentemente relacional”* (Rodríguez, 2004).

Los tipos de preguntas circulares (Fleuridas, et al, 1986), son:

- 1) **Definición del problema**, indaga cómo percibe y explica el problema cada miembro de la familia, se inicia en el presente, después al pasado y sus expectativas para el futuro.
- 2) **Secuencias de la interacción**, cuestiona quién hace qué, cómo, cuándo, dónde, se pregunta por comportamientos específicos, diferencias o cambios, quién está de acuerdo con quién, explicación, intentar descubrir el patrón de interacciones alrededor del síntoma. Cuidando de no dar afirmaciones con lo que la familia dice.
- 3) **Comparación y clasificación**, pregunta a uno acerca de los otros, ayuda a comparar, contrastar y jerarquizar similitudes y diferencias, investigar las coaliciones a través del tiempo, situaciones hipotéticas, quién está de acuerdo con quién, explicaciones de las coaliciones, los significados y cómo entienden los patrones de interacción.
- 4) **Interventivas**, estas preguntas permiten retar, informar o intervenir de manera propositiva, estas preguntas se hacen hasta que se tiene suficiente información, cuando ya se han contrastado hipótesis y se cuenta con un buen enganche. Comenzar con temas que no sean tan amenazantes, para probar las reacciones de la familia. Hacer preguntas que pueden llevar a las personas a intentar nuevos comportamientos.

**Modelo de Intervención.** Las intervenciones estaban diseñadas para romper el patrón contradictorio y dejar en libertad a la familia para el cambio, volviéndose contraparádójicas, para nulificar el doble vínculo. El trabajo del equipo en este periodo fue descrito en el libro “Paradoja y Contrapádoja. Un nuevo modelo en la terapia familiar de transacción esquizofrénica” en 1975 (Selvini Palazzoli, et al, 1986). Las principales intervenciones que destacan son:

**Connotación positiva y prescripción del síntoma**, cambia paradójicamente la atribución del problema, de causas negativas a causas positivas o al menos que no supongan intenciones hostiles. El síntoma se explica, debido a razones altruistas (sacrificio o amor) por parte del paciente identificado y por parte del resto de los componentes del sistema familiar. Define entonces el contexto terapéutico y se permite la entrada a los terapeutas al sistema familiar.

**Rituales familiares**, se prescriben como experimentos, como un gesto simbólico o rito de paso. Propone una secuencia de conductas, definidas con precisión, donde se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento. Puede contribuir a clarificar patrones de interacción caóticos y contradicciones inherentes al sistema de creencias que permanecían sin reconocer.

**De la rivalidad del hermano al sacrificio por ayudarlo**, se mueve la etiqueta de enfermo al resto o uno de los hermanos del paciente identificado, a quien la familia considera sano, señalando que el paciente, ya intuía que ellos estaban peor.

**Los terapeutas se hacen cargo**, en familias con un hijo único, se desplaza el enojo de los hijos a los padres, colocándolo en el terapeuta, para evitar la triangulación, mandando el mensaje a los hijos de que pueden crecer.

**Los terapeutas aceptan una mejoría sospechosa**, ante una mejoría súbita e inaceptable, que no tiene el respaldo del cambio en las interacciones familiares, los terapeutas proponen la opción de seguir la terapia, si la familia lo quiere, colocándolos en una situación paradójica, para evitar el sabotaje.

**Recuperar a los ausentes**, se trata de evitar la resistencia, incluyendo al miembro de la familia que no quiere ir a la terapia, en muchas ocasiones se envía una carta sellada con el mensaje del equipo y se pide al miembro ausente leerla para todos.

**Declaración de impotencia**, ante una situación de estancamiento de la terapia, recurren a decirle a la familia de su incapacidad como expertos, para ayudarlos. Poniendo a la familia en una situación de ansiedad, que les hará moverse.

En términos generales las **paradojas** se utilizan cuando el orden y las secuencias son rígidos, con la intención de introducir confusión y flexibilidad al sistema de creencias. La intención de éstas técnicas es colocar a la familia en una situación imposible, que los mueva al cambio. (Selvini Palazzoli, et al, 1986).

Es importante mencionar que en esta etapa, Boscolo y Cecchin inician las actividades de entrenamiento, donde encontraron que los estudiantes estaban más interesados en entender su conducta como terapeuta que en la familia como sistema. Esto se dio como resultado de focalizar la atención en los efectos de la interacción del terapeuta (y del

equipo) con la familia. Empezaron a observarse, observando a la familia, desarrollaron así una perspectiva de cibernética de segundo orden, dentro del proceso terapéutico (Boscolo, et al, 1989; Selvini, 1990; Hoffman, 1998).

### *El juego familiar*

En 1980 se separan oficialmente en dos, las mujeres se centran en la “prescripción invariable”, basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos, en tanto los hombres continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionando la utilidad de cualquier noción de normalidad o patología (Selvini, 1990).

Después Selvini y Prata también se separaron, la primera siguió trabajando en la teoría de los juegos psicóticos, formando un grupo con nuevos colaboradores Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino entre 1982 y 1987, que da como resultado la publicación del libro “Los Juegos Psicóticos de la Familia” (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1988). Los esfuerzos de este nuevo grupo se focalizaban en desarrollar una teoría general de los juegos psicóticos de la familia, y en el trabajo con familias de muchachas anoréxicas y bulímicas.

Este nuevo equipo parte de la premisa de que el **juego familiar**, engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto. Mencionan que el juego incluye el mapa de relaciones familiares, la regla que parece presidir esas relaciones y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar. También regula el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla muchos años antes de convertirse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas y las interacciones de la familia, que incluso se pueden heredar de generaciones anteriores. El síntoma es, entonces, el resultado de las diferencias entre las conductas, frecuentemente sometidas a cambios, donde las creencias no cambiaron y la familia ajusta las conductas a esquemas habituales de pensamiento. Por lo tanto para lograr el cambio en la conducta problema, se requiere modificar el sistema de creencias de la familia, pues las creencias y las conductas se influyen recíprocamente. (Selvini Palazzoli, et al, 1988; Selvini, 1990).

Es así como Mara Selvini y su equipo distinguen dos tipos de juego el **embrollo**, donde aparentemente hay un hijo en una posición privilegiada, que es utilizado para neutralizar al cónyuge, y el síntoma es una venganza, cuando el hijo descubre a que sido tratado como objeto. Y la **instigación**, que es una provocación disimulada a la que se responde con rabia disimulada, de manera que el instigador nunca logra hacer que el otro explote abiertamente, lo que elicitamente nuevamente la provocación, estableciendo un patrón recursivo de provocaciones indirectas y respuestas de rabia contenida. En el marco de un triángulo, preferentemente entre consanguíneos o bien con parientes políticos (Selvini Palazzoli, et al, 1988).

### **Modelo de Intervención y Prescripción.**

Como es el estilo del grupo de Milán, las elaboraciones teóricas sobre el juego, dieron sustento a 2 técnicas de intervención: la prescripción invariable y la revelación del juego (Selvini Palazzoli, et al, 1988).

**Prescripción invariable.** También denominada Universal, elimina la necesidad de establecer hipótesis, al presuponer que en todas las familias de esquizofrénicos el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y filial, con la consiguiente ausencia de emancipación mutua entre el hijo y los padres. El objetivo es separar de forma gradual los dos subsistemas, introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites intergeneracionales, evitando coaliciones progenitor-hijo que mantienen el juego de las familias psicóticas. El nuevo juego al que se les invita a jugar con la prescripción invariable, sitúa a los cónyuges en una posición igualitaria y no complementaria, creando complicidad, delimitando a la pareja de todos los demás, centrando el interés en las reacciones de los hijos, la intervención permite analizar las diferentes estrategias de cada miembro de la familia en el juego.

Revelación del juego familiar. **Son señalamientos claros y directos que hace el terapeuta, sobre el papel que cada uno de los miembros de la familia tiene en el juego familiar.**

Mara Selvini muere en 1999, fecha en la que se publica: “Muchachas anoréxicas y bulímicas” (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999), en este libro muestran los resultados de la investigación realizada con las familias, por primera vez

mencionan como parte de la investigación información sobre la personalidad, el nivel socioeconómico y la familia de origen de las familias con una paciente identificada como anoréxica o bulímica.

### *Desarrollos Ulteriores*

Boscolo y Cecchin siguieron trabajando en la formación de terapeutas. Con Hoffman y Penn, desarrollan sus ideas sobre la formación del sistema terapéutico, escriben “Terapia familiar sistémica de Milán” (Boscolo, Cecchin, Hoffman, y Penn, 1989). En el conversan sobre la inclusión del contexto terapéutico, junto con el contexto de la familia para formar un sistema mas amplio que será una de las características de este nuevo grupo. La unidad terapéutica contiene al observador y al observado. El problema no existe independientemente de los sistemas observados que lo definen de manera recíproca y colectiva. La práctica es de estilo colaborativo, volviendo central el interrogatorio circular, que es la aplicación del concepto de versión binocular de Bateson (Boscolo, et al, 1989).

Por su parte, Cecchin menciona que la **curiosidad genuina** es un elemento en la actitud, que se debe tener al preguntar. Se trata de armar un grupo investigativo conjuntamente con la familia, lo cual creará una atmósfera de colaboración, permitiendo que la familia logre una nueva comprensión de su problemática (Cecchin, 1987). Además publicó, junto con Lane y Ray, su libro “Irreverencia: una estrategia de supervivencia para terapeutas” (Cecchin, Lane, y Ray, 2002). Donde sugieren tener una actitud de **irreverencia**, y señalan que:

*“La clave de la irreverencia es que el terapeuta tenga el valor de reconocer el origen de su frustración y se decida a reconsiderar en vez de protegerla (y protegerse a sí mismo). (...) Para ser irreverente, entre otras cosas hay que dejar de luchar cuando una idea ha dejado de ser útil o ha perdido pertinencia. Esto cambiará no solo la situación del cliente, sino la salud mental del terapeuta” (Cecchin, et al, 2002, p 35).*

Se trata de que el terapeuta no esté atado a ningún modelo terapéutico o prejuicios, logrando la autoridad moral, para ayudar a las familias a volverse irreverentes con las creencias que limitan sus vidas. Para él, lo más importante es entender el efecto que

tendrán las decisiones tomadas, asumiendo la responsabilidad. Finalmente, Cecchin muere en el 2004.

Por su parte Boscolo ha colaborado también con Bertrando, con quien escribe, “Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémicas” (Boscolo y Bertrando, 1996). Donde propone tomar consciencia de las diferencias entre el tiempo de la familia, y el tiempo de la terapia, También explican cómo el contexto social y cultural incide en la forma de percibir el ritmo y el paso del tiempo. Éste último continúa con su labor docente alrededor del mundo.

Finalmente, Cirillo, uno de últimos colaboradores de Selvini, escribe, junto con un nuevo equipo una integración de los resultados de la investigación, proponiendo tres recorridos para las familias con un miembro toxicodependiente, regresando a los orígenes psicodinámicos, enriquecidos con la experiencia del grupo de Milán (Cirilo, Berreni, Cambasio y Mazza, 1996).

A manera de conclusión. Este equipo, logró avanzar de forma dinámica por su honestidad para reconocer los errores, la capacidad de cambiar, y la seriedad con la que desarrollaron la investigación, que fue resultado de documentar sus observaciones. Desarrollaron los fundamentos de la entrevista y las intervenciones, y aportan a la Terapia Familiar trabajos sobre los juegos psicóticos de las familias, las adolescentes anoréxicas y bulímicas, y más tarde sobre las familias de los toxicodependientes. Su capacidad de cambiar hizo que el equipo tomara nuevas configuraciones, de este modo en la fase donde están juntos Gianfranco y Luigi, agregan a la discusión teórica la influencia del sistema terapéutico, volteando a verse a sí mismos e invitan a otras personas a mirar con ellos, algunas de ellas fueron Lynn y Peggy. Más tarde se incorporó Tomm, que trabajó con los interrogatorios. Pero las semillas siguen germinando, y Stefano por un lado y Mateo por el otro, siguen manteniendo vivo en la memoria el trabajo de Mara Selvini.

Este modelo justo representa en sí mismo, la transición que vivieron las Terapias Familiares Sistémica y Posmodernas, el Milán que tuvo mayor influencia estaba influido por las investigaciones del MRI, informados por los modelos modernos de ciencia, pero los desarrollos ulteriores de Boscolo y Cecchin, muestran un giro hacia los modelos posmodernos, que serán explorados en breve.

## e) Terapias Breves, Centradas en Soluciones

---

*“En la perspectiva china, es mejor tener poco que tener demasiado, y es mejor dejar algunas cosas sin hacer que hacerlas en exceso, porque aunque, de este modo uno puede no ir muy lejos, está seguro de ir en la dirección adecuada.” Fritjof Capra*

El modelo de Terapia Breve enfocada a las Soluciones, está centrado en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o los problemas. Surge en los 80's, influido por los trabajos del MRI, de Palo Alto, y del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Wisconsin, EUA. El líder del grupo era Steve de Shazer y entre sus colaboradores más destacados se encuentran: Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berg, después se incorporaron Wally Gingerich, Jonh Walter y Michele Weiner-Davis. Por otra parte William Hudson O'Hanlon, quien radica en Omaha, Nebraska, no se asoció al centro de Milwaukee, pero estudió con Milton Erickson, consideraba que los límites que las personas atribuyen a sus comportamientos restringen la posibilidad de aplicar alternativas para solucionar sus problemas (O'Hanlon, 1989).

En este modelo retoman de Bateson, la idea de que la familia, el terapeuta y el equipo forman un sistema, que se comporta como la totalidad. Enfatizando las interacciones y relaciones que permiten a las personas una mayor cantidad de opciones para su desarrollo. De Shazer (1994) especifica que la psicoterapia es fundamentalmente una serie de intercambios lingüísticos. Considera que solo cuando por obra de esta conversación, el cliente empieza a dudar del encuadre inmutable de su situación difícil, podemos decir que se abre la puerta hacia el cambio y la solución. Centrados en el aquí y ahora, la brevedad está en función de la calidad y la eficacia, no del tiempo.

Del enfoque **constructivista** toman la idea de que no hay una realidad única, por lo que no se intenta imponer un criterio de normalidad, y consideran que no hay una única forma de vivir la vida. Incorporan de **Milton Erickson**, la idea de que no son importantes las clasificaciones patológicas, sino encontrar soluciones a los problemas. Consideran también que dentro de las personas ya hay una estructura con la capacidad de buscar la solución, y por eso en la terapia debemos estar centrados en los recursos y las estrategias de solución, de este modo la terapia se acorta. Un punto fundamental es

que las interacciones deben adaptarse al lenguaje del cliente, no solo para propiciar un acercamiento empático, sino para que se sienta comprendido, usando sus propias palabras, frases favoritas o a través del uso de metáforas. Estas consideraciones, se convertirán en el centro de las intervenciones del Enfoque Centrado en las Soluciones.

### **Premisas teóricas**

*“Cuando uno ha eliminado lo imposible, lo que queda, por improbable que parezca, debe ser verdad.” Sherlock Holmes*

El enfoque de Soluciones considera cliente, a quien esté más motivado al cambio. Los problemas no son cosas sino patrones del habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes; consideran que es posible desarrollar nuevos patrones si los esfuerzos terapéuticos se enfocan en los procesos que constituyen una excepción a la norma problemática (Freidberg, 1989).

El sistema conceptual del modelo, está basado en las siguientes premisas:

- 1) La resistencia no es un concepto útil: Las excepciones constituyen una alternativa mucho más útil.
- 2) La cooperación es inevitable: Cualquier cosa que el cliente traiga a terapia se puede utilizar como elemento de cooperación. Las conductas negativas pueden ser connotadas o reformuladas como intentos de solución y también las excepciones.
- 3) El cambio es inevitable: Llegará de manera inevitable como una excepción.
- 4) Sólo se necesita un pequeño cambio: Las partes de un sistema familiar, o un conjunto de problemas individuales están interconectados, de modo que un pequeño cambio en un elemento clave del sistema produce efectos en otras partes del sistema.
- 5) Los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar: Las terapias que enfatizan las fuerzas y recursos de las familias y pacientes para resolver sus problemas dan más resultados positivos que otras terapias.
- 6) Los problemas son intentos fallidos de resolver conflictos: Los problemas derivan de un tipo de solución, o su combinación (la negación del problema, la expectativa de que las cosas deben ser perfectas, despreciando los cambios graduales, y actuar en un nivel lógico equivocado).

- 7) No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo: Los problemas no se presentan todo el tiempo, hay excepciones temporales y circunstanciales. El terapeuta adopta el papel de Sherlock Holmes en la búsqueda y desarrollo de estas excepciones.
- 8) Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento: Es importante que el terapeuta induzca a los pacientes a describir como serán las cosas cuando resuelvan el problema actual y que lo describan como si se vieran en una cinta de video. Es muy importante reconocer que son ellos los únicos que pueden cambiarse a sí mismos.
- 9) La realidad es definida por el observador y el terapeuta participa en la construcción del sistema terapéutico: Nuestras teorías determinan lo que podemos observar. La visión del "ojo de Dios" objetivo es un mito. Las construcciones que no son ni demasiado parecidas ni demasiado insólitas para el paciente-familia son las que más posibilidades terapéuticas presentan.
- 10) Existen muchas maneras de enfocar una situación pero ninguna es más "correcta" que otra: No hay una explicación última de la realidad. Como terapeutas es importante no aferrarse demasiado a los propios modelos terapéuticos. Cuando la propia terapia centrada en la solución no parece adecuada, ¡Podemos cambiar de enfoque!

Lipchik (2002), propone algunas otras:

- 1) Cada cliente es único, y también, cada relación es única, es importante mantener la curiosidad.
- 2) Nada es totalmente negativo.
- 3) La terapia centrada en soluciones, avanza a paso lento, la brevedad es resultado de haber realizado la intervención correcta para el cliente determinado, y no la rapidez con la que se aplica la técnica.
- 4) Las emociones son parte de todo problema y de toda solución, el hecho de no conectarlos o hablar de ellos, podría limitar nuestra comprensión de ellos, su comprensión de sí mismos y las posibilidades de hallar soluciones.
- 5) No podemos cambiar el pasado, de modo que debemos centrarnos en el futuro ¿qué cree que necesitaría ahora, o en el futuro, para aceptar el hecho de que eso ocurrió o comenzó a dejarlo atrás?

Una vez explicitadas las premisas, veamos los modelos de evaluación y las estrategias de intervención del modelo Centrado en las Soluciones.

Este modelo tiene la intención desde el inicio de favorecer las condiciones del cambio. Dedicar poco tiempo a conocer el síntoma, explora las soluciones intentadas y busca elementos que son significativos o que hacen una diferencia.

### **El papel del Terapeuta y las Técnicas**

*“El problema no es tratar de adaptar la terapia a esa clasificación (diagnóstica) particular, sino que consiste en saber qué potencialidades le revela a usted el paciente de su capacidad para hacer esto o aquello.” Erickson*

El papel del terapeuta, es identificar y ampliar el cambio. Se centra en lo que los pacientes hacen y les da buenos resultados, se interesa en lo que es posible y puede cambiarse. Asume una postura de detective curioso, especialista solo en el desarrollo de las excepciones. No se preocupa por mantener el control, ya que no cree en la resistencia, sino en las formas de colaborar de las personas.

En el proceso terapéutico se debe alterar la forma de actuar y de ver el problema y, evocar recursos, soluciones y capacidades que pueden aplicarse a la situación percibida como problema. Durante la entrevista, junto con los clientes, se definen y establecen metas concretas e indicadores de éxito:

- a) Qué específicamente desea cambiar
- b) Cómo sabrías si lo obtienes
- c)Cuál sería la demostración de que lo obtuviste
- d) Cuándo desearías ser capaz de efectuar esta conducta y cuando no
- e) Qué pasaría con las personas cercanas si lograras tu cambio
- f) Qué te impediría tenerlo o qué quieres para ser capaz de lograrlo
- g) El cambio lo debe iniciar y mantener la persona.

O’Hanlon y Weiner-Davis (1989), describen tres tipos de intervenciones globales:

1. Las que actúan sobre la secuencia sintomática,
2. Las que lo hacen sobre el patrón del contexto que rodea dicha secuencia, y
3. Las tareas de fórmula.

Las Intervenciones **sobre la secuencia sintomática**, involucran una evaluación del síntoma y las conductas que lo acompañan, los 8 pasos del modelo de soluciones (O'Hanlon y Weiner-Davis 1989) son: cambiar la frecuencia de la queja, cambiar el tiempo de ejecución de la queja, cambiar la duración de la queja, cambiar el lugar donde se presenta la queja, añadir al menos un elemento nuevo al patrón de la queja, cambiar la secuencia de los elementos en el patrón de la queja, descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos mas pequeños, unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.

Las intervenciones **sobre el patrón de contexto**, requieren conocer la secuencia sintomática y su contexto más amplio. El terapeuta pide descripciones de conductas e interacciones relacionadas con el síntoma y altera las que parecen acompañarlo habitualmente.

**Las tareas de fórmula**, o llaves maestras, como su nombre indica, son intervenciones generales, que se prescriben independientemente del contenido concreto del problema del cliente. Hay tres tipos: la tarea de fórmula de la primera sesión, la tarea sorpresa y las tareas genéricas orientadas a soluciones eficaces.

- **La tarea de fórmula de la primera sesión**, identifica los aspectos satisfactorios de la vida del cliente y lo define como una persona capaz de hacer cosas positivas. Al final se le dice “Desde ahora y hasta la próxima entrevista observe y anote aquello que ocurre en su familia, vida, matrimonio o relación, que quiere seguir manteniendo”.
- **La tarea de la sorpresa**, pide a los clientes que hagan algo nuevo y sorprendente, propiciando que las sorpresas se conviertan en soluciones nuevas y eficaces.
- **Las tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces**, si el cliente no logra provocar de forma deliberada la solución adecuada, porque no logra encontrar la diferencia entre el contexto de la conducta sintomática y el momento en el que no se presenta, se pueden dar dos situaciones: si piensa que el síntoma depende de algo que él hace, o que se debe a circunstancias externas. En el primer caso se le sugiere “Fíjese en qué hace cuando espera el síntoma o la conducta

asociada al problema”, en el segundo caso “Prediga todas las mañanas si antes del medio día tendrá una solución eficaz”.

Otras estrategias importantes, del modelo son (De Shazer, 1994):

**La pregunta del milagro** que se plantea de la siguiente manera: “Supongamos que una noche, mientras estás dormido, se da un milagro y tus problemas están resueltos, ¿cómo te darías cuenta? ¿cuál sería la diferencia?” estas preguntas parecen activar el proceso para resolver los problemas en las personas dándoles una visión más clara de sus objetivos.

**La pregunta sobre la excepción**, sirve para aminorar el problema del cliente y su origen, dirigiendo su atención únicamente hacia lo positivo de su vida antes o después del problema. Se sitúa al paciente en el pasado o en el presente, cuando no presentaba el problema y se hace una comparación de sus conductas y actitudes antes y después del problema: ¿cómo era tu vida antes del problema? ¿cómo te darías cuenta que el problema ya no existe?

Las ventajas del modelo, según Espinosa (2004) “son que está caracterizado por la sencillez, concreción y reducción al máximo de presupuestos e inferencias”, y esto permite un acercamiento más amable hacia y con la familia. Pues se le considera bien intencionada y experta en sus soluciones. Desde esta mirada, se reconoce que las familias saben cómo resolver sus retos, solo que hay situaciones nuevas o que les sorprenden y tardan en recuperar su propia sabiduría.

Como hemos visto en este recorrido por los modelos modernos: Estructural, Estratégico, Enfoque Centrado en los Problemas (MRI), Enfoque Centrado en las Soluciones y las primeras etapas de Milán. Los terapeutas estaban enfocados en generar hipótesis (abarcadoras) que pudieran explicar lo que ocurría en los miembros de la familia, para poder hacer intervenciones estratégicas (mientras más espectaculares, mejor), que apuntaran a diferentes objetivos (estilos de comunicación, interacciones, problemas, soluciones, estructuras, sistemas, subsistemas, jerarquías, juegos psicóticos, secretos, etc.). Lo que todos tenían en común era la búsqueda del cambio.

## 2.2. Modelos Posmodernos

Revisaremos a continuación, los principales representantes y propuestas de los modelos de Terapia Familiar Posmoderna. Entre los que encontramos: la Narrativa, los Equipos de Reflexión y la Terapia Colaborativa. Estos modelos se caracterizan porque ven a la terapia como un proceso colaborativo del sistema terapéutico conformado por el terapeuta, el cliente y su contexto, donde el terapeuta contribuye con el paciente en la construcción de una historia que resuelva o disuelva los problemas presentados por la historia familiar en el presente.

### a) Modelo de Terapia Narrativa

---

*“El lenguaje puede dar a los hechos la forma de relatos de esperanza.” White.*

*“La experiencia no es lo que le ocurre a uno. Es lo que uno hace con lo que ocurre.” Huxley.*

¿Qué es la Terapia Narrativa? Es la terapia basada en la búsqueda de historias alternativas. Que implica una manera de entender la identidad de las personas, los problemas y los efectos que estos tienen en las vidas de las personas, involucrando, un modo particular de hablar con las personas acerca de sus vidas y sus problemas, así como una manera distinta de entender la relación terapéutica y la terapia en sí.

En los 80's, la Terapia Narrativa, llama la atención, porque propone separar la identidad de las personas, de sus problemas. Dando espacio a tomar otra postura frente a sus problemas, y los efectos de éstos en su vida. Bertrando, plantea con mucha claridad, cuál es la génesis de esta aproximación: "En la terapia familiar el modelo más coherente y completo de terapia narrativa no procede de elaboraciones de clínicos muy conocidos, sino de la periférica y marginal Oceanía" (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Sus pioneros y principales representantes son: Michael White, en Australia, y David Epston, Nueva Zelanda. Ellos hicieron su trabajo de manera independiente, pero reconocen una mutua influencia e intercambio de ideas, que promovió la construcción de un sólido cuerpo teórico y un bagaje práctico abundante (White y Epston, 1993).

White reconoce que las influencias teóricas que sustentan el modelo fueron Gregory Bateson y Michel Foucault. De Bateson tomaron, que el acento está en el proceso de cómo las personas adquieren el conocimiento de sus mundos (es decir su epistemología), y la idea de la diferencia que hace la diferencia, atendiendo la forma en que los seres vivos pautan el mundo que habitan, siendo la pauta un acto de interpretación, esta idea se ve reflejada en la metáfora narrativa.

De Foucault retomaron la reflexión que hace sobre la unión del poder y el conocimiento, y la forma en que las “verdades absolutas” se vuelven una forma de control social, que convierten a las personas en sujetos-objetos del discurso, en cuerpos dóciles sometidos a las normas dictadas por el poder (Foucault, 1990). De estas ideas surge la Externalización, que será la principal aportación de White, se trata de separar a la persona del problema, permitiendo que se agencie del propio poder sobre sí.

Algunas premisas que sostienen al enfoque Narrativo, son: La **narración**, es vista como una de las formas más poderosas en la comunicación humana, ya que la estructura narrativa está presente en cualquier interacción social, por simple que sea. Para ser eficiente la narración, requiere una acción dirigida a metas, orden secuencial, sensibilidad a los cánones sociales y un narrador. Considerando que las narraciones están compuestas por **panoramas** duales: el **de la acción**, que describe los temas que se desarrollan en el tiempo; y el **de la conciencia**, conformado por las interpretaciones de los personajes y el lector sobre los hechos que se desarrollan en la historia (Bruner, 1990; y White, 1994).

La **metáfora narrativa**, implica ocuparnos en la práctica, especialmente de atender a los efectos reales de las historias que constituyen las vidas de las personas. Involucra, el uso de los relatos para organizar, predecir y comprender la complejidad de las experiencias de la vida, para dar cuenta de porqué nuestras opciones se configuran en gran medida, por los significados que atribuimos a los acontecimientos y a las alternativas que consideramos.

Esto nos lleva directo a la necesidad de objetivar y **externalizar** los relatos, permitiendo que las personas separen su identidad de la historia, brindando de este modo, libertad de explorar otras ideas, formas de ser y estar en sus vidas. Las conversaciones terapéuticas influirán, entonces sobre, la configuración de las historias que organizan, la interpretación que nuestros clientes hacen de las situaciones que viven. Indagando qué

discursos sostienen las historias del problema y para buscar las experiencias extraordinarias, que no han sido contadas (Freeman, Epston, y Lobovits, 2001; y White, 1995).

Para conseguir estas metas, la narrativa plantea **algunas prácticas**, como caminos posibles, con la idea permanente de que no hay una sola forma correcta de hacerlo, dando paso a la multiplicidad.

White (1995), menciona que la *conversación externalizadora*, tiene por objetivo alentar a las personas a que relaten de qué manera el problema ha estado afectando sus vidas y sus relaciones. A través de preguntas como: ¿de qué modo está afectando tu vida el problema? ¿cómo interfiere en tus relaciones de amistad, familia, etc.? ¿cómo crees que está afectando el modo en que X se siente a cerca de sí mismo? ¿cómo está afectando el problema la imagen que X tiene de sí mismo como persona? ¿qué tipo de interacciones le está imponiendo en sus relaciones con otras personas?

También proponen las *preguntas de influencia relativa* ayudan a hacer una descripción más detallada de la que habitualmente hacen del problema, permitiendo trazar su historia e invitan a considerar la influencia que en el pasado han tenido sobre distintas áreas de su vida y relaciones. Estas preguntas dan lugar a que las personas identifiquen sus competencias, recursos, preferencias, sueños, y deseos que contradicen la historia dominante.

Este rastreo puede dar paso a otra propuesta, conversar sobre los *eventos extraordinarios*, es decir, situaciones que se encuentran fuera de la narración dominante del problema, donde éste ha tenido menos influencia, ha sido menos significativo o no apareció. A medida que los relatos alternativos se prestan a ser representados, es posible expresar y difundir otros aspectos, amables, pero anteriormente negados, de la experiencia de la persona. Invitar a las personas a convertirse en espectadores de su propia representación de estos relatos alternativos favorece la supervivencia de los relatos y el sentido de agencia personal. Esto puede ocurrir alentando a las personas a identificar aquellas expresiones de aspectos de la experiencia vivida que previamente habrían quedado sin relatar, y a revisar los verdaderos efectos de estas expresiones sobre sus vidas y sus relaciones (White y Epston, 1993).

Las *conversaciones de re-autoría*, son una propuesta que ayuda a colocar los eventos extraordinarios dentro de un contexto que les da significado y coherencia. En estas conversaciones se invita a las personas a hacer lo que generalmente hacen, unir situaciones de sus vidas en una secuencia a lo largo del tiempo, de acuerdo con la trama. Haciendo preguntas sobre el panorama de la acción y de la conciencia, para crear el andamiaje que motiva a las personas a entender lo que sucedió, cómo ocurrió y qué significado tienen este evento extraordinarios en su vida. Facilitando que se replanteen la vida y sus historias de otra forma.

Cuando va surgiendo la nueva historia la tarea terapéutica es cooperar con las personas para que ésta nueva narración adquiera fuerza y forma, White y Epston (1993) proponen para esta tarea: *Las conversaciones de remembranza, la inclusión de coterapeutas expertos*, (antiguos clientes expertos en lidiar con el problema), *participar en rituales y celebraciones, ceremonias de definición con grupos de testigos externos, usar documentos terapéuticos como diplomas, certificados, manuales, notas de sesión, videograbación, etc., usar las cartas terapéuticas*. Señalando que cualquier opción de estas, es una forma de enriquecer las descripciones sobre las personas y sus vidas.

En este sentido, el papel del terapeuta facilita unos relatos alternativos coherentes y duraderos cuando (Freeman, et al, 2001):

- ❖ Es un lector ávido de las excepciones de la influencia del problema;
- ❖ Se siente curioso y apasionado por las capacidades de la familia y las emplea para elaborar descripciones alternativas convincentes;
- ❖ Se interesa mucho por las posibilidades nuevas y preexistentes de cambiar la situación con el problema;
- ❖ Por último se convierte en coautor de una historia significativa de cambio dentro de la familia.

Finalmente consideremos que los caminos y las posibilidades son múltiples y muy enriquecedoras, no sólo para la vida de los consultantes, sino para la del terapeuta.

Para finalizar este apartado, compartiremos algunas de las preguntas que surgieron, y que podrían ser útiles para el trabajo desde la mirada narrativa:

¿Es posible que un modelo teórico, con aplicación práctica-clínica pueda afectar otras áreas de la vida del terapeuta?

¿Qué ideas tiene el terapeuta de las personas con las que trabaja de manera cotidiana, y cómo influye eso en su trabajo?

¿Qué idea tiene de sí mismo cuando hace terapia, bajo los modelos narrativos?

¿De dónde vienen estas ideas sobre los consultantes y sobre sí mismos en la terapia?

A partir de los trabajos de diferentes teóricos de la Posmodernidad y con la influencia de la Terapia Narrativa, surge la Terapia Colaborativa, que revisaremos brevemente a continuación.

## **b) Terapia Colaborativa**

---

*“El enamoramiento, pasa cuando uno se encuentra con otro en el deseo de ampliar todas las dimensiones de aceptación del otro como un legítimo otro en convivencia con uno.” Maturana.*

La aproximación colaborativa se basa en que el cliente y el terapeuta tienen la misma dignidad en cuanto a la experiencia vivida, una experiencia humana ambigua y rica de significados, donde el cliente es experto en su vida, el terapeuta, por su cuenta, lo es en las técnicas y en sus habilidades para conducir la conversación. (Bertrando, 2004).

Al igual que en la Narrativa, el objetivo es tratar el material que el cliente expone en la sesión como un texto, solo que el abordaje es un tanto distinto, se trata de *no saber*, lo que implica escuchar las historias de los clientes implicándose en la conversación, donde las preguntas conversacionales nunca proceden de técnicas, métodos o de una lista elaborada previamente, surgen del esfuerzo por no entender, por no saber (Anderson, 1997).

Aquí radica la diferencia, entre las terapias narrativas y las conversacionales, la primera se enfoca en la historia del cliente, para transformar las metáforas, a través de preguntas codificadas y estructuradas. En las terapias conversacionales, el foco es el *stream*

*consciousness* (transmitir la consciencia), el punto central de la terapia es la conversación, y de este modo el objetivo de la terapia es incierto.

Haciendo un poco de historia, el Galveston Family Institute se fundó en 1989 (después será nombrado Houston Family Institute) por el equipo conformado por Harlene Anderson, Paul Dell, George Pullian y Harry Goolishian.

Harlene Anderson y Harry Goolishian son considerados los terapeutas posmodernos más destacados. Goolishian trabajó 20 años en el MRI, y fue hasta que abandona la concepción mecánica de la cibernética, y entrar en una posición flexible y fluida que logra ser reconocido. Influídos por el construccionismo social de Kenneth Gergen, consideran que es imposible la existencia de una realidad objetiva, que se pueda conocer, por lo tanto, la terapia no pretende conocer el problema o descubrir la solución, busca más bien construir con el cliente significados alternativos a través de la conversación.

Por otra parte, a pesar de que Anderson refiere que la perspectiva es original, Goolishian reconoce la influencia de Bion, Winnicott y Rogers, terapeutas que ponen en segundo plano la personalidad del terapeuta, para dar relieve a la creatividad de los clientes, con la finalidad de que la terapia se convierta en un espacio libre para la conversación.

Dentro de las **premisas centrales** del enfoque colaborativo, conciben a la **terapia** como un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas, donde no hay técnicas, pues buscan posibilidades, significados y comprensiones (Anderson, 1997).

En esta aproximación, más allá de los elementos técnicos, pues no existe “La Psicoterapia”, sino sólo ese determinado encuentro terapéutico que desarrolla esa situación relacional. Se coloca el peso en los conceptos teóricos rectores:

- ∞ Es a través de las realidades construidas socialmente, que las personas organizan y significan sus vidas.
- ∞ Los sistemas humanos son generadores de lenguaje y de significados.
- ∞ Los significados y la comprensión de estos son construcciones sociales.
- ∞ El ser es un compuesto relacional, social
- ∞ Los problemas existen en el lenguaje y son propios del contexto lingüístico en el que se crearon.

- ∞ Los sistemas se forman dialógicamente en torno a los problemas (dentro o fuera del contexto terapéutico)
- ∞ El terapeuta es un artista de la conversación, un participante colaborativo que la facilita.
- ∞ El cambio en la terapia es resultado de la construcción de nuevos significados, de las re-narraciones y nuevas construcciones.

Los **problemas son vistos como asuntos a tratar en el discurso**, el significado que se le atribuye, son realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas con el lenguaje. De este modo los problemas no son constantes y se disuelven en el lenguaje.

Finalmente, la co-creación de historias nuevas, da lugar a una nueva orientación de sentido, una nueva historia, un nuevo diálogo y un nuevo futuro. El no-saber, se refiere a la actitud y creencia del terapeuta de que no tiene acceso a la información verdadera, que nunca podrá comprender completamente a su cliente, por lo que requiere estar informándose, aprendiendo más de lo que se ha dicho o no dicho, es también una postura de humildad sobre lo que se sabe.

Para concluir este apartado, es importante resaltar que la Terapia Colaborativa, más que una técnica es una postura la de no-saber, una actitud para escuchar y entablar una conversación rica de significados, que promueva la curiosidad del terapeuta en un espacio de libertad.

A continuación se revisará el Equipo Reflexivo, la tercera y última propuesta que se revisará de los modelos informados por el pensamiento Posmoderno.

### c) Equipo Reflexivo

---

*Mi premisa es que lo único que tenemos es el cuerpo, la fisiología y las conversaciones.*

*No hay nada que pruebe la existencia de construcciones psicológicas,  
tales como el ego, el super-ego, el inconsciente, etc.*

*Estas construcciones de las que hemos hablado tanto  
como si realmente existieran son un producto del lenguaje,  
de un tipo de lenguaje muy practicado.*

*Si uno empieza a hablar demasiado acerca de algo,  
termina creyendo que realmente existe. Andersen*

Tom Andersen, inicia su trabajo en el contexto de su natal Noruega, con la intención de llevar equipos de salud mental a las comunidades, en ocasiones lejanas. Hagamos una breve historia:

- ∞ 1974-1978, iniciaron las lecturas de Haley, Minuchin y Watzlawick, representantes de los modelos estratégicos y estructurales, sin grandes resultados.
- ∞ 1978-1984, entran en contacto con el trabajo de Lynn Hoffman, Luigi Bóscolo, Gianfranco Cecchin y Phillipa Seligman, desde el enfoque de Milán, centrándose en el proceso de la entrevista, más que en las intervenciones.
- ∞ 1984-1987, trabajan a la manera de Milán, con un equipo interdisciplinario, centrando la atención en las preguntas que se formulaban. Surge la idea de que la gente les viera cuando trabajaban en el equipo, y lo experimentan con excelentes resultados.

Entre los fundamentos teóricos, que inspiran el trabajo del Equipo Reflexivo, está Bateson, de quien retoman la palabra **diferencia que hace la diferencia**, que se refiere a que un cambio es una diferencia a lo largo del tiempo causada por una diferencia. Por lo tanto, las preguntas más útiles en psicoterapia serán aquellas que engloban comparaciones y relaciones, favoreciendo la conciencia de las diferencias, haciendo factible el cambio a través de la posibilidad de elegir.

A lo que Andersen propone: *si la gente se ve expuesta a lo usual, lo inusual podría inducir un cambio. Tratando de brindar algo inusual, pero no demasiado* (Andersen, 1994, p 41).

Después retoman de Maturana y Varela que, sobre la base de la comprensión biológica de que una persona está fuertemente determinada desde el punto de vista estructural. Sin embargo, las personas cambian constantemente. Consideran a la persona en su totalidad. *Nuestra comprensión es que en cierto momento, una persona puede ser solo la persona que es, sólo puede reaccionar a una situación determinada de una de las maneras que tiene en su repertorio, sin embargo, puede cambiar a lo largo del tiempo cuando algunas maneras viejas desaparecen y otras emergen* (Andersen, 1994, p 42). Este fenómeno en la clínica involucra la necesidad de conservar la integridad de los pacientes, respetando sus ritmos y siendo sensibles a sus signos.

Además junto con Bateson y Maturana, consideran que el foco de atención está en la evolución de las ideas sobre el problema a lo largo del tiempo. Lo que implica que la conversación con el entrevistador permite una visión evolutiva en vez de estática del problema. No existen verdades absolutas, el entrevistador a través de preguntas permite ampliar el campo de alternativas de los clientes.

Por otra parte retoma del Constructivismo Radical de von Glaserfeld, la idea de que existe un "Multiverso" más que un "Universo" y una objetividad inalterable es central en el pensamiento del Equipo Reflexivo. Un fenómeno puede describirse y comprenderse de diferentes maneras. La "realidad" solo existe en la medida que es "percibida". No niegan la existencia de la realidad, pero prefieren pensar que no existe fuera del sujeto que la percibe.

Finalmente de Maturana y Varela incorporan también la idea de que los sistemas de significado forman organizaciones. Andersen y su equipo entienden la organización como dos o más personas que tienen por lo menos una idea de interés común. A fin de cuentas como dice Varela, cuando realizamos un cuidadoso examen de una observación se destapan las cualidades del observador.

## Guías del Trabajo Reflexivo

*“En circunstancias de tensión la persona reduce su inspiración” Andersen.*

Estas guías son solo un andamiaje que puede cambiar, centrando la conversación en la pregunta ¿Cómo puede haber una conversación significativa entre el sistema fijo y nosotros? La clave es hacer preguntas que faciliten las descripciones dobles, pues éstas son las que dan perspectivas a un mismo fenómeno.

Esta es la guía de estas preguntas que facilitan las descripciones dobles:

- En comparación con: ¿Cómo está ahora comparado con entonces? (diferencia a lo largo del tiempo, cambios).
- Describir el fenómeno como parte de una relación: ¿A quién le gustó más?
- Comparar relaciones: ¿Encontrarse con qué nieto hace al abuelo más feliz?
- Comparar soluciones que se intentaron: ¿Quién hizo qué?
- En relación con: ¿cuáles fueron las circunstancias?
- Diferente de: ¿Cuándo comenzó? ¿Cuándo empeoró?

Estos son algunos ejemplos de los diversos tipos de preguntas que pueden facilitar información a través de pensar en diferencias. Además, las preguntas que el entrevistador puede hacer **para la apertura en el trabajo con el equipo reflexivo** son las siguientes según Andersen:

*¿Por qué los presentes están interesados en esta reunión? ¿De quién fue la idea de hacer esta reunión? ¿Con quién habló antes esa persona sobre esta idea? ¿Cuál fue la segunda persona con la que habló? ¿A quién se informó a continuación? ¿A quién le gustó la idea? ¿Quién tuvo reservas? ¿Hubo alguien en contra? ¿A quién entre los presentes le gustó más la idea? ¿Quién tuvo más dudas? Si la persona que hizo la sugerencia de la reunión no la hubiera hecho, ¿alguien más la hubiera hecho? ¿quién? (Andersen 1994, p 64).*

No hay reglas fijas, para el trabajo con equipo reflexivo, pero sugiere:

- Iniciar preguntando a la persona más decididamente comprometida con el encuentro.

- Da a la familia la oportunidad de decir qué temas les gustaría que se tocaran, y consultarles si quieren hablar de otro tema.
- No seguir una apertura cuando el propio investigador considera que es desagradable, pues los temas desagradables restringen la curiosidad. Sugieren hacer preguntas apropiadamente poco usuales, no tanto, que no generen cambios, ni tan inusuales que bloqueen la comunicación.
- Cuando el equipo tiene ideas, el entrevistador y la familia deciden si quieren escucharlas, y les da indicaciones para escucharlas.
- Las reflexiones toman la forma de diálogo, dejando que queden muchas preguntas sin respuesta, no se dan connotaciones negativas, los temas se mencionan en forma de dilemas.
- Se muestran en forma reflexiva los sentimientos, que evocan los temas en el equipo.
- La duración es de 5 a 10 minutos, a veces más.

Para participar en la conversación como equipo reflexivo, Andersen tiene tres guías más:

1. Habla solamente sobre algo que vio o escuchó en la plática. Evita dar opiniones, hacer declaraciones o interpretar significados. Si uno de sus compañeros participa con una interpretación, le pregunta ¿Qué de lo que viste u oíste de la plática con la familia te llevó a tener esa opinión?
2. Se siente libre de comentar sobre todo lo que oyó pero no sobre todo lo que vio. Las familias deben de tener el derecho de no hablar sobre lo que no quieren incluso si momentáneamente algo se les escapó de forma no verbal.
3. Prefiere no ver a la persona mientras el equipo reflexiona para no obligar a los miembros de la familia o al cliente a escuchar.

Para concluir, retomaremos en las palabras de Andersen, la idea de dejar hacer, y dejar que las cosas simplemente ocurran: *“A lo largo de los años me di cuenta que muchos tienen dificultades para permitir que la respiración venga sola. Es como si la quisieran controlar. Hay algo extraño en el hecho de permitir que la respiración llegue sola. Parece que requiere mucho coraje”* (Andersen, 1994).

## CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.

Para finalizar este segundo capítulo, sólo queda agregar que en este recorrido, se vivieron dos grandes momentos, en la primera etapa en el surgimiento de las Terapias Familiares Sistémicas, la influencia del modelo mecanicista de las ciencias duras, dio como resultado, que los planteamientos tengan la pretensión de que el terapeuta tenga el control de la entrevista, de las técnicas, incluso de los valores o la visión del mundo que darán estructura a cómo deberían ser las familias.

En el otro extremo, en un segundo momento, encontramos las terapias familiares posmodernas, influidas por los constructivistas y los construccionistas, que asumirán una postura flexible y fluida frente al cliente, donde se resalta el valor de una conversación rica de contenidos y significado, desde una postura de no-saber, mientras abandonan las técnicas y las prescripciones casi teatrales.

Se puede decir que las Terapias Familiares Sistémicas y Posmodernas, ofrecen un amplio abanico de opciones que permitirán ir probando cuál es la postura teórico-epistemológica que mejor se ajuste al sistema terapéutico, acorde a la población, recursos, tiempos y contextos, en el mejor de los casos.



### CAPÍTULO 3.

## DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES



*“Un pensamiento lleno de amor  
tiene un efecto positivo en nuestra  
salud, tanto física como mental.*

*Tiene la fuerza de sanar” Thich Nhat Hanh*

El objetivo general de la Residencia en Terapia Familiar, es capacitar a los estudiantes para que se conviertan en especialistas, con una visión que les permita abordar diversas problemáticas, desde la visión sistémica y posmoderna. Para lo cual el egresado deberá contar con distintas competencias, entre las que se cuentan:

- ∞ *Habilidades teórico conceptuales*, que contemplan el conocimiento, análisis y discusión de los diferentes modelos estudiados en el programa.
- ∞ *Habilidades clínicas*, de detección, evaluación y tratamiento, que involucran el desarrollo de capacidades que permitan llevar a cabo con eficacia las distintas etapas del proceso terapéutico.
- ∞ *Habilidades de investigación y enseñanza*, que implican el desarrollo de competencias profesionales para el diseño y elaboración de proyectos de investigación cualitativa y cuantitativa, proyectos de salud comunitaria y elaboración de productos tecnológicos.
- ∞ *Valores éticos y de compromiso social*, que involucran una postura de respeto, confidencialidad, compromiso y tolerancia hacia las familias consultantes y hacia otros colegas.

Por tal motivo, este capítulo se compone de los trabajos que muestran el desarrollo de habilidades clínicas, y habilidades de investigación y enseñanza. Se presentarán dos casos clínicos, las investigaciones realizadas, los productos tecnológicos, el programa de intervención comunitaria y los trabajos expuestos en foros académicos.

## 1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

Como parte de adquisición de *habilidades clínicas*, atendí en supervisión directa: 2 familias como terapeuta y 6 en coterapia; en supervisión narrada: 3 como terapeuta y 2 en coterapia, completando un total de 90 horas de trabajo con las 13 familias, con 10 procesos concluidos y 3 inconclusos, como se puede ver en el cuadro siguiente.

### C. 10. CONCENTRADO DE FAMILIAS ATENDIDAS POR LINDA MARTÍN, 7<sup>a</sup> GENERACIÓN DE LA MAESTRIA EN EL PERIODO (2007-2009).

| Familia | Motivo de Consulta   | Terapia/<br>Coterapia | # Sesiones y<br>conclusión<br>de proceso | Supervisor y tipo<br>de supervisión | Modelo de<br>intervención |
|---------|--|-----------------------|--|-------------------------------------|---------------------------|
| D.      | Depresión, ansiedad, y problemas de Salud                                  | Coterapia             | 11 sesiones/<br>Concluido                | Mtra. Erika Trujillo/Directa        | Soluciones                |
| M. E.   | Dificultad para establecer acuerdos con abuelos en la educación del hijo.  | Coterapia             | 6 sesiones/<br>Concluido                 | Mtra. Erika Trujillo/Narrada        | Estructural               |
| P. A.   | Violencia de Pareja, y dificultades con hijos adolescentes                 | Coterapia             | 10 sesiones/<br>Concluido                | Dra. M. Elena Rivera/Directa        | Estratégico               |
| B. L.   | Dificultades en la relación de pareja, por infidelidad y duelo por aborto. | Coterapia             | 6 sesiones/<br>Concluido                 | Dra. Noemí Díaz/Directa             | Terapia Breve             |
| F.      | Efectos de la ruptura de pareja  | Coterapia             | 7 sesiones/<br>Concluido                 | Mtra. Guadalupe Santaella/Directa   | Terapia Breve             |
| Ch. Y   | Dificultades en la relación de pareja, infidelidad y separación            | Coterapia             | 5 sesiones/<br>Inconcluso                | Mtra. Erika Trujillo/Narrada        | Soluciones                |
| G. V.   | Padre con esquizofrenia, divorcio y duelo con las hijas                    | Coterapia             | 6 sesiones/<br>Concluido                 | Dr. Raymundo Macías/Coterapia       | Modelo Integrativo        |
| R.      | Adaptación de sobreviviente de Secuestro a la familia.                     | Terapia               | 8 sesiones/<br>Concluido                 | Mtra. Erika Trujillo/Narrada        | Narrativo y Soluciones    |
| B.      | Violencia en pareja de la 3 <sup>a</sup> edad                              | Coterapia             | 6 sesiones/<br>Inconcluso                | Mtra. Rosario Muñoz/Directa         | Terapia Breve             |
| A.      | Dificultad para adaptarse después de divorcio.                             | Terapia               | 8 sesiones/<br>Concluido                 | Mtra. Erika Trujillo/Narrada        | Soluciones                |
| I.      | Dificultad con pareja porque su esposo fue infiel con otro hombre          | Terapia               | 5 sesiones/<br>Inconcluso                | Mtra. Carolina Díaz-Walls/Directa   | Milán                     |
| R. J.   | Dificultad en la relación madre-hijo                                       | Terapia               | 6 sesiones/<br>Concluido                 | Mtra. Erika Trujillo/Narrada        | Soluciones                |
| F. L.   | Dificultades sexuales en la pareja   | Terapia               | 6 sesiones/<br>Concluido                 | Mtra. Nora Rentería/Directa         | Equipo Reflexivo          |

En este apartado se presentarán dos casos, exponiendo, los datos<sup>1</sup> necesarios para hacer la evaluación clínica, el resumen de la intervención terapéutica, evaluación del proceso, observaciones y el análisis teórico. Se escogieron porque la configuración es de familias extensas, dando paso al análisis teórico-conceptual sobre la construcción de realidades familiares. Cabe aclarar que la presentación de la información de ambos casos es distinta, porque fueron abordados desde distintos modelos de terapia familia.

### *Contexto del proceso terapéutico*

En ambas familias se trabajó en coterapia con la Mtra. Paulina Carrillo Ávalos, con la Supervisión de la Mtra. Erika Trujillo y fueron atendidos en el Centro Comunitario San Lorenzo (para mayor información del centro, ver en el capítulo 1).

En el caso de Dolores, todo el proceso terapéutico fue videograbado, con su consentimiento, y se llevó una sesión a supervisión con el Dr. Flavio Sifuentes, que estaba a cargo de la supervisión videograbada.

En ambos casos las sesiones estaban divididas en 5 fases:

- 1) Pre-sesión, donde se comentaba información significativa de las sesiones anteriores y se revisaban objetivos, tareas y/o temas pendientes a tratar,
- 2) Sesión, donde se desarrollaba la conversación,
- 3) Pausa terapéutica, la consultante iba a la sala de espera y el equipo terapéutico discutía sus observaciones, proponía algunas intervenciones y se construía el mensaje del equipo,
- 4) Mensaje, se le transmitía el mensaje y cierre de la sesión, y
- 5) Post sesión, el equipo terapéutico nuevamente se reunía a discutir y reflexionar lo ocurrido en la sesión y se daba un espacio a la Cibernética de Segundo Orden.

---

<sup>1</sup> Para mantener la confidencialidad de las familias se modificaron los nombres y algunos datos.

## 1.1. Caso clínico “Ausencias y presencias de una abuela mexicana”<sup>2</sup>

### DATOS PERSONALES:

**Nombre de la Consultante:** Dolores “una abuela que amaba demasiado”

**Terapeutas tratantes:** Paulina Carrillo y Linda Martín

**Supervisora:** Mtra. Erika Trujillo

**Modelo Utilizado:** Terapia Breve enfocada a las Soluciones

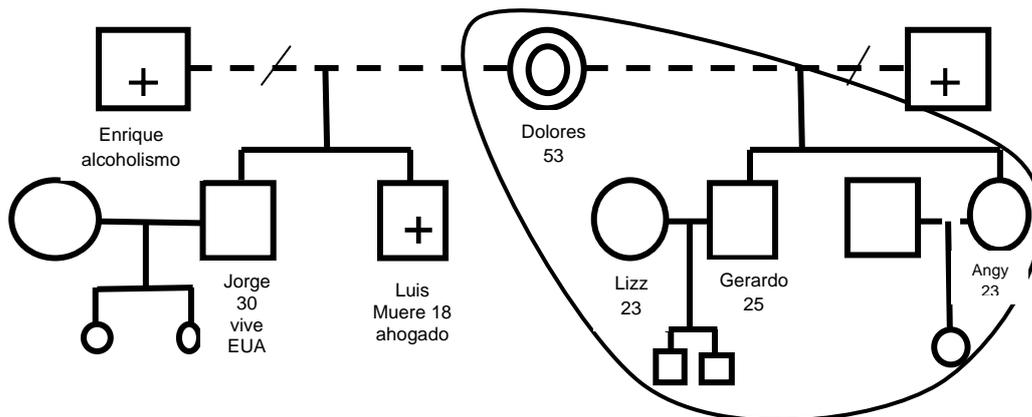
**Equipo Terapéutico:** Brenda Araujo, Yuliana León y Homero Orozco

**Periodo:** Junio a diciembre del 2008.

**No. de sesiones:** 11

**MOTIVO DE CONSULTA:** Dolores siente depresión y nervios, que se manifiestan a través de síntomas físicos, como dolor de cabeza y mareo, y la constante preocupación por la idea recurrente de que cree que se va a morir. Refiere que está muy nerviosa y que necesita “ordenar su mente” para poder activarse, porque no le importan las cosas, pero se la pasa preocupada.

### FAMILIOGRAMA:



### EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

**Pautas de interacción sistémica:** Esta es una familia extensa, formada por la Sra. Dolores de 53 años, su hija Ángeles de 25 con su pareja y la nieta de 4 años; y Gerardo de 23 con su esposa Lizzet de 22 y sus nietos Juan y Oscar de 5 y 1 años respectivamente. Lolita tiene constantes fricciones con Ángeles porque la considera irresponsable. Con Gerardo y Lizzet discute porque ellos se pelean constantemente y los niños se dan cuenta, él tiene trabajos temporales y Lizzet colabora con Lolita en su

<sup>2</sup> La terapia se desarrolló en dos etapas: 1ª etapa: 6 sesiones, con el equipo de coterapia formado por Paulina y Linda, y el equipo terapéutico por Brenda, Yuliana y Homero, con la presencia de la Supervisora, la Mtra. Erika Trujillo. 2ª etapa: 5 sesiones, conservando el equipo de coterapia, con supervisión narrada.

puesto del mercado para apoyar con el gasto familiar. La relación con ambos hijos es intensa y hostil.

**Hipótesis sistémica:** Dolores ha vivido cuatro muertes significativas que no han sido elaboradas, después de la operación que tuvo recientemente también le afecta la idea de la propia muerte. No poner límites con sus hijos y estar pendiente de los problemas de los mismos, incide en su estado de ánimo; sin embargo esto la mantiene ocupada, la hace sentir responsable y activarse. Por otra parte, la preocupación por tener una relación de pareja la distrae de los problemas de interacción con sus hijos y de enfrentar sus duelos no resueltos.

**Soluciones Intentadas:** Actualmente recibe tratamiento psiquiátrico para combatir la depresión, y el psiquiatra la envió a terapia de grupo y asistió a tres sesiones y lo dejó, también asistió a un grupo de 4º y 5º paso de alcohólicos anónimos, donde aprendió a no enojarse tanto.

**Principales recursos para el cambio de la familia:** Compromiso y fe en la terapia. Constancia y preocupación por ella misma, aunado al deseo de sentirse mejor. Acepta bien los mensajes y realiza modificaciones que la hacen sentir mejor en la vida cotidiana. Además, Dolores es una mujer muy inteligente que ha salido adelante con sus hijos a pesar de todo, trabajadora, con sentido común y buena intuición para tomar decisiones, cuenta con sus hijos como red de apoyo, de forma recíproca.

#### *OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO:*

Lolita acude porque necesita ordenar su mente. Pero sobre todo quiere “ser feliz”, lo que significa para ella no tener preocupación, tener actividad de nuevo y que no le importen las cosas, “dejar de estar piense y piense”. Posteriormente surgió el tema de los duelos pendientes: de las parejas, la muerte de su madre, hermana, hijo y esposo, y la propia muerte, así como la adaptación al ciclo vital que atraviesa.

#### *RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA*

**ANTECEDENTES:** Lolita, en 1983, se separa de Enrique el padre de sus hijos mayores, quien muere 3 años después por alcoholismo. En agosto de 1992, muere también, su esposo Eduardo a causa de cirrosis hepática, motivo por el que queda desprotegida y sin dinero. En diciembre de 1992, muere su madre de un infarto, y su hermana de cáncer.

En abril de 1994, muere ahogado en una alberca su hijo Luis. En 2005 se iba a casar y terminó la relación, con Pancho, quien es muy significativo para ella. En marzo de 2008 presenta problemas de salud y la operan de piedras en la vesícula, lo cual la lleva a una depresión profunda. Ella sacó adelante a sus hijos después de la muerte de su esposo Eduardo, actualmente viven con ella los dos hijos menores y sus familias.

*INTERVENCIÓN:* En el primer encuentro Dolores llega como si estuviera ida, era complicado establecer contacto, porque se decía una cosa y ella entendía otra, llamaba poderosamente la atención que traía la mirada perdida, como sin vida. La paciente comenta que ha tenido una fuerte depresión, resultante de problemas de salud. Ha recibido tratamiento psiquiátrico y asistió a terapias grupales. Solicita ayuda porque se siente ansiosa, no le dan ganas de hacer nada y sobre todo se siente ida y triste. Quiere ser la de antes, alegre, activa. Refiere haber sido intervenida quirúrgicamente y en la operación sentía que se moría.

Una vez aclarado el motivo que la había traído, se le hizo **la pregunta del milagro**, **¿Cómo sería si ya todo se hubiera resuelto?** A lo que contestó: estaría activa, con el corazón contento y con la mente en orden. La intención era establecer objetivos terapéuticos, al final de esta sesión se le connotó positivamente por el hecho de que asistir ya es una forma de hacerse cargo de sí misma.

En la segunda sesión nuevamente dedica tiempo a describir sus problemas, y se le escucha con la intención de permitirle que se desahogue, finalmente se le solicita que responda a **la pregunta de la escala sobre su estado de ánimo**, esta vez para saber **¿cómo se va a sentir cuando llegue a 10 de sentirse bien?**

Para la tercera sesión, llega preguntándose **¿Quién le ha robado la alegría?** Ya le cambió el semblante, llega más arreglada y con mejor ánimo, parece como si hubiera despertado. Continuamos explorando **la escala de su estado de ánimo**. Esta vez comienza a describir cómo funciona el equipo de trabajo cuando van al puesto del mercado del que ella es dueña, debido a que se está preguntando si ya es tiempo de abrirlo de nuevo (por la operación lo cerraron) y en qué condiciones sería bueno hacerlo.

En la cuarta sesión, sigue mostrando avances en su estado de ánimo, pero esta vez describe los problemas que ha tenido con sus hijos por ser enojona, ellos consideran que

ha tenido mano dura para educarlos y a pesar de todo no se arrepiente. Se le **connota positivamente el enojo** y se le apoya a distinguir entre el enojo bueno y el enojo malo, el primero le ha permitido salir delante de las adversidades, el segundo lastima y a veces se vuelve contra ella. Cuando se le cuestiona sobre la escala del estado de ánimo, y refiere estar al 98% de lograr su objetivo, mencionando que la terapia está teniendo efectos muy positivos en ella y en su vida.

A la quinta sesión llega decaída, mencionando que el estado de ánimo está mejorando, pero su salud no está del todo bien. Mas tarde recuerda que algo que la preocupó mucho esa semana, fue la discusión que tuvieron los hijos que viven con ella, porque ella desea apoyarlos pero no puede. Se exploran sus recursos y se describe a sí misma como: tranquila, agresiva y reservada; todo esto le ha permitido sacar a sus hijos adelante después de la muerte del esposo. Cuando se le menciona la escala del estado de ánimo, refiere estar en 95%, y se le solicita centrar su atención en el 5% que le falta, aunque se le plantea la posibilidad de que no llegue al 100% de forma permanente y que estará bien, si a veces no se siente perfecta, lo importante es que se conserve en la intención de estar cada vez mejor.

En la sexta sesión llega muy contenta porque fue a un retiro espiritual, al que llevó a su hija (debido a que tiene problemas con el esposo). En esta sesión compartió que apoya a sus hijos, nueras y nietos económicamente. Refiere que viven en su casa porque les cuesta mucho trabajo reunir el dinero suficiente para independizarse, y aunque con mucha frecuencia se siente molesta porque le cargan la mano de cuidar a los nietos, para ella es como una terapia ocupacional que le hace sentirse mejor, y le da sentido a levantarse todos los días y tener comida para que los niños estén bien alimentados. Desde un estado más fuerte abre el tema de su sexualidad, de hecho hace bromas en torno a sus “sueños eróticos”. Menciona de pasada que aún no trabaja con la muerte de sus seres queridos, pero que la fe en Dios la ayuda a estar mejor. Se le solicita que tenga actividad física para que siga mejorando su estado de ánimo.

Llega a la séptima sesión refiriendo que ha estado más enojona y plantea sus dudas sobre continuar ayudando como lo hace a sus nueras e hijos, esta vez se le insiste en que se centre por su bien en las soluciones, que piense en sí misma y en que mantenerse activa le hace muy bien a su salud. Esta es la primera sesión sin equipo terapéutico y bromea diciendo, que ella necesita de tres terapeutas para arriba. Por primera vez luce

francamente estancada, sin tomar decisiones y buscando un problema para cada solución.

Por asuntos administrativos, Paulina falta a las sesiones ocho y nueve, en estas ocasiones la conversación completamente gira en torno al tema de pareja, donde hace un recuento histórico de sus esposos, parejas y pretendientes, que había mantenido en secreto por vergüenza. Menciona que ha vivido situaciones de violencia física y económica con sus parejas, especialmente su segundo esposo le dio “muy mala vida”, pero esto hizo que fuera independiente económicamente. Sin embargo está metida en la paradoja de que teme quedarse sola, pero todas las personas que se le acercan tienen múltiples defectos para ella, y después termina conformándose con cualquiera y dejándolo por lo mismo. Se le pide que reflexione sobre lo que implicaría tener una pareja imperfecta pero que tal vez esté dispuesto a hacerla feliz, en esta etapa de la vida que está atravesando, donde los hijos ya están haciendo sus vidas y ella tiene que pensar en sí misma. A la siguiente sesión menciona que se siente más ubicada en la realidad y que se dio cuenta que **la intensidad positiva** de sus experiencias dolorosas, fue la oportunidad de aprender cosas que no se imaginaba poder hacer.

La décima sesión fue un mes más tarde, porque Lolita está haciendo trámites de una casa que teme perder. Ha estado pensando mucho en el tema de la pareja y ha llegado a la conclusión de que es “hija de la mala vida”, así como está (sin pareja) ella se siente libre y cada vez más sana. De hecho menciona que para sus nietos es “la número 1”, y que en realidad son los que más le preocupan. Recuerda que al iniciar el proceso le decían que tenía “cara de loca”, con la mirada perdida, pero que ya se siente mucho mejor. Se le comenta que es tiempo de despedirnos, porque los objetivos por los que vino ya se resolvieron, a lo que responde que “tiene habilidad para renacer de las cenizas”. Se pacta una última sesión de seguimiento 15 días después.

Acude a la sesión once, con la noticia de que su hijo Gerardo tuvo un accidente grave, y después de describirlo con detalle, mencionó que se acordó mucho de su hijo muerto, que tuvo días malos, pero que encontró la forma de salir adelante, pensando que sus nietos la necesitan ahora más que nunca, debido a que se ha tenido que hacer cargo de ellos, mientras el hijo y la nuera resolvían el tema legal. Comenta que está lista para irse de alta, que siempre habrá cosas que sucedan, pero que ahora sabe cómo enfrentarlas, pues el amor que le tienen sus nietos y la necesidad que tienen de ella, la hacen ponerle

ganas a la vida. Refiere que ahora tiene el “corazón contento”, porque siente que tarde o temprano llegará una pareja que la quiera y la trate bien, si no le cumple, puede terminar sin sentir miedo a quedar sola.

### *COMENTARIOS Y REFLEXIONES TEÓRICAS*

*“Según algunas reveladoras pruebas de técnica aeronáutica,  
el abejorro no puede volar debido a la forma y  
el peso de su cuerpo en relación a la superficie de sus alas.  
Pero el abejorro no lo sabe y por eso continúa volando” I. Sokorsky.*

Iniciemos esta reflexión mencionando que la coterapia, es el tratamiento simultáneo de un individuo o familia por dos terapeutas o más, su función es contener y contrarrestar la intensidad que naturalmente se da en la interacción terapeuta-paciente cuando se hace terapia familiar. A pesar de que representa el desafío de trabajar en equipo, se considera pertinente cuando se está en etapa de formación, debido a que los terapeutas pueden apoyarse mutuamente hablando de una manera calmada ante la angustia de la familia, se comparten las responsabilidades y permite un aprendizaje mutuo frente al acompañamiento en las ideas y sentimientos (Zuk, 1967).

En este sentido, trabajar en coterapia con Paulina, fue una experiencia muy enriquecedora, ella hizo un contrapeso de gran riqueza, debido a que Lolita desde que llegó fue un reto. Las primeras dos sesiones el debate estaba centrado, en deliberar si era candidata para la terapia o no, y se llegó a la conclusión de que al menos valía la pena intentarlo. Para Paulina siempre fue relevante el hecho de que habían diagnosticado a Lolita como una paciente psiquiátrica con depresión y rasgos esquizoides, lo que la desalentaba en ocasiones a continuar. Debo reconocer que sus “rasgos esquizoides” se manifestaron en el proceso terapéutico a través del pensamiento mágico expresado en su discurso, en las referencias que hacía a experiencias milagrosas y paranormales; y se utilizaron para hacer connotaciones positivas a sus historias, aprovechando el significado que tenía en su vida la fe en Dios y en ella misma, a razón de que, aunque la realidad indicaba que era imposible salir adelante en medio de algunas de sus situaciones vitales, lo logró. De este modo la intención positiva de su forma de organizar sus pensamientos y de sus creencias religiosas, se convirtieron en un recurso para la terapia.

Paulina constantemente mencionaba en las post-sesiones: “*yo no veo lo que ustedes ven*”, cuando nos referíamos a ella como una mujer resiliente, fuerte y con múltiples recursos para resolver los retos que la vida le presenta. En este sentido, el equipo terapéutico de observadores reconocía que Dolores hacía gala de sentido común, inteligencia emocional y sentido del humor. La hipótesis de trabajo, del equipo terapéutico completo era, que Lolita se había contado la historia de la enferma mental; y que el psiquiatra llamó depresión a las manifestaciones físicas y psicológicas de un asunto, que por necesidad (económica y familiar) había tenido que dejar para después, pero que seguía siendo una tarea pendiente. En terapia tuvo la posibilidad de resolverlo, encontrando la intención positiva que habían tenido sus pérdidas. Su experiencia le permitió darse cuenta que era una mujer fuerte, que se sobrepone a las circunstancias de la vida. Esta mirada del equipo terapéutico, que percibió sus recursos y que le transmitió confianza, hizo posible que se viera desde un lugar diferente, para contar de otras formas su historia. De este modo, como menciona De Shazer (1994) los miembros del equipo formaron parte de la historia que se estaba contando.

Se escogió el Modelo de Soluciones para trabajar con ella, debido a que se ve a la terapia como una conversación, donde: *las palabras son, por supuesto, parte del lenguaje. También lo son los silencios, los gestos, las expresiones faciales, etc. Para mirar la magia de las palabras tenemos que mirar el lenguaje, el contexto del cual las palabras producen su magia* (De Shazer, 1994; p 23). En este sentido, Lolita en la primera entrevista nos retó a buscar una forma creativa de comunicarnos y de este modo contactar con ella, puesto que venía desde un lugar en el que aún no había palabras, mostrando conductualmente la mirada perdida, largos silencios y ausencias.

También estábamos conscientes de que hablar y cuestionar sobre los problemas, traería dos consecuencias: que volviera a experimentar su historia de dolor al narrarla, y que al paso del tiempo esta experiencia fuera “más de lo mismo”. Cabe aclarar que la historia sobre sus experiencias pasadas, fue escuchada con la intención de apoyarla en su proyecto de “ordenar la mente” y darle lugar a sus emociones, lo que permitió que nos compartiera partes de su vida de las que jamás había hablado y que necesitaba decir (De Shazer, 1994; Lipchik, 2002).

La terapia con Dolores, inicialmente se construyó, preguntando el motivo que la hacía venir, cuáles fueron las soluciones intentadas y con la intención de esclarecer el objetivo

haciendo la “pregunta del milagro” (técnicas descritas en el Modelo de Soluciones del capítulo anterior). En las siguientes sesiones se estableció “la escala del estado de ánimo” que nos permitió no sólo medir la percepción de la paciente, sino motivar y alentar los objetivos, y hablar de las soluciones (De Shazer, 1994; Cade y O’Hanlon, 1995).

En el cero de la escala se puso el momento donde se sentía peor en su estado de ánimo, en el cien se colocó la respuesta dada a la pregunta del milagro “tener el corazón contento, la cabeza en orden y sentirse nuevamente activa”. Esto dio sentido a la primera etapa de la terapia (donde había equipo terapéutico y supervisión directa) y dio excelente resultado, pues a la 4ª sesión reportaba un 98% de avance.

La segunda etapa de la terapia estuvo centrada en dar seguimiento a su estado de ánimo iniciábamos cada sesión cuestionando ¿qué anda mejor desde la última vez que nos vimos? Con la intención de que ella se diera cuenta de sus propias mejorías. En este periodo se trabajó sobre la construcción de su historia de éxito, es decir, cuando estuvimos solas Paulina y yo, fue cuando Lolita decidió hablar de sus secretos, esas cosas de las que nunca había hablado con nadie, entonces la terapia se centró en apoyarla a reconocer los recursos, los aprendizajes y la intención positiva de su experiencia de vida.

Al finalizar la terapia, ella narraba su historia como una experiencia de aprendizaje, donde todo ocurrió porque ella era fuerte y podía pasarlo (donde sus creencias religiosas fueron recursos terapéuticos). Es importante agregar, que ya en este contexto, escuchar la historia de Lolita, estaba lejos de la urgencia de aplicar técnicas, la experiencia se fue transformando en un espacio donde se involucraban las actitudes, la integridad, los valores y la contención de las coterapeutas que junto con ella conformaron estos encuentros terapéuticos (De Shazer, 1994; Cade y O’Hanlon, 1995).

Se debe mencionar, que en la sesión de cierre, se habló de la posibilidad de que hubiera alguna recaída, señalando que ahora podría usar los recursos que ha descubierto que tiene (Beyebach, 2006).

Para terminar este apartado, quisiera agregar esta frase que expresa lo aprendido en esta experiencia: *Una manera poderosa de transformar nuestra vida, es cambiar el modo en que nombramos nuestra experiencia* (Pearson, 1992; p 228).

## 1.2. Caso Clínico “Vinculación y límites entre madre-hijo en una familia extensa”

---

### *DATOS PERSONALES:*

**Familia:** Martha y Oswaldo

**Terapeutas tratantes:** Paulina Carrillo y Linda Martín

**Supervisora:** Mtra. Erika Trujillo

**Modelo Utilizado:** Estructural

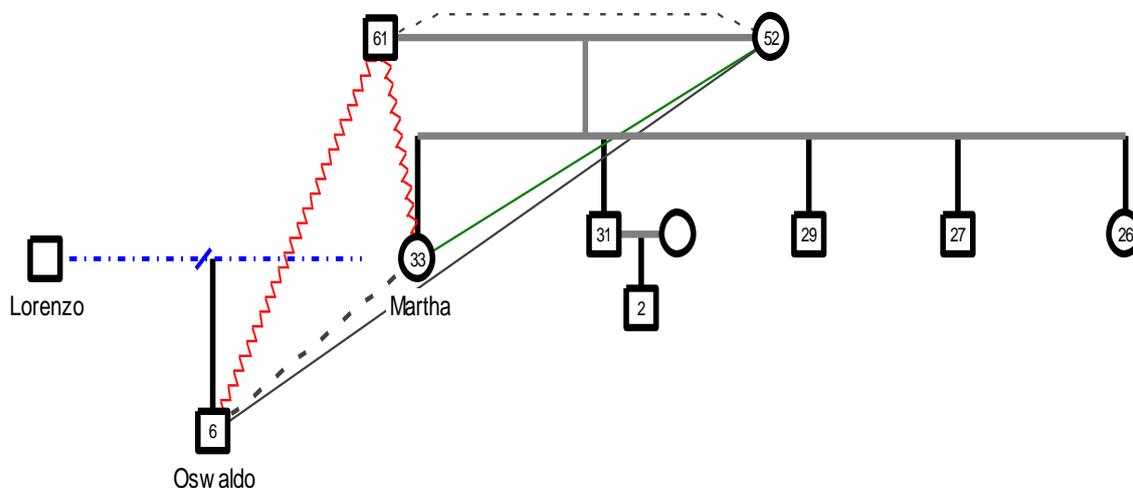
**Equipo Terapéutico:** Brenda Araujo, Yuliana León y Homero Orozco

**Periodo:** Febrero- marzo del 2008.

**No. de sesiones:** 6

**MOTIVO DE CONSULTA:** Asisten ambos integrantes de la familia (Oswaldo y Martha), debido a indicaciones de una instructora de curso de verano y por el mal comportamiento de Oswaldo con varias personas. La madre refiere necesitar ayuda para acercarse más a Oswaldo ya que dice groserías, hace muchas travesuras y es agresivo.

### *FAMILIOGRAMA:*



### *DIAGNÓSTICO FAMILIAR*

**Subsistemas Parental:** Es una familia monoparental (dentro de una estructura de familia extensa), conformada por una madre joven, que se hace cargo económicamente de su hijo, y que por tal motivo ha descuidado las necesidades afectivas del mismo.

El conflicto radica en que Oswaldo es un niño que no tiene claro a qué sistema pertenece y Martha no es escuchada.

**Límites:** Los límites de esta familia son difusos y las reglas no están claramente establecidas, debido a que Martha pasa poco tiempo con el niño, lo que repercute en la fluctuación entre la intolerancia o la indiferencia ante algunas conductas de Oswaldo. Éste por su cuenta se alía con el abuelo materno, que descalifica abiertamente cualquier intento de Martha por corregir las conductas de Oswaldo.

**Jerarquía:** La mayor jerarquía la tiene Martha, al menos sobre Oswaldo, pues es quien intenta poner límites y castigos ante la conducta inadecuada del niño, por otra parte Oswaldo tiene mayor significancia, pues es el centro de atención de la casa, porque es visto como el bebé de la casa que necesita más cuidados y protección. Sin embargo, dentro de la familia extensa, el poder lo conserva el abuelo materno, incluso Martha se somete ante sus observaciones, críticas o comentarios.

**Flexibilidad:** Hay cierta rigidez en el sistema, sobre todo a las exigencias propias de la familia extensa sobre Martha. Lo que trae como consecuencia que Oswaldo sea duramente tratado cuando no cumple las expectativas de su madre.

**Alianzas y coaliciones:** Oswaldo se alía con su abuelo para no cumplir con las consecuencias que impone Martha. Esta con su madre tiene una alianza de género, más bien desafortunada, porque es una familia con roles de género tradicionales.

**Resonancia:** Es una familia con alta resonancia, pues lo que le ocurre a un miembro de la familia, repercute en todos.

## *CONTEXTO*

**Social:** Es una familia de medio urbano, de la Zona Oriente de la Ciudad de México.

**Económico:** Nivel económico medio bajo, ella sostiene el hogar, trabaja en una empresa de la que es socia, sin embargo sólo recibe su sueldo, con el que sostiene a la familia extensa e hijo. Viven con los padres de Martha y dos de sus hermanos, uno soltero y el otro con su familia.

**Cultural:** Martha tiene preparatoria concluida y un valor muy importante para ella es que el niño estudie.

**Redes de apoyo:** Martha y Oswaldo cuentan con el apoyo de la familia extensa, la abuela es la que está más pendiente de las necesidades de Oswaldo, y emocionalmente el abuelo es con quien juega y convive el niño por las tardes.

#### *EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA:*

Asisten Martha y Oswaldo, por recomendación de una instructora de curso de verano, debido a que Oswaldo mostró mal comportamiento con varias personas. La madre solicita apoyo para aprender a acercarse a Oswaldo, debido a que este dice groserías, hace muchas travesuras y es agresivo. Durante las sesiones de terapia, la familia consigue que Oswaldo cumpla con algunas labores de casa, que controle sus impulsos y que Martha se acerque a él con una actitud más aceptante y amorosa.

#### *OBJETIVO DEL TRATAMIENTO:*

Marcia tiene como objetivo aprender acercarse a Oswaldo, para poder educarlo.

#### *HIPÓTESIS SISTÉMICA*

Esta es una familia extensa conformada por los abuelos maternos, Martha y Oswaldo. Donde el vínculo madre-hijo es pobre, generando de este modo falta de límites interiores y exteriores en la familia. Los roles de género tradicionales, mostrando alianzas de género, donde Oswaldo se alía con Pancho para evadir las reglas impuestas por Martha. Por otra parte los abuelos triangulan a Oswaldo para no enfrentarse, debido a la mala relación entre ellos.

#### *RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA*

*ANTECEDENTES:* Marcia siempre ha tenido una mala relación con su padre, en 2000 emigró a Estados Unidos, y consigue trabajo, donde rápidamente sube de puesto, en 2001, conoce la Lorenzo y queda embarazada, él huye. En 2002 nace Oswaldo, está con él 40 días y lo envía con unos familiares a México, para que sus padres se hagan cargo de él, pocos meses después Martha regresa, se establece con ellos y pone un negocio. Actualmente Oswaldo pregunta por su padre y presenta problemas de conducta.

*INTERVENCIÓN:* En la primera sesión se hace la etapa social, y se indaga el motivo por el que asisten a terapia. Martha refiere que Oswaldo presentó conductas agresivas en el curso de verano con sus compañeros e instructores. Cuando se cuestiona a Oswaldo,

sobre lo que los trajo a terapia, él comenta que se siente triste porque su mamá no pasa tiempo con él, está consciente que es porque ella tiene que trabajar. Agregó “cuando mi mamá estaba embarazada él (papá) los abandonó”. En la sesión Martha se muestra franca, pero con una actitud fría hacia Oswaldo. El equipo terapéutico buscaba establecer la alianza terapéutica con la familia, y fortalecer los límites y el vínculo madre-hijo. El mensaje del equipo terapéutico buscaba, connotar positivamente la ausencia de la madre por el trabajo, ya que percibieron que se sentía muy culpable por no estar presente para el niño. Solicitando a su vez que pase tiempo de calidad con su hijo, poniendo atención a las necesidades del niño.

Para la segunda sesión se solicitó que Martha que viniera sola, esta vez acude muy arreglada. Se buscaba explorar la historia del problema, y relató la mala relación que ha vivido con su padre, donde hubo humillaciones y maltrato, actualmente sigue exigiéndole más de lo que ella puede hacer. Comenta que desde joven trabaja y que decidió ir a Estados Unidos para salirse de su casa, pero todo el tiempo su idea era ahorrar dinero para regresar y poner un negocio (meta que consiguió actualmente es socia en una refaccionaria). En Estados Unidos, consiguió trabajo y rápidamente subió de puesto, ahí conoce a Lorenzo, cuando queda embarazada él niega ser el padre y se aleja. Decide tenerlo, pero no informa de su embarazo, todos se enteran cuando nace Oswaldo, temiendo que se lo quiten lo envía a México a los 40 días de nacido y la abuela se hace cargo hasta los 8 meses. En esta sesión, se refuerzan los lados fuertes de Martha, y se le devuelve que se escuchó la historia de una mujer muy fuerte que lucha, aprende de la experiencia y consigue sobreponerse a las adversidades. En cuanto al objetivo de la terapia, se le solicita que pase más tiempo con el niño y que le muestre afecto.

Martha vuelve a venir a la tercera sesión sola, ahora luce desarreglada y parece preocupada. Esta vez describe los problemas del negocio, de este modo se evidencia que así como le cuesta trabajo poner límites a sus padres, en el trabajo tampoco los pone, lo que repercute en Oswaldo, porque llega más tarde y está de mal humor todo el tiempo. Se le devolvió esta información, como una hipótesis de lo que genera los problemas con Oswaldo. La intención de citarla sola, fue apoyarla para que ponga orden en otras áreas de su vida y de este modo disminuya la ansiedad y la irritabilidad que manifiesta en la

relación con el niño. Se le sugirió la tarea de llevarse a Oswaldo de fin de semana, para despejarse y pasar tiempo de mayor calidad con el niño.

A la cuarta sesión, acuden Oswaldo y Martha, ambos comentan los avances que ha tenido al pasar tiempo juntos. Frente a los cambios los abuelos se han mostrado incómodos, la abuela ahora reporta que no tiene tiempo, ni paciencia para atenderlo (Oswaldo había sido el mediador en la relación de los abuelos, y en ocasiones su presencia hacía que discutieran menos). Sin embargo Oswaldo está mejorando en sus calificaciones y su comportamiento en la casa y escuela, de hecho se propuso conseguir diploma. Al parecer los pequeños cambios están generando grandes cambios, es decir, dar intensidad a los lados fuertes de esta familia los está llevando a la relación que habían decidido construir, generando movimientos en el sistema de la familia extensa. También se trabajó a nivel conductual, sobre la forma en que Martha pide las cosas, cuando las solicita por “la buena” casi no se escucha, parece como que ahogara la voz. El mensaje del equipo fue que Martha se hiciera escuchar respetuosamente y se hizo “pacto de garrita” con Oswaldo para que obedezca a su mamá a la primera.

No asisten a la quinta sesión, y en la sexta Martha comenta que se fueron de vacaciones a un rancho y que Oswaldo lo disfrutó mucho, hablan de las mejorías y es evidente que el vínculo entre ellos es cada vez más fuerte, el niño la tocaba y ella correspondía con suavidad. Se les pregunta si consideran que es tiempo de dejarles seguir haciendo cambios por su cuenta, a lo que Martha respondió sí, porque en este tiempo se dio cuenta de cuánto la necesitaba su hijo y ella a él. Está buscando un departamento para vivir sola con Oswaldo, él se ve muy emocionado y menciona que está feliz porque va a estar con su mamá. Ella se ve con energía y segura de la decisión que tomó. Se evaluó qué fue lo aprendido durante el proceso y ambos coincidieron que están más cerca que nunca, que la escuela va mejor porque ya no hay quejas, solo felicitaciones, y que seguramente cuando estén en su casa, visitar a los abuelos va a ser más divertido. El equipo terapéutico volvió a enviar un mensaje connotando positivamente sus avances, les dijeron que a veces tienen que pasar algunas pruebas para aprender, valorar y recuperar lo importante.

Cerramos la sesión y la terapia, mencionando que confiábamos en las fortalezas que han mostrado como familia: fuerza para enfrentar los retos, decisión, amor, flexibilidad,

inteligencia, capacidad de adaptarse y cambiar, pero sobre todo que se tienen uno al otro para seguir creciendo.

### *ANÁLISIS Y REFLEXIONES TEÓRICAS*

En esta familia se encontró que los principales retos estaban en la estructura y relaciones familiares, lo que motivó que se usara el modelo Estructural de Minuchin (descrito en el capítulo anterior). Tanto los abuelos como la madre presentaban dificultades para establecer límites y respetar jerarquías; lo que se evidenciaba cuando los abuelos le permitían todo a Oswaldo, pero a la hora de los problemas, la responsabilidad recaía en Martha, quien a su vez era descalificada por el abuelo frente al niño, impidiendo que su intervención tuviera algún efecto. La terapia estuvo centrada en dar Intensidad a los lados fuertes de la familia, y en la fijación de fronteras que permitieran reforzar la presencia de la madre en el lugar que le corresponde, para interrumpir el patrón de la violencia materna como un recurso en la educación de su hijo (Minuchin, 1981; Minuchin, 1974).

La estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, y estas transacciones repetidas establecen las pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, finalmente estas pautas apuntalan al sistema (Minuchin, 1974).

Los principales retos que enfrentaban como familia estaban matizados por la rigidez del sistema en cuanto a los roles de género, que generaban relaciones de poder y sumisión. En este sentido, se había establecido una coalición entre el nieto y el abuelo (miembros de distintas generaciones), contra la autoridad de Martha. Pero también, había coalición entre la abuela y Martha, desde una postura de agresión pasiva contra la autoridad del abuelo, por roles de género tradicionales. Todo esto generaba conflictos internos en la relación madre-hijo, que se manifestaban con mayor claridad, cuando Martha necesitaba educar a Oswaldo, quien se estaba tornando violento en los sistemas más amplios a los que pertenecía.

Nuestro trabajo estuvo centrado en colocar a Oswaldo en el subsistema de hijo de Martha, y en que ella se asumiera mamá para poder hacerse escuchar. También se buscó

que ella trazara fronteras entre las generaciones, poniendo límites al niño y solicitando a los padres que respetaran las reglas que establecía para su hijo. Finalmente, en el tiempo que duró el proceso terapéutico se dio intensidad a la necesidad de que Martha soltara sin culpa la alianza con su madre y asumiera la responsabilidad de su hijo.

Otra área en la que se centró el trabajo terapéutico, fue en el reforzamiento del vínculo afectivo entre madre-hijo, a través de sensibilizar a Martha de la necesidad de construir una relación de apego seguro con su hijo, debido a que los problemas que tenían como familia, se debían en parte a que el vínculo se rompió, porque se separaron cuando él más la necesitaba. Se le reconoció que era una excelente proveedora para su hijo, y se le solicitó abiertamente que fuera empática a sus necesidades emocionales. Entendiendo como empatía la capacidad de descifrar los mensajes enviados, a través de reacciones, movimientos o estado de ánimo (Bolwby, 1985; Heredia, 2005).

En este sentido, sabiendo que las experiencias con la familia de origen van a modular y organizar los intercambios, sobre todo cuando hubo conflictos si estos no se superan se reviven en la relación con los hijos (Bolwby, 1993; Framo, 1996). Esto motivó que se trabajara la historia de la familia de origen, para que soltara culpas y resentimientos, y se vinculara afectuosamente en el presente con Oswaldo.

Finalmente es digno de resaltar, el efecto sistémico de la intervención terapéutica, que se notó en la respuesta de los abuelos, que ante los cambios de Martha y Oswaldo se tornaron violentos y manipuladores, lo que generó un doble impacto sistémico en la relación inter-generacional, por una parte los abuelos se aliaron para pelear con Martha, para hacerla regresar al lugar de hija; generando por otro lado en Marcia, el sentido de urgencia, para salir de casa a conformar el propio núcleo familiar con su hijo, lo que reforzó aún más el vínculo que había decidido construir con su hijo.

## **Conclusión. Los abuelos en la construcción de realidades familiares.**

*“No puede haber novelista sin abuela.  
Con la paterna aprendí a leer periódicos y  
a recorrer ruinas como Teotihuacán, Tenayuca o Tula,  
que prepararon mi imaginación literaria.  
Con la otra, la materna, narradora nata, iba al cine” Carlos Fuentes*

*“Adán y Eva comieron la manzana.(..) El señor los expulsó del paraíso.  
Tuvieron hijos Adán y Eva. Hicieron bien: si no los hubieran tenido  
el mundo habría acabado con ellos, y colorín colorado.  
Y luego -¡oh maravilla!- Adán y Eva tuvieron nietos.  
Cuando se vio convertida en abuelita dijo Eva:  
-Parece que el Señor nos perdonó, Adán. Nos ha devuelto el Paraíso”  
Armando Fuentes “Catón”*

A manera de conclusión es importante mencionar que, la pauta que conecta ambos casos es que son familias extensas, con los retos y ventajas que esto implica. El primer caso desde la mirada de la abuela, que permite la permanencia de sus hijos con sus respectivas familias en casa; el segundo, desde la perspectiva de una madre soltera con su hijo, que regresa a solicitar el apoyo de sus padres. Como el tema central de este reporte son las familias de tres generaciones, en este apartado se describirá brevemente el contexto de las familias contemporáneas, el papel de los abuelos en general, y particularmente los roles y dinámicas encontrados en los casos previamente expuestos.

El contexto donde se desarrollan las familias contemporáneas, es complejo, por una parte la sociedad se transforma y busca nuevas formas de organizarse, por la otra la situación económica y la presión que ésta ejerce en las familias de todos los niveles socio-económicos. Algunas variables que conviven con dichos cambios son: el incremento en la esperanza de vida; la presencia cada vez mayor de mujeres trabajando en espacios públicos; el aumento de familias donde ambos miembros de la pareja trabajan; el cuestionamiento de los roles tradicionales de género, y con ellos la transformación de la intimidad y de las construcciones de pareja y familia; la

disminución de la duración del vínculo matrimonial y con esto el incremento de los divorcios y de hogares monoparentales (Lipovetsky, 1999; Giddens, 2008).

Frente a este panorama, las familias de tres generaciones adquieren mayor relevancia, debido a que como red de apoyo, la familia va a adquirir nuevas funciones que involucran el intercambio de bienes y servicios. Las familias de tres generaciones (o de vida tardía) se pueden definir, para los fines de este análisis, como sistemas abiertos dentro de una estructura y dinámica familiar, que muestran diversas formas de solidaridad intergeneracional, donde viven en el mismo techo miembros de varias generaciones, atravesando dos o tres etapas del ciclo vital. Sea que los abuelos vengana a vivir a la casa de la nueva familia, o bien que los hijos y sus familias se quedaron en la casa de los padres de alguno de los miembros de la pareja (McGoldrick, 1987; González-Célis, 2003).

Para entender la compleja dinámica familiar que involucra esta configuración, es importante mencionar, que los ancianos en las familias detentan estatus y representan al menos dos roles familiares: como padres su rol se ha prolongado en el tiempo, y ahora tienen también el rol de abuelos. Como abuelos sus funciones pueden ser: directamente de cuidadores, compañeros de juegos, consejeros, modelos, confidentes, etc.; e indirectamente pueden ser apoyo económico y emocional de los padres. Tradicionalmente tienen mayor influencia en momentos de crisis (económica, de salud, divorcio, violencia intrafamiliar, alcoholismo, etc.), situaciones en las que se vuelven muy importantes en la vida de sus nietos al ofrecer apoyo a la familia (Minuchin, 1981; Canevaro, 1982; Redler, 1986; Camdesus, 1995; Perrone y Naninni, 1997; González-Célis, 2003).

Los casos antes expuestos mostraron que las ventajas de contar con los abuelos, desde la mirada de los nietos, fueron: que al ser los miembros del sistema que cuentan con más tiempo y recursos para convivir con ellos, les nutren afectivamente sea a través de sus cuidados, juegos, consejos o apoyo en general. También transmiten la historia familiar, algunas creencias y valores que van generando la sensación de pertenencia a la familia. A cambio los abuelos recibieron de los nietos, apoyo, compañía, energía, afecto, admiración y una motivación para seguir adelante, frente a los retos de la vida cotidiana, naturales en la etapa del ciclo vital que atraviesan, como en el caso particular de las familias arriba descritas: viudez, enfermedad, la jubilación o dificultades de familia.

Por otra parte, los retos que surgían de la interacción, que se visibilizaron en los casos arriba expuestos, fueron: la necesidad de delinear fronteras entre las familias nucleares que conviven bajo el mismo techo, poner límites, romper coaliciones y triángulos que descalificaban el papel de los padres, establecer reglas claras de interacción y abrir canales de comunicación, entre otros. Lo que se puede entender de manera simple, si es difícil alcanzar el acuerdo entre dos personas sobre la crianza y cuidados de los hijos, un acuerdo entre cuatro es francamente problemático (Choppy, E., y Lotthé-Covo, 2006).

Sin embargo, los conflictos y su resolución, han hecho que estas familias sigan compartiendo recursos para sus miembros y de diversas formas permitiendo que los vínculos intergeneracionales continúen fortaleciéndose. Finalmente se puede decir que las familias con todo y sus retos, ofrecen a sus miembros recursos y oportunidades para crecer y apoyo que les enriquecen.

## **2. Habilidades de investigación**

Como se había mencionado anteriormente dentro de los objetivos principales de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, está la adquisición de habilidades de Investigación y enseñanza, con este motivo se realizaron dos investigaciones la primera usando Metodología Cuantitativa “Familia y Obesidad en la Adolescencia”, la segunda de Metodología Cualitativa “Abuelitud en la adolescencia, un modelo Narrativo”, que se presentan a continuación.

### **2.1. Investigación Cuantitativa**

---

Esta investigación se desarrolló bajo la guía y supervisión de la Dra. Dolores Mercado Corona. El trabajo tenía el objetivo determinar la validez y confiabilidad de la escala: “Familia y obesidad en la adolescencia: hábitos alimenticios, actividad física y cuidado de la salud”. El trabajo se desarrolló en equipo con Paulina Carrillo, Anahí García, y Yuliana León.

El motivo por el que se desarrolló esta investigación, obedece a que en la actualidad México está entre los primeros lugares de obesidad a nivel mundial, y se ha encontrado que este problema está iniciando desde etapas muy tempranas, lo que hace voltear los reflectores hacia la adquisición de hábitos saludables desde la familia. A continuación se muestra el resumen de dicha investigación.

*Paulina Carrillo, Anahí García, Yuliana León, Linda Martín, Dolores Mercado.*

**Resumen:**

*El objetivo del trabajo fue determinar la validez y confiabilidad de la escala “Familia y obesidad en la adolescencia: hábitos alimenticios, actividad física y cuidado de la salud”, sin embargo los factores agruparon 35 reactivos que no satisfacían las exigencias metodológicas para considerar que se dispone de una escala con cualidades paramétricas aceptables. Participaron 431 adolescentes de entre 12 y 17 años de edad. Se realizó una fase de construcción de la prueba, posteriormente la validez y finalmente la confiabilidad de la prueba. Los resultados muestran una estructura con 10 factores: Actividad física individual, Alimentación balanceada, Actividad física de los padres, Cuidado de la salud-atención médica, Comida rápida, Buenos hábitos alimenticios familiares, Malos hábitos alimenticios, Malos hábitos alimenticios-uso del tiempo. Puesto que el análisis arrojó una estructura factorial con correspondencia a la teoría de la que se partió, se poseen datos útiles en la descripción y explicación del fenómeno “obesidad en la adolescencia”.*

**Palabras clave:** *obesidad, adolescentes, familia, roles parentales.*

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad, lo que representa alrededor de 5,757,400 adolescentes con este problema en el país. La adolescencia es una etapa de grandes cambios físicos, sociales y psicológicos. En la que padecer obesidad puede ser especialmente problemático debido a la importancia que se da a la apariencia física en el proceso de socialización, formación de identidad y en la autoestima. Según Crossman (2006), la obesidad está fuertemente relacionada con hábitos alimenticios inadecuados, sedentarismo y bajo interés en el cuidado de la propia salud. En gran medida estos aspectos son aprendidos en el ámbito familiar, por lo que el presente trabajo buscó construir un instrumento que midiera la relación entre las conductas y hábitos de los adolescentes de manera individual y los que reporta acerca de su familia. Se desarrollo de un instrumento para medir la clasificación individual y de familia, en tres dimensiones: Actividad física, hábitos alimenticios y cuidado de la salud.

Comenzaremos hablando acerca de la obesidad, su impacto en la adolescencia y la relación que guarda con los hábitos familiares.

*Obesidad.* La obesidad es un aumento excesivo en el peso y la grasa corporal, para el valor esperado de acuerdo con el sexo, talla y edad (Azcona, Montero, Bastero & Santamaría, 2005). Es un padecimiento multifactorial, los elementos de riesgo que determinan la obesidad pueden ser una combinación de factores genéticos, socioeconómicos, metabólicos y estilo de vida entre otros. Algunos trastornos endocrinos, enfermedades y medicamentos también pueden ejercer una influencia considerable en el peso de una persona. Algunos de los factores que influyen en la incidencia de la obesidad son:

**Factores Genéticos:** estudios han demostrado que se puede heredar la predisposición a la obesidad. Gordon-Larsen, et al (2004), informó que el 48 % de los niños que tenían padres con exceso de peso adquirirían el mismo problema. El lugar donde se acumula el peso –las caderas o en la zona media del cuerpo– también depende en gran parte de factores hereditarios. Pavón, Alameda, Olivar, y Monereo (2005) reportan que se han asociado mutaciones y polimorfismos de distintos genes que intervienen en la regulación de apetito y el peso. Algunos autores consideran a los factores genéticos como predisponentes y no como causa en sí mismos.

**Factores metabólicos:** el cuerpo de cada persona usa energía de un modo único e individual. Tanto los factores metabólicos como los hormonales no son iguales para todas las personas, éstos juegan un papel en el aumento de peso. Los niveles de grelina, una hormona péptida que regula el apetito, y otros péptidos del estómago, participan tanto a la hora de producir sensaciones de hambre así como de saciedad.

**Estilo de vida o factores ambientales:** el sedentarismo y los hábitos alimenticios inadecuados son los principales factores que impactan sobre el peso en las personas y contribuyen al desarrollo de la obesidad Pavón, et al (2005). Estos autores comentan que se ha relacionado el tiempo de ver televisión con una mayor ingesta de alimentos altamente calóricos. Asimismo comentan que el actual ritmo de vida afecta negativamente los hábitos alimenticios de los adolescentes quienes consumen una menor cantidad de frutas, legumbres y verduras y una mayor cantidad de alimentos ricos en grasas y carbohidratos. Crossman (2006), afirma que el sedentarismo es un fuerte predictor de sobrepeso. Por otra parte el estilo de vida, el conjunto de comportamientos o

actitudes que desarrollan las personas, que pueden ser saludables o nocivos para la salud (Lalonde, 1974) y la organización del cuidado de la salud que una persona realiza, repercuten en acciones que van a favor o en contra del bienestar físico y psicológico de las personas.

*Adolescencia y obesidad.* El sentido de esta investigación radica en conocer la relación existente entre la adolescencia y la obesidad, en este sentido Pavón, et al (2005) plantean que la adolescencia y la infancia precoz, son períodos críticos para el desarrollo de la obesidad. De acuerdo con éstos autores las consecuencias fundamentales de la obesidad en esta etapa son las repercusiones a nivel psicosocial y el riesgo de convertirse en un adulto obeso, además de la afectación de la salud física que esto conlleva. Debido al desarrollo, las necesidades nutricionales y energéticas de los adolescentes son mayores durante este periodo a diferencia de cualquier otro, y varían de acuerdo con la rapidez de su crecimiento, el sexo, la composición y la actividad física. El problema de obesidad se torna más evidente en esta etapa del crecimiento, y en la mayoría de los casos continúa hasta la adultez. Sin la debida intervención, los adolescentes obesos se enfrentarán a numerosas consecuencias en el aspecto físico, psicológico y social, pues las actitudes sociales hacia la gente obesa son en su mayoría negativas (Whitney y Rolfes, 2005). Otros autores comentan que existe una dimensión emocional en los patrones de alimentación, como una manera de afrontamiento del estrés, afectación negativa en su autoconcepto y autoestima (Schacht, Ritcher-Appelt, Shulte-Markwort, Hebebrand, y Schimmelmann, 2006).

Los adolescentes obesos generalmente experimentan una significativa presión social, estrés y dificultades para cumplir las tareas de desarrollo. Las perturbaciones psicológicas también son muy comunes. Los síntomas de la obesidad pueden parecerse a otros trastornos o problemas médicos. De acuerdo con el Manual Merck (Beers, Porter, Jones, Kaplan y Berkwits, 2006), la obesidad es dos veces más común en adolescentes que en adultos, aunque la mayoría de las complicaciones se dan en la edad adulta. Por problemas de obesidad, durante la pubertad los adolescentes son más proclives al suicidio, a las adicciones (alcohol, tabaco y otras drogas) y a desarrollar alteraciones de la alimentación como anorexia y bulimia (Álvarez, Monereo, & Moreno, 2005).

*Obesidad y familia.* Un estudio en la Universidad del Estado de Arizona (Crossman, 2006), encontró que los padres tienen una fuerte influencia en que los niños o

adolescentes tengan problemas de sobrepeso u obesidad, más allá de factores genéticos. Comenta que cuando los niños crecen en familias con malos hábitos alimenticios y con un estilo de vida sedentario, tienen 33.3% de probabilidad de ser adolescentes con sobrepeso u obesidad. El autor sugiere que la influencia de los padres se debe a la cercanía con sus hijos, quienes internalizan los hábitos, valores y normas que sus padres modelan. Por último el autor señala, que la prevención del sobrepeso tienen que darse en el hogar y la en realizar campañas de salud, que señalen la importancia del ambiente familiar para promover estilos de vida saludables, controlando la dieta, realizando desayunos saludables y limitando el tiempo que los niños o jóvenes pasan en actividades sedentarias.

Haire-Joshu investigadora y Directora del Centro de Prevención de Obesidad de la Universidad de San Luis, comenta que la obesidad es una enfermedad familiar, los niños en su mayoría no nacen obesos, se hacen obesos en un ambiente en que aprenden los hábitos de sus padres, éstos sirven de modelo para sus hijos (Haire-Joshu, 2001). Por otra parte, la Academia Mexicana de Pediatría (Calzada, 2003), encontró que, los factores donde se debe poner especial atención, respecto a la familia son: padres mayores de 30 años, existencia de sobrepeso en ambos progenitores, antecedentes de obesidad en familiares de primer grado, hijos únicos o familias con tres o menos hijos, nivel social, económico y cultural bajo, familias en las que ambos padres trabajan, aislamiento social, o problemas afectivos en la familia o ambos, niños que evitan el desayuno, pero consumen una colación en la escuela, consumo de frituras, ingestión de alimentos con alto contenido de grasas y calorías y bebidas azucaradas, más de tres horas al día en el tiempo dedicado a la realización de actividades sedentarias y la falta de ejercicio con gasto energético alto, entre otros.

### ***Justificación***

Se consideró que es importante trabajar con la población adolescente, debido a que en México representa la tercera parte de la población, según datos arrojados por el INEGI (2005). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, uno de cada tres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad, dicha estadística es alarmante, debido a que la obesidad es uno de los antecedentes de diversos padecimientos que actualmente están cobrando más vidas en el mundo, por ejemplo: diabetes, enfermedades coronarias (infartos, hipertensión), diversos tipos de cáncer, entre otros. Lo que hace urgente

trabajar de manera multidisciplinaria para revertir esta tendencia. La importancia de estos problemas no sólo se mide en términos del número de afectados, sino también en que sus consecuencias afectan a una población con una larga expectativa de vida productiva. Debido a que en esta etapa de la vida están en la formación de la propia identidad y de su proyecto de vida, se considera que es un buen momento para informar y responsabilizarles sobre su salud, promoviendo así, prácticas saludables y por tanto un incremento en su autoestima. Esta investigación tiene la finalidad de crear un instrumento que permita obtener información sobre la actitud de los adolescentes, hacia los hábitos alimenticios, la actividad física, y el cuidado de la salud. Incluye a la familia como una dimensión, debido a que éste es el espacio donde se forman los hábitos y las actitudes en general, y en particular hacia el cuidado de la salud. Es en el hogar donde se puede trabajar en la prevención y el control del sobrepeso, es este ámbito donde se pueden promover estilos de vida saludables, vigilando una dieta balanceada y regulando el tiempo que los niños o jóvenes pasan en actividades sedentarias.

## MÉTODO

Como se ha mencionado, al desarrollar del presente instrumento, se pretendió medir las conductas y actitudes que los adolescentes presentan hacia la actividad física, los hábitos alimenticios y el cuidado de la salud y su percepción acerca de las mismas dimensiones en su familia. En un inicio, se elaboró un instrumento con 120 reactivos divididos en 3 dimensiones: Hábitos Alimenticios, Actividad Física y Cuidado de la Salud, 40 reactivos por dimensión subdivididos en individuales adecuados, individuales inadecuados, familiares adecuados y familiares inadecuados.

A partir de esto, se consideraron 3 dimensiones a medir:

- *Hábitos Alimenticios*, definidos como costumbres o prácticas de alimentación (tipo de alimentos que se consumen, la calidad de estos, la frecuencia y el modo en que se come).
- *Ejercicio Físico*, que se considera actividad física sistemática que requiere de un esfuerzo corporal más intenso de lo habitual, encaminado a fortalecer el cuerpo.
- *Cuidado de la Salud*, se define como, aquellos pensamientos, actitudes o conductas encaminadas a mantener la salud y el estado de bienestar.

El proceso de validación del instrumento se llevo a cabo en cuatro fases:

1. *Claridad*, para evaluar si los reactivos estaban redactados correctamente.

a) Depuración y corrección de reactivos. El instrumento fue administrado a seis personas con un rango de edad de 16 a 30 años, 3 mujeres y 3 hombres. Incluyó los 120 reactivos que formaban las tres dimensiones. Todos los reactivos fueron distribuidos de manera aleatoria. La mitad de los participantes respondieron mediante entrevista y los otros tres de forma auto-aplicada, todos de manera individual. Se les solicitó que respondieran los reactivos y que comentarían sus observaciones, con base en los cuales se redujo y modificó el instrumento. Como resultado de lo anterior, se detectaron reactivos redactados como negaciones por ejemplo “A mis papás no les interesa cuidar su cuerpo”, mismos que se corrigieron. Reactivos en los cuales se preguntaba por la conducta de ambos padres, ya que es difícil de generalizar, por lo que se cambió la redacción para preguntar por cada uno de los padres. Se recibieron recomendaciones sobre la presentación de los reactivos, como por ejemplo: aumentar el tamaño de letra. Algunas preguntas resultaron redundantes por lo que se decidió reducir el número de reactivos por dimensión a 28, para quedar con sólo 84 reactivos para la siguiente etapa de elaboración de la prueba, divididos equitativamente en conductas individuales y familiares.

b) Aplicación de la prueba a adolescentes. Esta fase contó con la colaboración de 11 adolescentes, de entre 12 y 19 años, que cursan secundaria o preparatoria (6 de sexo femenino y 5 del sexo masculino). De los 84 reactivos en el instrumento (Anexo A), 28 correspondían a cada dimensión (hábitos alimenticios, ejercicio físico y cuidado de la salud), subdivididas todas en 14 reactivos para medir hábitos individuales y 14 reactivos para medir hábitos familiares, que se distribuyeron de manera aleatoria. Se administró el instrumento a los participantes, de los cuales 5 lo respondieron mediante entrevistas y 6 lo resolvieron de manera auto-aplicada, todos de manera individual. Con base a sus respuestas se detectaron reactivos que requerían reelaborarse para contar con mayor claridad y facilitar su comprensión en nuestra población. Entre las observaciones que hicieron los participantes, las más relevantes son citadas a continuación: Poner diferentes opciones en grado escolar. Cómo responder si sus padres no viven, o no han vivido con ellos. Necesitaron aclaración sobre qué es actividad física. Algunas preguntas las consideraron repetitivas. En personas de escasos recursos, las preguntas que implican tecnología (computadoras, videojuegos) no sabían qué responder. Es necesario ser más

específicos en las preguntas sobre cuidado de la salud. **Posteriormente se realizaron los cambios pertinentes.**

2. *Validez teórica o de facie.* Para evaluar si los ítems correspondían al marco teórico del estudio. Para medir este tipo de validez, se contactaron 10 jueces, todos ellos profesionales dentro del área de cuidado de la salud (médicos generales, nutriólogos, profesionales de terapia alternativa y psicólogos), que conocen y manejan los conceptos teóricos de la escala. Se utilizaron de tarjetas, que contenían, cada una, un reactivo del cuestionario. Las tarjetas fueron marcadas con un código que permitiría la evaluación de los resultados. Tres tarjetas de tamaño mayor fueron utilizadas para la descripción de cada una de las dimensiones. Las definiciones presentadas son las siguientes: *Hábitos Alimenticios:* Costumbres o prácticas de alimentación (tipo de alimentos que se consumen, la calidad de éstos, la frecuencia y el modo en que se come). *Ejercicio Físico:* Actividad física sistemática que requiere de un esfuerzo corporal más intenso de lo habitual, encaminado a fortalecer el cuerpo. *Cuidado de la Salud:* Pensamientos, actitudes o conductas encaminadas a mantener la salud y el estado de bienestar.

Se aplicó entonces, la técnica Q o Q-sort, que consistió en presentar a los jueces expertos en el tema a evaluar, los reactivos de la prueba en tarjetas, mismas que se les solicitó clasificaran en pilas que se referían a la descripción de las dimensiones del instrumento, que en eran hábitos alimenticios, ejercicio físico y cuidado de la salud. Para lo anterior se les presentaron nuestras definiciones de cada dimensión. Las tres tarjetas que contenían las definiciones fueron colocadas en una mesa. Se entregó la pila con las tarjetas que contenían los 84 ítems a cada uno de los participantes y se les pidió que clasificaran cada una en la definición que mejor representara a ese ítem. Una vez que los participantes concluían, se recogían las tarjetas de cada dimensión y los resultados se vaciaron a una base de datos para su posterior análisis. Para poder evaluar los resultados del se estableció el criterio de que, para considerar clasificado de manera adecuada un reactivo, tendría que haber un consenso de entre el 80 y el 100% entre los jueces. Los ítems que presentaran un porcentaje menor de 80% serían eliminados. De acuerdo con los datos obtenidos a través del jueceo, se eliminaron 36 reactivos y se conformó un cuestionario de 48 ítems en total, conformándose cada dimensión con 16.

3. *Validez Empírica*, que involucra la aplicación de la prueba y la comparación de grupos extremos.

a) Aplicación de la prueba. En esta fase se sometió a contrastación la validez de la prueba, para conocer su estructura factorial y si ésta mide lo que pretende medir. Para lo anterior, se aplicó la prueba de 48 reactivos a un total de 431 adolescentes (hombres y mujeres) de primer, segundo y tercer grado de secundaria, 58 participantes de una secundaria privada, de la Zona Oriente de la ciudad de México, y 373 de una secundaria pública del Estado de México. El rango de edad de los participantes fue de 12 a 17 años.

Las variables a medir fueron:

- Dependientes: peso, talla y respuestas al instrumento.
- Clasificadoras: sexo (masculino, femenino).

El mismo procedimiento se siguió para la secundaria pública y la secundaria privada. Sin embargo, en ésta última se pidió a los estudiantes que identificaran su prueba con su nombre o un pseudónimo, debido a que 10 semanas después se aplicaría la prueba nuevamente. Algunos de los estudiantes de la secundaria pública pusieron un símbolo o dibujo para identificar sus pruebas. Una vez concluidas las aplicaciones, se calificaron las pruebas, dando puntajes del 1 al 4 de acuerdo con el siguiente criterio: se le asignó la calificación más alta (4) a los hábitos saludables y la calificación más baja (1) a los hábitos no saludables. Se elaboró, la plantilla de calificación, que indica cómo calificar la prueba. Donde mayor puntaje, significa mejores hábitos saludables. Finalmente, ya calificadas las pruebas, las respuestas de los adolescentes fueron capturadas en una base de datos del programa estadístico SPSS para su posterior análisis. En el proceso de aplicación de la prueba, no se presentó alguna eventualidad con los participantes. Se invalidaron 2 pruebas, debido a que contestaron solamente los 22 reactivos que se encontraban en la cara de enfrente de la hoja del instrumento, dejando sin respuestas los 26 restantes.

b) Comparación de grupos extremos. Para observar la calidad discriminativa de los reactivos, se calculó la calificación total de cada sujeto, sumando el puntaje de todos los reactivos. Tomando como base esta calificación total, se determinaron los grupos extremos (los sujetos cuya calificación total cayó en los extremos). Para formarlos se establecieron puntos de corte en el percentil 27 (que corresponde a los puntajes 97 al 136, el primer grupo) y en percentil 73 (que corresponde los puntajes 151 a 173, segundo grupo). Se compararon reactivo por reactivo las medias de estos 2 grupos. Para comprobar la hipótesis nula se realizó una Prueba t para muestras independientes, en la

que se compararon las medias de los grupos extremos. Los resultados de la comparación de medias muestran que la mayoría de los reactivos discriminan a los sujetos situados en los grupos extremos. El único reactivo en el que la hipótesis nula fue aceptada, es el 22 *Como lentamente*, por lo que éste se eliminó de la prueba, quedando entonces 47 de los 48 reactivos.

c) Análisis Factorial. Los resultados de los 47 reactivos que discriminan y de los 429 participantes que respondieron a la prueba se sometieron a un análisis factorial con rotación Varimax, con un Eigenvalue de 1. El análisis se detuvo en las 16 iteraciones. Los resultados de la prueba de KMO y Bartlett's fueron .727, (KMO = .00) con lo cual se comprobó que podría realizarse un análisis factorial con los datos. El análisis factorial agrupó 36 reactivos en 10 factores que explican el 40.48% de la varianza. Se consideró un factor, aquel que estuvo formado cuando menos por 3 reactivos, con punto de corte de carga factorial de .35. De acuerdo con los resultados arrojados por el análisis factorial, se pueden agrupar las siguientes dimensiones:

- Hábitos alimenticios: Alimentación balanceada, Frecuencia en la alimentación, Comida rápida, Buenos hábitos alimenticios familia, Malos hábitos alimenticios.
- Actividad física: Actividad física individual, Actividad física papás, Actividad física caminar, y Actividad física y salud.
- Cuidado de la salud: Cuidado de la salud atención médica, y Malos hábitos y uso del tiempo.

La última dimensión (cuidado de la salud), presentó problemas en un inicio, debido a que es un concepto muy amplio que abarca tanto hábitos alimenticios como actividad física.

#### 4. *Confiabilidad*, para saber si la prueba mide lo que se pretende medir.

a) Alfa de Cronbach. La confiabilidad de los reactivos se midió a través de la prueba estadística de Alfa de Cronbach. Se aplicó el alfa de Cronbach en los 35 reactivos que formaron la estructura factorial (12 de los 47 reactivos fueron eliminados por no cargar en ningún factor). El resultado indica un alfa = .785 que muestra una consistencia interna de la prueba muy aceptable.

b) Test-retest. Para conocer la estabilidad temporal de la prueba en un intervalo de 10 semanas, se realizó una prueba de correlación con el coeficiente de Spearman. En la primera aplicación con el grupo con el que se aplicaría el retest, se contó con 58 individuos. Uno de los sujetos, no acudió a la segunda aplicación, por lo que no fue tomado en cuenta para los análisis estadísticos. Se realizó una segunda aplicación del

instrumento, con un intervalo de 10 semanas entre aplicaciones a una muestra de 57 adolescentes.

El pretest y el postest se realizaron en las mismas condiciones. En el análisis estadístico para el retest, sólo se incluyeron los 35 ítems sobre los que se realizó la prueba de alfa de Cronbach, pues esos habían sido los ítems que habían cargado en uno de los factores del análisis factorial. Todos los reactivos correlacionaron positivamente con el coeficiente de Spearman, en un rango de .112 a .789. Las correlaciones se presentaron para 32 de los 35 ítems sometidos a la prueba estadística son significativos, lo que indica que dichos reactivos muestran la estabilidad en la prueba a través del tiempo.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo arrojaron una estructura factorial útil en la descripción y explicación del fenómeno de la obesidad en la adolescencia y con correspondencia con la teoría de la que se partió, por lo que se considera que esta estructura factorial es un dato interesante del cual se puede partir para trabajos posteriores. Es importante enfatizar la necesidad de realizar más investigación sobre el tema de la obesidad en la adolescencia, pues los datos obtenidos indican que el enfoque de los programas preventivos podría reorientarse de únicamente hacia la información, a los hábitos orientados hacia la salud.

La inviabilidad del Cuidado de la Salud como una dimensión en este trabajo, puede atribuirse a que este concepto incluye a las dimensiones: Actividad Física y Hábitos Alimenticios, además de otras conductas y actitudes, tales como, dormir el tiempo suficiente, no beber en exceso y no fumar. Se propone que sea el Cuidado de la Salud el meta-concepto que organice a las otras dimensiones.

La relación de los hábitos de la familia y el adolescente mexicano resulta relevante, pues se encontró que estos hábitos son modelos que se comparten entre padres e hijos. De acuerdo con los resultados obtenidos, el estilo de vida de la familia es importante ya que se encontraron 5 factores que correlacionan hábitos individuales y familiares: alimentación balanceada, cuidado de la salud-atención médica, comida rápida, malos hábitos alimenticios, actividad física-caminar. Estos resultados coinciden con lo dicho por otros autores, los hábitos se internalizan en la familia, si los padres tienen hábitos sanos los transmitirán a sus hijos (salir a caminar, tener una alimentación balanceada,

cuidar la salud del cuerpo, etc.), de la misma manera los hábitos negativos (mala alimentación que incluya comida rápida, antojitos frecuentes, bebidas azucaradas o la falta de horarios para realizar las comidas). Esto puede deberse a situaciones como, que es en casa donde se preparan los alimentos que ha de consumir la familia y de este modo se determinan la cantidad, calidad y horarios de comida, desde la infancia.

Sin embargo, en esta etapa de diferenciación, los adolescentes comienzan a presentar conductas diferentes a las de su familia. Se observó que la actividad física se muestra independiente en los resultados y puede deberse a varios factores como, los horarios laborales de los padres, la preocupación por la apariencia que surge en esta etapa y las actividades físicas extraescolares que realizan. Así como a la búsqueda natural en la adolescencia, de grupos de pertenencia y referencia fuera de la familia, que conformarán la identidad del adulto en ciernes.

Algunas observaciones que hicieron los adolescentes, que contestaron la prueba en la 1ª Fase de Claridad de los reactivos, fueron en torno a los ítems que se referían al tiempo que dedicaban a los videojuegos y la computadora, ya que a los adolescentes con escasos recursos les fue difícil responder e incluso se notó incomodidad. Sin embargo es un factor que se considera relevante en torno al sedentarismo, por lo que se sugiere que en trabajos subsecuentes, se considere incluirlos, sobre todo si en la muestra poblacional se considera a jóvenes de otros estratos sociales. Las dudas frecuentes, que surgieron en la aplicación, relacionadas con la prueba fueron: ¿Qué pasa si no tengo hermanos? ¿Qué debo contestar si no vivo con mis padres? ¿Si mi padre, y/o madre ya falleció? ¿Cómo respondo si mi hermanito(a) acaba de nacer? Por lo que se sugiere que para el próximo trabajo, se incluya en las instrucciones aclaraciones pertinentes a estas dudas.

Es posible que, debido a la influencia de estereotipos culturales de belleza durante la adolescencia, algunos reactivos fueran contestados en función a parámetros actuales de estética, más que en la importancia de la salud. Por ejemplo, al encontrarse una mayor prevalencia de adolescentes bajos de peso, se infiere que detrás de la moda se encuentran las costumbres de los adolescentes y/o la situación económica de la familia. Sin embargo, queda como interrogante, para elaborar nuevos proyectos de investigación, con el objetivo de seguir trabajando sobre estas temáticas con adolescentes.

En el factor 8 aparecen en el mismo relacionados los ítems “*en mi familia nos desvelamos*” y “*duermo el tiempo suficiente*”, se cree que el tiempo suficiente para dormir es el tiempo que necesitan para sentirse bien, más que el tiempo adecuado para dormir. Aunque parezca contradictorio, a pesar de que la familia y el adolescente se desvelan, ellos consideran que duermen el tiempo suficiente. Además desvelarse es un hábito de adultos, y en la adolescencia, se busca hacer cosas de grandes, por lo que no es incompatible con tiempo suficiente.

En México, las actitudes hacia la salud se enfocan más a la curación o reparación que a la prevención. Los resultados muestran que descuidar la salud del cuerpo y estar atentos a la misma, se encuentran agrupados en el mismo factor. Estar atentos a la salud no siempre implica estar saludables, se está atento a la salud cuando aparece una enfermedad.

Se propone también que se investigue la manera actual de organización de las familias en torno a los tiempos de comida, así como al cuidado que se pone en la preparación de los alimentos, y quienes de los adultos que rodean a los adolescentes se hace cargo de eso. Lo anterior surge de los cambios en los horarios laborales, el tiempo de transporte y la inserción de las mujeres a la vida económicamente remunerada. En cuanto al desarrollo de la prueba, se considera necesario continuar el trabajo para desarrollarla, elaborando más reactivos en la dirección de los que mostraron ya, tener poder discriminativo, agruparse en una estructura factorial y ser confiables.

Por todo lo anterior, se propone entonces que se considere que en la familia está la génesis de las actitudes y conductas de prevención en los adolescentes contra la obesidad. Con las oportunidades y responsabilidades que ello implica, en primer lugar porque se considera que las campañas de prevención y educación sobre salud, se deben dirigir a los padres, los cuales son los formadores de hábitos iniciales de cuidado de la salud. También porque son ellos los que pueden trabajar en la solución, cuando la obesidad ya es un problema.

## 2.2. Investigación Cualitativa: “La Abuelitud en la Adolescencia. Un modelo Narrativo”

---

La investigación cualitativa “la Abuelitud en la Adolescencia. Un acercamiento narrativo” se desarrolló bajo la supervisión del Mtro. Ignacio Ramos. Con el objetivo de compartir cómo es que narran algunos adolescentes la relación que tienen con sus abuelos, y si dicha relación tiene algún efecto en la formación de su identidad. A continuación se muestra el resumen de dicha investigación.

### ABUELITUD EN LA ADOLESCENCIA Un modelo Narrativo

---

Linda Grissel Martín Arrieta

#### RESUMEN

Este trabajo pretende ofrecer algunas ideas para iniciar una conversación sobre la forma en la que los adolescentes narran la relación que tienen con sus abuelos y el efecto que tiene en sus vidas. Se ha encontrado que en fechas recientes las familias extensas, formadas por miembros de 3 o 4 generaciones se han incrementado, y es menester hacer investigación que permita describir el tipo de relaciones que se construyen y el efecto que estas tienen en el desarrollo de los miembros de la familia. A través del uso de la metodología cualitativa, que permite retomar los medios narrativos.

Se encontró que algunas características de los abuelos favorecían la relación que se estableció con los adolescentes, entre las que estaban: la edad, sexo y distancia geográfica.

Palabras clave: **Transmisión Intergeneracional, familia extensa, narrativa, abuelidad, adolescencia.**

#### **Introducción:**

La adolescencia es una etapa en la vida de las personas caracterizada, por el reto de conformar la identidad, para lograr este objetivo, son muchos los factores que van a influir y de los que el adolescente tomará en consideración, algunos de los más estudiados, son el grupo de pares y amigos, los padres, la escuela y los medios de comunicación (Cobb, 1996; Fischman, 1998). Por otra parte, se ha encontrado que en México, se está incrementando el número de familias extensas, es decir de familias conformadas por miembros de 3 o 4 generaciones, con la complejidad de relaciones que

esto representa. La intención de esta investigación de corte cualitativo, es explorar cuáles son los elementos que conforman el entramado en la relación entre abuelos y sus nietos adolescentes, cómo es que estos últimos describen la relación y qué influencia tiene en la conformación de su identidad.

**La abuelitud en la adolescencia.** Se ha encontrado, que en las culturas tradicionales, por diversos motivos los hombres jóvenes permanecen en el hogar familiar después del matrimonio, mientras que las mujeres se mudan a la casa del marido. Hasta ahora esta práctica ha mostrado una notable resistencia al cambio. En consecuencia, los niños crecen en un hogar que no solo incluye a sus padres y hermanos, sino también a los abuelos, y a menudo a tíos y primos (Schlegel y Barry, 1991).

Estas formas de convivencia promueven la cercanía entre los adolescentes y su familia extensa. En un análisis transcultural de Schelegel y Barry (1991), en las culturas tradicionales los adolescentes tenían mucho contacto diario con los abuelos y con sus padres; era común que los adolescentes estuvieran más unidos a los abuelos que a los padres. Quizá se debe a que los padres ejercen autoridad sobre los adolescentes, lo cual agrega ambivalencia a su relación, mientras que es menos probable que los abuelos ejerzan la autoridad y es más factible que se centren en cuidar y apoyar a los adolescentes.

En las culturas minoritarias de Estados Unidos, se han encontrado patrones similares de cercanía entre los adolescentes y sus abuelos. Los adolescentes asiático-estadounidenses crecen con los abuelos en casa o viven cerca, y dicen que reciben mucho cuidado y apoyo de los abuelos (Fuligni, Tsen y Lam, 1999). Los abuelos de muchos adolescentes mexicano-estadounidenses viven en la misma casa y las familias de origen mexicano valoran mucho la cercanía en las relaciones con la familia extensa, brindándose apoyo mutuo y compartiendo recursos económicos y responsabilidades de la crianza (Hartwood, 2002; Suárez-Orozco y Suárez-Orozco, 1996).

Los miembros de la familia extensa también son importantes en la vida de los adolescentes en las culturas occidentales, como la Estadounidense, alrededor del 80% de los adolescentes, de esta cultura menciona al menos a un miembro de la familia extensa entre las personas más importantes para ellos (Blyth, 1982). Sin embargo el

contacto es menos frecuente, en parte porque los miembros de la familia extensa a menudo viven a muchos kilómetros de distancia. Los adolescentes estadounidenses tienen un contacto mucho menor que los adolescentes europeos con los miembros de la familia extensa, ya que en Europa es más probable que los miembros de la familia extensa vivan en las cercanías.

En México, en el 2000, en el 23.1% de los hogares vivía al menos un miembro de la tercera generación, y para 2009 27.1% (INEGI, 2009), como se puede ver es un fenómeno que va en aumento y se puede explicar por múltiples causas, entre las que se encuentran, el hecho de que las condiciones socioeconómicas promueven, la necesidad de que las mujeres salgan a buscar trabajos remunerados, el incremento en de divorcios, y de familias monoparentales (madres solteras), y a que las condiciones económicas no permiten que las familias nucleares salgan a formar su propio espacio, entre otras.

Un punto que es importante resaltar, en este sentido, es que en los adolescentes de familias divorciadas aumenta el contacto con los abuelos, en especial los maternos. En esas familias el abuelo materno ocupa, hasta cierto grado el papel de padre al dedicar a sus nietos más tiempo del que daría su padre si estuviera presente. En las familias divorciadas, las madres y los adolescentes tienen mayor necesidad del apoyo y la ayuda del abuelo, dadas las presiones económicas y emocionales que sufren las familias después del divorcio.

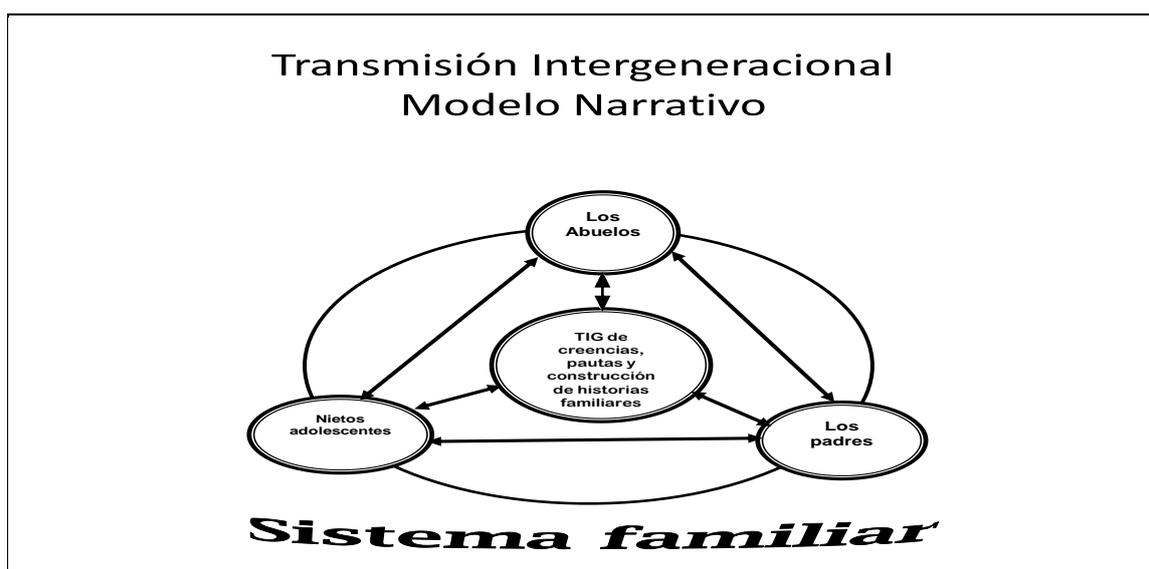
**Las tareas de los abuelos.** Independientemente, de la cultura y del contexto socioeconómico, la abuelidad responde a estas tareas (Redler, 1986):

- ∞ La interacción abuelo – nieto: aunque no actúen de padres tienen tiempo para reír, escuchar, amar, y servir de soporte emocional en las crisis; y
- ∞ La interacción abuelo – hijo: los abuelos ya han pasado por la etapa de ser padres, cuentan con conocimientos y experiencia que los hijos no tienen.

En este sentido, desde los modelos posmodernos, podemos resaltar, que tal vez la función más importante de los abuelos es la de historiadores, encargados de la transmisión de las creencias. Dichas **creencias** son formas de relacionarse, es decir, los abuelos al expresar sus creencias, invitan a los nietos a un tipo de relación. Desde esta perspectiva se dice que, las creencias de la familia toman vida mediante historias compartidas, la interpretación que se da a los sucesos, la importancia que tengan dichos

eventos, y finalmente en función de los estilos de comunicación e interacción que se desarrollan en las familias (Gergen, 1994; Ibarra, 2003).

Por otra parte la abuelitud en la adolescencia, vistas desde un enfoque narrativo, considera que los mensajes que el adolescente recibe a través de la historia de la familia, sobre lo que él puede llegar a ser, son contexto en la co-construcción de la historia de la familia, es decir, el adolescente también está involucrado en el proceso de la construcción de la realidad familiar. Estos mensajes no son determinantes, ni causantes de patología, pues los adolescentes escuchan la historia de la familia, y se convertirán a su vez en co-constructores de creencias y mitos familiares, para después convertirse en narradores de sus propias historias. El siguiente esquema, pretende ejemplificar visualmente dicha interacción.



En contraste con los teóricos de la terapia familiar modernos que resaltaban **la transmisión intergeneracional**. Desde diferentes perspectivas, consideran la importancia de la historia personal y familiar a través de las generaciones, enfatizando el proceso de cada individuo para mejorar su nivel de diferenciación o resolver sus conflictos de lealtades. Coinciden en que la familia es donde se nace, se crece y se aprenden casi todas las estrategias de afrontamiento y solución de problemas (Boszormenyi-Nagy y Spark, 1973; Framo, 1996; Bowen, 1989).

Como podemos ver en este esquema, desde los modelos con influencia psicodinámica la transmisión de las creencias, lealtades y construcciones es en una sola dirección.

## Modelos de Transmisión Intergeneracional con influencias Psicodinámicas



### METODOLOGÍA

La metodología usada, fue de orientación cualitativa, con una mirada posmoderna, a través de la narrativa, que permite una representación de una secuencia de acontecimientos entrelazados mediante una trama o relato. La narrativa también es una forma de construir realidades (Bruner, 1988). Un modo receptivo de interrogación, que puede en la medida que el otro lo experimenta, desencadenar una postura modificada hacia la experiencia. Que mira a la familia como un marco hipotético de ensayo para la construcción y des-construcción de historias.

Esta investigación tiene por objetivo, de explorar cómo los adolescentes narran la relación con sus abuelos y si consideran que éstos influyen en la formación de su identidad y en la adquisición de recursos para la vida. A través del análisis de los elementos de la narrativa de los adolescentes sobre sus abuelos, y de observar lo que rodea el fenómeno.

Para tal efecto, se entrevistó a dos adolescentes (un chico de 16 años, y una chicas de 14 años) de nivel económico medio, ambos padres que trabajan, educados en el contexto urbano de la ciudad de México, y viven a la casa de la familia extensa.

La **técnica** que se utilizó, fue la entrevista a profundidad, y un escrito donde los adolescentes describieron: “Mi abuel@ es para mí como...” donde se les pidió que describan qué significa su relación con los abuelos.

### RESULTADOS

Las categorías creadas para describir el fenómeno, de la abuelitud en la adolescencia fueron, *Sobre las características del abuelo:*

La **edad** del abuelo influyó contundentemente en la relación que tenían con ellos, debido a que en los 2 casos las abuelas tenían menos de 65 años y estaban muy pendientes de la educación y crianza de los adolescentes, en ambos casos, son las personas con las que pasan la tarde, haciendo la terea mientras llegan sus padres, y en muchas ocasiones son ellas las que acuden a la escuela a acompañarles en actividades como inscripciones, salidas y juntas. También tuvieron tiempo cuando eran mas chicos de llevarlos al parque, y a las fiestas infantiles.

El **género**, resultó determinante, en la relación, pero de dos distintas formas. Con la abuela pudieron construir una relación más íntima y cálida, porque con ellas se podía platicar de todo, y estaban mas pendientes de las necesidades afectivas que sus padres. Mencionaron que ellas estuvieron con ellos desde bebés, “me cambiaba el pañal” mencionó la chica sobre su abuela. Por otra parte el muchacho describió la relación con su abuelo con profunda admiración, como si fuera su padre o su héroe, porque siempre lo defendía de sus papás y estaba dispuesto a enseñarle lo que el necesitaba y a darle un consejo, pero como amigo “el es como un ejemplo para mí”, mencionó en este sentido. En este mismo rubro, ambos describieron que la relación mas fuerte es con sus abuelos maternos, que estuvieron pendientes para apoyar a sus mamás (económicamente y cuando ellas tenían problemas con la pareja) y a ellos. Porque los papás de sus papás no se involucraban tanto aunque se querían mucho.

Pero el factor que más influyó en la relación con los nietos fue, **la cercanía**. En este sentido mencionan que a pesar de que llegan a tener problemas por malos entendidos o por las cosas que pasan entre los abuelos y sus papás, el estar juntos hace que se sientan protegidos, apoyados y queridos por ellos. A veces no se sienten entendidos, pero ambos adolescentes mencionaron, es por su edad, en ocasiones les molesta que hacen ruido o quieren salir con los amigos, pero siempre los apoyan cuando tienen que hacer algo a lo que los papás de entrada les habían dicho que no, o dando consejos que les funcionan.

Para el adolescente lo que más lo aleja de sus abuelos paternos, es que ellos viven en Veracruz, y se ven pocas veces en el año. Además su papá nunca se entendió con ellos, por lo tanto no procura mantener la relación constante.

Cuando se les preguntó “Mi abuelo es para mí como...” se tuvo que modificar la pregunta, porque no estaba claro para ellos lo que se quería saber y terminó en: ¿para ti qué significa tu abuelo/abuela?”

El adolescente contestó: *“Para mí mis abuelos son todo. El es mi ejemplo en la vida, siempre sabe lo que es mejor, y me apoya. Siempre tuvo una vida muy difícil, pero nunca se rajó, aunque a veces se enferma, se va a trabajar y le sigue echando ganas. Mi abuelita es a todo dar, creo que soy su consentido. No me imagino que pasaría si ellos algún día se mueren, aunque entiendo que eso va a suceder. Prefiero no pensar en eso”*

La adolescente contestó: *“Mi abuela es la alegría de mi vida, muchas veces se enoja, pero siempre está cantando, y me dice las cosas así. Ella me ha cuidado siempre y es la persona mas importante en mi vida, porque platicamos mucho y siempre me cuenta de cuando ella era chamaca. Claro que quiero a mi mamá pero, mi abuelita es bien chula, cuando llego triste de la escuela me prepara la comida que se me antoja y se queda conmigo hasta que mis papas llegan.”*

Es importante mencionar que ambos se mostraron participativos y conmovidos de tocar el tema, incluso durante las entrevistas llegaron a mostrar lágrimas en los ojos, particularmente cuando se les cuestionó sobre lo que sus abuelos significan para ellos.

## **CONCLUSIÓN**

Se encontró que el papel que juegan los abuelos en las familias, es muy relevante. A pesar de que no se sabe a ciencia cierta cuál es la influencia que ejercen sobre los adolescentes, se considera que es muy probable que la cercanía con los abuelos favorezca la adquisición de recursos para la vida, como el respeto, el cuidado y la solidaridad (que aparecieron en nuestros chicos), no tenemos información concluyente que permita saber si los abuelos influyen en la formación de la identidad. Pero si, se puede decir, que la cercanía puede resultar un factor de protección en los adolescentes para prevenir conductas de riesgo, en esta etapa. Finalmente, es importante mencionar, que este es un estudio exploratorio, que sería interesante tener una muestra más grande, para poder discriminar algunas categorías y que sería una muy buena idea, para poder hacerlo, combinarlo con algún estudio de metodología cuantitativa.

### **3. Habilidades de enseñanza, difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria**

---

Este apartado contiene a grandes rasgos las diversas actividades que se realizaron encaminadas a la enseñanza y la difusión del conocimiento. En primer término se hará mención de los dos productos tecnológicos realizados durante la Residencia en Terapia Familiar, el primero “Cursos-Taller de Autoestima y Creatividad” tiene el propósito de dotar de habilidades de afrontamiento a los estudiantes de la residencia. El segundo “Manual de Prevención de la Violencia de Pareja” pretende brindar información al público en general, sobre el tema de la Violencia, considerando que el conocimiento objetivo del tema, permitirá tomar mejores decisiones, en caso de requerir atención, buscando impactar positivamente a la población. En este mismo sentido se hará referencia a la actividad comunitaria “No te quedes en el viaje”, que se realizó con la intención de prevenir actividades de alto riesgo en una comunidad de adolescentes vulnerable al uso y abuso de sustancias tóxicas.

En este apartado también se hará referencia a las diversas actividades realizadas encaminadas a compartir y aprender en foros académicos, entre los cuales está la participación en Congresos Nacionales e Internacionales como asistente y como ponente. Finalmente y no menos importante, se hará referencia a la publicación de una creación de valor literario que se expuso en uno de los congresos, el cuento “Perfil Mitológico del Terapeuta Familiar”.

Por otra parte, también se incluye el artículo “Contrastes éticos. De la modernidad a la posmodernidad en la formación de Terapeutas Familiares”, que tiene la intención de exponer algunos retos que se vivieron en la Residencia y una forma tentativa de enfrentarlos.

#### **3.1. Productos tecnológicos**

##### **3.1.1. Elaboración de Propuesta de: Curso-Taller de Autoestima y Creatividad**

**Descripción de la Actividad:** Se elaboró un taller de Creatividad y Autoestima (Anexo 2), con la intención de aportar una experiencia para los estudiantes de la maestría, durante su formación, donde pudieran estimular sus sentidos para sensibilizarles y brindarles herramientas para desarrollar su creatividad y autoestima, a través de

dinámicas estructuradas, que promueven la creatividad, el aprendizaje; todo en un contexto de respeto y cordialidad.

**Justificación:**

Dentro de la formación, se ha detectado la necesidad de llevar a cabo un taller de autoestima y creatividad, pues los estudiantes están expuestos a múltiples situaciones de aprendizaje que les ponen a prueba y requieren soluciones creativas e innovadoras, tanto en el desarrollo de sus investigaciones, trabajos de clase, exposiciones, etc., como en la práctica clínica. Por otra parte, la autoestima es una de las habilidades sociales adaptativas que junto al sentido del humor, la seguridad y confianza personal y en el grupo serán recursos que deberán mostrar y desarrollar durante dos años. Debido a que la interacción (de más de 40 horas a la semana) con maestros, coordinadores, usuarios del servicio y entre ellos mismos, exigirá mostrar constantemente sus capacidades. La intención es brindar herramientas para promover un ambiente de colaboración, respeto y apoyo en el sistema de aprendizaje, iniciando por los alumnos del grupo, para mejorar en primera instancia, la relación entre ellos y en un segundo momento con maestros, coordinadores y usuarios del servicio.

### **3.1.2. Creación de un Manual de Prevención de la Violencia de Pareja**

**Descripción de la Actividad:** Junto con Yuliana León, se realizó un “Manual de Prevención de la Violencia en las Relaciones de Pareja” (Anexo 3). Dirigido a todo público, define la violencia en todos sus tipos, además de ejemplificar y listar distintas maneras en que se presenta. El manual también aborda la diferencia entre el sexo y el género y cómo es que la inequidad puede ser generadora de violencia. De una manera simple, se habla también acerca de la socialización de hombres y mujeres y de las expectativas que se tienen para cada uno de los sexos. También se hace una revisión acerca de las ideas acerca del amor romántico y cómo es que las relaciones no son de esa manera todo el tiempo.

Además de lo anterior, el manual establece medidas de prevención en el noviazgo, en la pareja y en la pareja con hijos.

**Justificación:** Debido a que la violencia en la familia se reconoce como un problema de salud social, se ha creado la necesidad de informar a la población en general acerca de

este tema y de su prevención. En nuestra cultura, y en las familias que viven violencia, es común naturalizarla, hacerla ver como algo normal, que pasa “hasta en las mejores familias”. La violencia es un fenómeno que ocurre en muchos estratos de nuestra sociedad y de la que todos somos parte. Creemos que este documento contribuye a la lucha por desnaturalizar la violencia, por nombrarla y rechazarla y además, intenta proveer al público con información verídica acerca de lo que es, de lo que se experimenta al vivirla y con recursos que sean útiles para su no expansión ni propagación.

### **3.2.Desarrollo del programa de Prevención Comunitaria: “Taller para Adolescentes: No te quedes en el Viaje”**

**Descripción de la actividad:** se elaboró, junto con Iliana Ruvalcaba, un taller para prevenir el consumo de drogas en adolescentes, que actualmente es un problema de salud pública en México. El objetivo general era los adolescentes adquirieran conocimientos y recursos para prevenir el uso y abuso de sustancias tóxicas, a través de un proceso vivencial y dinámico. Utilizando estrategias de Terapia Familiar Sistémica y Cognitivo-conductuales. El taller se dividió en 3 sesiones de 3 horas, donde se vieron teórico-vivencialmente los siguientes temas: Mitos y realidades de las adicciones, autoestima, solución de conflictos, manejo de emociones, comunicación y adicciones. El taller llevó a cabo en las instalaciones del Centro Comunitario “San Lorenzo”, con un grupo de 11 jóvenes de secundaria, considerados de alto riesgo por autoridades del centro.

**Justificación:** El consumo de drogas legales e ilegales, actualmente, constituye un problema de salud pública en México. Según la Encuesta Nacional de Adicciones (2008), en sólo seis años creció 50% el número de personas adictas a las drogas ilegales y 30% la cifra de quienes alguna vez las han consumido. Debido al fácil acceso que tienen los adolescentes para adquirir drogas. Hasta 43% de los jóvenes de entre 12 y 25 años de edad está expuesto a ellas. Se ha encontrado que los jóvenes de 12 a 17 años representan la parte más vulnerable. Por dos motivos principales: Intentan evadir los problemas por medio del alcohol y las drogas, y Problemas familiares.

**Resultados:** El taller tuvo un impacto muy favorable en los muchachos que asistieron, debido a que la mayoría ya había probado algunas sustancias, de las que se habló y

coincidieron en que era para ellos de mucha utilidad aprender estrategias para hablar o resolver conflictos. Lo que más les gustó fue poder hablar de esto con adultas que no les juzgaban y que les hicieron sentir confianza.

### **3.3. Reportes de asistencia y presentación de trabajos en foros académicos.**

Como parte de la formación, es importante promover la participación de los Terapeutas Familiares en formación, para que entren en contacto con otros colegas. La intención es intercambiar conocimientos, dar a conocer los trabajos que se están desarrollando en la Residencia y recibir retroalimentación, a continuación se mencionan brevemente, las actividades más relevantes de asistencia y presentación a foros académicos.

#### **3.3.1. Reporte de Asistencia al Seminario: “Humillación, Vergüenza y Perdón: emociones clave en la dinámica familiar.”**

El seminario fue impartido por el Dr. Carlos Sluzki, el 27 y 28 de octubre del 2007, en el hotel Royal del Pedregal. Enfocando los temas de los conflictos familiares llevados a los sistemas amplios, como los gobiernos y las políticas de mediación internacional. Donde señaló que el perdón ante la humillación es indispensable para gestionar el cambio, pues mejora las relaciones en los diversos sistemas de pertenencia. Enfatizó en la necesidad de aceptar el daño que se hace, para dar paso a la reparación, de lo contrario no se puede trascender el problema.

#### **3.3.2. Cuarta Jornada Clínica. Facultad de Psicología UNAM.**

Se presentó un caso dentro de la jornada realizada el 24 de junio del 2008. Con el objetivo de dar a conocer el proceso terapéutico que se dio con una familia atendida en un Centro Comunitario en esa época, dirigido a la comunidad de la Residencia en Terapia Familiar.

### **3.3.3. Presentación en el II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología.**

En el marco del II Congreso de Maestría y Doctorado en Psicología, llevado a cabo el 18 y 19 de agosto del 2008, en la FES de Iztacala. Se presentó el trabajo “Familia y obesidad en la Adolescencia” (antes expuesto). Esta experiencia promovió un espacio de retroalimentación entre colegas de diversas instituciones sobre el tema.

### **3.3.4. Reporte de presentación de trabajo en el II Congreso Internacional de Psicología, Entre lo real y lo posible: “Abuelitud en la Adolescencia. Desde un enfoque narrativo.”**

Llevado a cabo en la ciudad de Morelia del 27 al 31 de octubre del 2008. Donde se participó exponiendo los avances de la investigación de corte cualitativo “Abuelitud en la Adolescencia. Desde un enfoque narrativo”. Teniendo la oportunidad de participar en la mesa de posmodernidad, con profesoras de la Facultad de Psicología de la Universidad Nicolaita. Fue un espacio abierto y plural para compartir con estudiantes de licenciatura y posgrado, de todo el país, los trabajos de investigación desarrollados en la Residencia.

### **3.3.5. Reporte de presentación de trabajo en el XI Congreso de Terapia Familiar: “Ser, estar y trascender en la terapia familiar.”**

Llevado a cabo en la ciudad de Querétaro del 14 al 16 de noviembre del 2008. Donde se realizó la presentación de la creación literaria: “Perfil mitológico del terapeuta familiar”, donde se tuvo el honor de participar teniendo como moderador al Dr. Anatolio Friedberg. Fue una experiencia muy enriquecedora, pues se pudo compartir con la comunidad más amplia de terapeutas familiares pertenecientes a la AMTF, los trabajos realizados en la Residencia de la Facultad de Psicología de la UNAM.

### **3.3.6. Publicación del cuento: “Perfil Mitológico del Terapeuta Familiar”**

Al término de la presentación, se solicitó al equipo publicar el cuento (Anexo 4), apareciendo en el siguiente número de la revista Psicoterapia y Familia (Martín, Villeda y Aladro, 2009).

## Perfil Mitológico Del Terapeuta Familiar\*

---

Martin, L., Villeda, V., y Aladro, P.

\*Trabajo presentado en el XI Congreso Nacional de la AMTF, y publicado en  
Psicoterapia y Familia 2009 Vol 22, No 1:82-86

### RESUMEN:

Es un ensayo en forma de cuento que desarrolla el perfil del terapeuta familiar en aspectos como: la formación, creatividad, experiencia, ética, empatía y espiritualidad, haciendo uso del humor, las metáforas y la mitología greco-romana. Tiene la intención de provocar la reflexión, compartiendo elementos de nuestro quehacer clínico.

**Palabras clave:** Perfil, terapeuta familiar, metáfora y mitología.

### ABSTRACT:

This is an essay in the form of a story that develops the profile of the family therapist regarding aspects of training, creativity, experience, ethics, empathy and spirituality, making use of humor, metaphor and Greek and Roman mythology. Its object is to make readers think and associate elements of our clinical practice.

Key words: profile, family therapist, metaphor, mythology.

Un día el Dios Zeus, estaba un poco aburrido en el Olimpo, porque ya no había muchachas bellas, ni diosas por conquistar. Tuvo una gran idea, habló con Atenea (su hija favorita) y le dijo:

- “¡Estoy de buen humor y quiero concederte un deseo!”

- “Pero... te impongo una condición, debe ser una aventura muy divertida que a los involucrados no se les olvide jamás” (a Zeus como sabemos le importaba mucho ser recordado)...

Atenea no paraba de darle vueltas en su mente a una inquietud: Desde hacía mucho tiempo cuando bajaba a la tierra, veía a las madres hablando con otras mujeres en la plaza mientras compraban. Y sus temas de conversación eran los mismos: si sus hijos no dejaban de hacer travesuras, si tenían mala cabeza, si en las bacanales se les pasaban

las copas, si los esposos peleaban con ellas, o estaban indiferentes, si las celaban, entre otras tantas cosas.

Otro día, quedó sorprendida con la historia de un infeliz llamado Edipo, que se había casado con su madre y matado a su padre sin querer y sin saber. En fin, se dio cuenta del sufrimiento de los seres humanos y deseaba hacer algo al respecto.

Atenea se percató, que necesitaba canales de comunicación con los seres humanos, para poder transmitir su sabiduría y ayudarles en sus tragedias personales, o bien para que aprendieran a sobrellevar la vida con más humor. Entonces, aceptó la propuesta de Zeus, y se le ocurrió la brillante idea de crear una academia, donde pudiera concentrar la sabiduría de la vida. Reunió para esta tarea a las personas más sabias y expertas, poseedoras de una cualidad muy importante en común: la capacidad de generar estrategias de solución creativas, innovadoras y divertidas, porque estaba cansada de solo escuchar problemas.

Centró su búsqueda de expertos en las siguientes áreas:

- La violencia, donde Marte, inflamaba el pecho de sus víctimas con una furia tan grande, que les impedía detenerse, cegando sus decisiones, llegando, en ocasiones, incluso a la matar.
- La adicción de los jóvenes poseídos por el Dios Baco quien los arrastraba al infierno de la resaca y el vacío después de sus interminables fiestas.
- Las parejas con problemas de celos e infidelidad, donde Venus había mostrado el ejemplo en sus deslices con Marte.
- El suicidio para los seducidos por Hades, quien podía ser invisible, y dominaba el inframundo.
- La locura de los atrapados por los cantos y los encantos de las sirenas, de las que en su momento el valiente Odiseo se salvó...

Todas estas son caras de la misma moneda, el dolor humano, causado por los Dioses, quienes no paraban de jugar pesadas bromas a los habitantes de la tierra. Atenea tenía un nuevo reto porque estos sabios eran muy pocos y no suficientes para la enorme tarea que tenía enfrente. Este pequeño grupo había logrado asimilar sabiduría, al paso de años de observación, reflexión, experimentación, y sobre todo por su experiencia de vida.

La Diosa de la sabiduría requería más personas para apoyar a estos sabios en la tarea de combatir el dolor humano. Y éstas deberían ser personas con tales cualidades que les permitieran enfrentar el poder de los dioses. Hubo entonces una reunión muy importante, donde los gurús acudieron desde lugares muy lejanos. El debate duró días, porque todos tenían formas diferentes de hacer las cosas e ideas distintas de cómo deberían ser los candidatos. Después de intensas discusiones y pesadas jornadas, por fin se pusieron de acuerdo y lanzaron la convocatoria:

BUSCAMOS PERSONAS PARA INTEGRAR EL PRIMER CURSO DE FORMACIÓN DE TERAPEUTAS FAMILIARES SISTÉMICOS Y POSMODERNOS.

SI NO CUMPLEN CON LOS REQUISITOS, INÚTIL PRESENTARSE. SI CONOCES A ALGUIEN QUE LOS TENGA, DENÚNCIALO, LO ESTAMOS BUSCANDO.

SE SOLICITAN PERSONAS:

- ❖ Capaces de acariciar el alma de la gente, sin tomar partido por unos u otros miembros de la familia pues, detrás de un gran enojo o indiferencia, se esconde el dolor o la desesperación por no encontrar qué hacer para salir de los conflictos.
- ❖ Hábiles en el arte de estar presentes en el aquí y el ahora y con buena memoria para los detalles. Con la habilidad de acallar la mente del diálogo interno, para recibir la información de lo que está en su entorno.
- ❖ Con capacidad de observar sin juzgar, pues ya han atravesado el camino de la vida y tienen sus ropas manchadas de barro, conscientes de los propios errores, (el que esté libre de pecado que tire la primera piedra).
- ❖ Excelentes investigadores de familias, con la curiosidad para encontrar las interacciones generadoras de los problemas y lograr que cada quien asuma su responsabilidad y ocupe su lugar en la familia. Porque se sabe que el mayor sufrimiento se da cuando alguien ocupa un lugar que no le corresponde.
- ❖ Sensibles, capaces de conmovirse con la sonrisa de un bebé o con el llanto de un padre frente a la muerte de su amado hijo.

- ❖ Inteligentes, con habilidad de aprender de la experiencia, para que puedan asimilar e integrar las enseñanzas de la vida, de sus maestros y de los pacientes.
- ❖ Con alguna experiencia de dolor humano para ponerse en el lugar de los que van a pedirles ayuda.
- ❖ Conscientes de sus propias virtudes y fragilidades, con capacidad de amarse a sí mismos y disposición para ver la realidad y no juzgarse cuando las cosas no salen bien.
- ❖ En proceso de crecimiento y entrenamiento. Flexibles, para que al caer puedan levantarse, sacudirse el polvo y continuar su camino, enriquecidos con esta experiencia.
- ❖ Que disfruten del riesgo y la adrenalina, para enfrentar pruebas difíciles. Dispuestas a buscar las posibles estrategias para solucionar los retos de la terapia “como un hombre con el cuerpo en llamas, busca el agua”.
- ❖ Con la experiencia de haber amado, para que sin esfuerzo traten amablemente a otros seres humanos.
- ❖ Hábiles para tener amigos, capaces de transmitir confianza, seguridad y tranquilidad para contener las historias que les compartan.
- ❖ Practicantes de alguna de las bellas artes, con habilidad para crear y buscar nuevas alternativas de solución, con la pasión de materializar sus ideas, sin importar los esfuerzos requeridos.
- ❖ Con intuición para elaborar explicaciones más complejas y más simples que las dadas sólo por la razón y la argumentación. Abiertas a decodificar señales verbales y no verbales, y a construir con ellas, posibles intervenciones.
- ❖ Conocedores de la alquimia, para transformar creativamente las experiencias dolorosas en oportunidades de aprendizaje.
- ❖ Con experiencia en arquitectura, escultura, pintura y otras artes, para poder deconstruir paredes que aprisionan a los seres humanos, creando nuevas estructuras. Pero sobre todo, dispuestos a reconstruir sobre la base de cimientos antiguos, creativas reinterpretaciones que les brinden nuevas posibilidades.
- ❖ Con conocimientos mínimos indispensables de alguna práctica religiosa o filosófica, para colocarse desde una posición positiva y esperanzadora frente a los seres humanos.

Cuando terminaron, se dieron cuenta de lo obvio: estaban solicitando un equipo de super-hombres y super-mujeres. Comenzaron a dudar si podrían encontrar a alguien con todas esas virtudes. Sin embargo decidieron esperar. Llegaron las solicitudes y los sabios estaban ansiosos por conocer a las personas inscritas. No obstante, debían hacer algunas pruebas para discernir si los postulantes tenían las habilidades mínimas necesarias.

El día de las entrevistas, descubrieron, con sorpresa: la mayoría reunía algunas cualidades, pero no todas. Estaban en la disyuntiva entrenaban a los interesados o cerraban la academia. Después de considerarlo eligieron la primera opción y realizaron la selección de una manera muy peculiar: Decidieron aventar los expedientes al cielo y aceptar a los que quedaran en el escritorio y descartar a los que cayeran fuera. Porque pensaron, “todos pueden hacerlo bien y aprender, por esta vez, confiaremos en el azar”. Así que...

Llegó la primera reunión de los candidatos, quienes al saberse aceptados por la academia, se sintieron realmente “LOS ELEGIDOS”. Pero, era sólo el azar. Sin embargo, cada uno actuaba como “elegido”, sin darse la oportunidad de mirar el corazón de sus compañeros. Por ese motivo empezaron los problemas, pues el único rasgo común era: “en sus círculos de influencia todos, eran considerados personas sobresalientes”. Ahora había 10 estrellas acostumbradas a brillar, un poco ciegos por su propio resplandor, con un asunto en común, pendiente para resolver: la humildad para aceptar aprender algo de sus compañeros.

Ante esta situación, Atenea decidió esconder las mejores cualidades de los “elegidos” dentro de sus corazones, para que sólo los que estuvieran dispuestos a mirar dentro de sí mismos y de los demás, las encontrarán. Los integrantes del grupo tardaron casi seis meses en descubrir y sobre todo en reconocer que sus compañeros y ellos mismos eran gente noble, inteligente, capaz, dispuesta a trabajar, y además habían salido adelante en sus pruebas personales. Por fin, sacaron a la luz, los recursos del equipo, justo cuando las personas acudían a pedirles ayuda. Atenea dejó entonces, a los jóvenes en formación desplegar y mostrar todas sus cualidades.

Finalmente Zeus le dijo a Atenea: “Esto lleva más de un año, ¿cuándo empieza lo divertido?”, ella le contestó: “Padre, cuando logremos aprender en el Olimpo, con

humildad, cómo los seres humanos resuelven sus problemas. Porque hemos jugado con sus destinos, y tenemos mucho por aprender de ellos. Cada familia cuando acude en busca de apoyo, en el fondo conoce su solución, van a terapia para que estos jóvenes noveles, les muestren lo obvio, lo evidente: las familias siempre han tenido la respuesta frente a sus ojos, son las expertas en sus vidas. Han contado con dones para recuperarse en otras ocasiones de sus problemas, llegan porque olvidaron como volver a utilizar sus recursos”. “Padre”, continuó Atenea, “lo realmente sorprendente, lo inolvidable de esta aventura es que en la vida no se trata de encontrar a los mejores, sino de ayudar a los realmente apasionados por colaborar en el re-encantamiento del mundo. Compartimos las herramientas con estas personas dispuestas, moldeando amablemente su carácter, con miras a prepararlos para enfrentar las batallas que les esperan al concluir su formación de terapeutas. Sobre todo las personales, donde se involucra conservar la fe y la confianza en sí mismos, en los otros y en el universo (Dios). En esta búsqueda de candidatos, el tiempo y el trabajo invertido te ha permitido a ti padre, recuperar la armonía del Universo, tu principal labor. Gracias por ser mi cómplice en esta aventura.”

### 3.4. Habilidades de Compromiso y Ética Profesional

A continuación se presenta un artículo escrito con la intención de hacer una reflexión y de compartir la experiencia de algunos compañeros de la residencia, sobre el tema de los contrastes éticos que representaba ir de un modelo a otro en las clases teóricas y de práctica supervisada.

#### *CONTRASTES ÉTICOS.*

*De la modernidad a la posmodernidad en la formación de terapeutas familiares.*

---

**Introducción.** El contexto más amplio de esta reflexión, fue la experiencia vivida en los diversos espacios de supervisión clínica en la residencia y el efecto en el equipo terapéutico de un viaje teórico-práctico que parte de la visión moderna para concluir con la mirada posmoderna. Del que desde ahora podemos decir que ha resultado muy contrastante y enriquecedor por la mezcla de vivencias, ideas y voces posibles.

En estas líneas busco dar voz a la experiencia de una parte del sistema terapéutico: el equipo formado por los estudiantes de la maestría, del que formé parte. Debido a que fuimos quienes vivimos la experiencia completa. Cabe aclarar que el sistema terapéutico está conformado en su totalidad por el equipo terapéutico, supervisores, terapeutas o coterapeutas, según el caso, y no menos importante, los consultantes.

Debo aclarar que la curiosidad de trabajar con este tema, surgió de una sesión, donde las coterapeutas y la supervisora, tuvieron una diferencia de opinión, que generó una discusión, donde se cuestionaba la manera en que las terapeutas a cargo llevaron la sesión. Esto despertó, en el equipo terapéutico en general, sentimientos encontrados y algunas reflexiones éticas que abordaremos brevemente en este apartado.

¿Qué se vale y qué no se vale cuando se trabaja en equipo durante una supervisión?  
¿Cuál es el límite de lo que se puede hacer y decir como equipo terapéutico a los terapeutas a cargo? ¿Cómo colocarse desde una postura ética informada por los enfoques posmodernos en la práctica clínica? ¿Qué tanto estas implicaciones atraviesan la vida del terapeuta, fuera del contexto terapéutico para volverse una premisa de vida? Y finalmente la nada fácil cuestión ¿Dónde se puede colocar un terapeuta en formación, que aún está asimilando los modelos modernos de hacer terapia, frente a los modelos posmodernos?

**a) Modernidad y posmodernidad, trazando distinciones.**

Comencemos de manera sencilla, mencionando que la ética para Savater (1991), *involucra el arte de saber elegir lo que es conveniente*. ¿De dónde surge la idea de hablar de ética en el contexto de la formación de Terapeutas Familiares? Del hecho de que la ética responde cabalmente a la necesidad de experimentar la libertad de elegir y la responsabilidad que involucra dicha elección.

Solo por mencionar algunas elecciones posibles tenemos, la forma de ver a los consultantes, cómo se conformarán las agendas de la terapia, la transparencia de la misma, quiénes y cómo se generan los objetivos para la terapia, las intervenciones, y el trabajo del equipo terapéutico, entre otras.

Ahora bien, regresando al contexto de la maestría se puede trazar una amplia línea que separa los modelos vistos, dependiendo de las teorías que subyacen a las formas de intervención: los enfoques modernos, y los posmodernos. Presento este esquema para clarificar de forma breve las premisas y principales diferencias entre ambas posturas.

**C 11 CONTRASTE DE PREMISAS MODERNAS Y POSTMODERNAS  
(Gergen, 1994, Corres, 1992 y Elkaim 1996)**

| <b>Modernidad</b>   | <b>Posmodernidad</b>   |
|---|--|
| Es posible conocer directamente la realidad.                              | No es posible conocer directamente la realidad pues el conocimiento está influido o mediado por el sujeto. |
| El conocimiento es correcto cuando describe la realidad verdadera.        | El conocimiento es correcto o incorrecto dependiendo de la perspectiva con que se mire.                    |
| Nuevo conocimiento: descubrimiento de algún aspecto nuevo de la realidad. | El nuevo conocimiento no es otra cosa que la invención de un nuevo marco explicativo.                      |
| La verdad es una y valida de forma universal.                             | La verdad es múltiple y dependiente del contexto.  |
| El conocimiento es una representación directa del mundo real              | El conocimiento es una construcción a partir de la experiencia.  |

Como muestra el cuadro, la diferencia fundamental entre los dos enfoques radica en que el enfoque moderno considera que La Realidad es única, y es algo que está afuera, esperando ser descubierta, afanándose por terminar de descubrirla, busca medir y evaluar, a través de instrumentos considerados objetivos (Corres, 1992).

Por su parte el enfoque posmoderno considera que no existe una realidad única independiente del observador, sino múltiples versiones de la misma, dependiendo del contexto, y se construye socialmente. En este sentido Gergen, considera que la construcción del mundo no se sitúa en el interior de la mente del observador, sino en el interior de diferentes formas de relación (Gergen, 1994).

Otra característica relevante que está detrás de estas diferencias, es la idea del poder. La mirada moderna, busca tener el control de la naturaleza, las variables, las conductas, los resultados, las ideas, las personas, en fin, su búsqueda está enfocada en la capacidad de predicción. Por ejemplo: el modelo estratégico, sólo por citar uno, se caracteriza por el papel que ha de asumir el terapeuta, como responsable de planear, dirigir una estrategia y evaluar los resultados de la misma, que fue inspirada en los objetivos que él mismo definió. Aquí la jerarquía del terapeuta es un tema central. (Haley, 1976; y Madanes, 1982).

Gergen por su cuenta, menciona que el enfoque posmoderno, surge como una reacción a los comportamientos amorales, ante la acumulación de la riqueza y poder, lo que determina, la reivindicación ética a través de la desconstrucción de los conceptos de racionalidad, objetividad y progreso.

De este modo se explica por qué, en las terapias posmodernas se asume una postura crítica, por ejemplo, frente al uso y la utilidad de las etiquetas diagnósticas, donde otro con mayor jerarquía sabe mejor que la persona sobre su situación, y la manera de resolverla. Buscando reconstruir en la relación terapéutica las prácticas del poder (Foucault, 1990; y White, 2002).

#### **b) Algunas implicaciones éticas al ir de la modernidad la posmodernidad en la formación.**

Partiendo de que la posmodernidad es una reacción ante los excesos modernos, surgen algunas preguntas ¿Qué postura adoptar? ¿Cómo el terapeuta se puede poner el saco moderno en una supervisión y 3 horas más tarde se lo quita y se pone la camiseta posmoderna? ¿Cómo enfrentar este reto sin morir o enloquecer en el intento?

A lo que Cecchin (1996), respondería y me hace sentido, *“se trata de ser libres, no creer que cuando uno descubre algo va a ser siempre así. El problema en la terapia es que cuando uno hace el diagnóstico al principio, tiende a conservar la misma idea*

*hasta el final*”. El punto es ir más allá de las etiquetas, más allá de las ideas perfectas que se tienen sobre los efectos o defectos de una teoría. Él propone que se haga a través de la deconstrucción, cuestionando, reflexionando sobre el actuar terapéutico, y sobre los efectos que las ideas perfectas ejercen sobre el sistema terapéutico. Y cito que para sí mismo, añade: *“Ahora quiero darme a mí mismo una prescripción o un ritual: la forma de hacer terapia que he presentado es correcta, pero nada más que para los próximos dos años”* (Cecchin, 1994; p 345).

Pero, me aventuro a pensar de forma un tanto radical, que la forma de hacer terapia será la correcta en este contexto (semestre/materia/supervisor, particularmente durante la maestría), para esta persona o familia y en este momento.

Por otra parte, Elkaim (1996), menciona en el asunto de la postura ética, que no se trata de un movimiento desde la objetividad hacia la subjetividad, sino más bien de fundar una ética, ya que considera que sin autonomía no hay responsabilidad, ni por consiguiente ética. Pone, entonces, el acento en el terapeuta, y señala que antes era considerado como un observador externo, y pocos se interesaban en analizar los efectos de la interacción en todos los miembros del sistema terapéutico.

Estas ideas nos dan la pauta para reflexionar sobre ¿cuáles son los efectos concretos de nuestra intervención en todas las partes que conforman el sistema terapéutico? poniendo el énfasis en que no hay intervenciones inocentes, se trata de pensar y responsabilizarnos de los efectos en la relación terapéutica, no de las intenciones. Independientemente del modelo terapéutico que se esté revisando en cada supervisión.

**c) Voces del equipo terapéutico, sobre la experiencia de transitar entre los modelos modernos y posmodernos.**

Demos lugar a las voces de algunos integrantes del equipo terapéutico sobre estas preguntas: ¿Cuáles son los efectos de los modelos posmodernos en ti y en tu práctica? ¿Cuál es tu postura ética frente a los modelos posmodernos?

**Estudiante 1** “La terapia basada en los enfoques posmodernos, definitivamente implica un cambio de vida ya que requiere que haya congruencia entre lo que se cree y lo que se vive. Permite que se deconstruya la investidura de poder que viene con la posición del terapeuta y de la terapia. Los efectos que ha tenido en mí, la aplicación de este enfoque

es que mi trabajo terapéutico lo ha hecho más fluido, menos estratégico y en mi opinión más humano”.

**Estudiante 2** “Creo que lo que me gusto mucho de este tipo de terapias, fue darme cuenta de que se trata más de una postura, una actitud, una forma de mostrarse frente a los pacientes, de allí se generan las preguntas. Para mí es un compromiso ético, por lo tanto es un estilo de vida. Por lo que trabajar desde el enfoque posmoderno hace cuestionarme si ¿Implica cambio de vida o solo es un cambio en el estilo de trabajo?

**Estudiante 3** “Trabajar desde este enfoque ayuda al terapeuta a liberarse y a quitarse en cierta forma de su postura de experto. De manera personal, me ayuda a ir monitoreándome constantemente e ir descubriendo mis prejuicios ¿de dónde vienen? Por qué salen en ese momento y bueno también me ha ayudado a ver cuáles son mis historias dominantes y de dónde vienen. Respecto a la transparencia es algo que me agrada y que he aplicado frecuentemente en las sesiones en las que soy terapeuta a cargo”.

**Estudiante 4** “El trabajar desde el enfoque posmoderno, implica el papel del terapeuta descentrado y sin el estandarte de la verdad. En lo personal, me ha permitido pararme desde otro ángulo de visión acerca de mi propia vida, mis actos y mis historias. Me ha permitido ver cosas que antes no veía, valorar más historias sobre todo eso, valorar las historias de las personas y considerarlas como genuinas y dignas de ser escuchadas. Ha implicado para mí valorar y agradecer lo que el paciente deposita en mí y lo agradable de acompañarlo a través de la re-narración de su historia lo que a su vez implica para mi re-narrarme como terapeuta. Creo que es un cambio en el estilo de trabajo que inexorablemente implica un cambio en tu forma de ver tu vida, en mi caso, me ha servido para mi vida, desde el cómo he ido reconstruyendo mis historias, los personajes de las mismas y a quien he aprendido a escuchar con más respeto y agradecimiento”.

**Estudiante 5** “Definitivamente el trabajar desde los modelos posmodernos me ha impactado en la búsqueda personal de una postura que mas me hace sentido y desde la cual pueda explorar y desarrollar mis mejores recursos terapéuticos. La visión posmoderna me ha permitido ser congruente con mi epistemología, además de tener la oportunidad de conversar con las personas desde una postura de respeto y de curiosidad, donde no necesito decir qué tienen que hacer ni me aflige si no cumplen con las tareas o estrategias que les formulo. Cuando hablo con los consultantes y puedo hacer públicas

mis ideas, y la manera como construyo mis preguntas, lo que hace que me sienta libre, pues la cosa de las dobles o triples agendas, me agobia. También atraviesa mi vida, porque no podría vivir sin decir alguna vez: esta boca es mía... pues mi práctica profesional no se puede separar de mi vida cotidiana y mis ideales. Finalmente, tengo varias identidades, pero a todas les va muy bien el respeto a la diferencia y la construcción de nuevas posibilidades para las personas”.

**Estudiante 6** “El trabajar desde el enfoque posmoderno me da una sensación de libertad y de volver el ambiente terapéutico un poco más equilibrado en función del poder. En cuanto a la libertad valoro el sentir que puedo compartir dudas, lágrimas, experiencias, comentarios preguntas que desde la modernidad no se permitiría. En cuanto a la sensación del equilibrio del poder me resta angustia y preocupación la responsabilidad se reparte y comparte en el sistema terapéutico, ya que a mayor poder, mayor responsabilidad. Este tipo de sensaciones me ha permitido fluir con más confianza aunque me queda claro la responsabilidad que se tiene como terapeuta ante otro ser humano doliente que en este momento está junto a ti compartiendo sus preocupaciones más íntimas y genuinas. Cabe mencionar que la angustia y la preocupación han disminuido notablemente. Me ha ayudado el colocarme como el ser humano sensible que soy ante el dolor humano sin miedo y sin limitarme pero también maravillarme ante la enorme capacidad que tenemos las personas para resolver nuestros problemas. Considero que es un cambio de vida ya que no puedes aportar las premisas solo en el contexto terapéutico, tienes que hacerlas propias y creer en ellas”.

Como se puede ver, en términos generales, los efectos positivos del trabajo desde la mirada posmoderna fueron: la sensación de libertad, respeto, cooperación, responsabilidad, la postura de curiosidad, la utilidad y efecto en los pacientes, entre otros. Mientras los efectos negativos, estuvieron asociados a las luchas de poder, faltas de respeto y compromiso, así como a la estructura misma de la formación, que propone inicialmente apuntalar los modelos modernos, para concluir con los posmodernos, y al equipo terapéutico completo que incluye a los supervisores, equipo terapéutico, terapeuta y paciente.

### **Reflexiones preliminares: Libertad-responsabilidad.**

La respuesta tentativa, ante el reto de trasladarnos de una supervisión a otra por diversos modelos que involucran premisas modernas o posmodernas, parece ser, desde una

postura ética, que privilegie el respeto por los otros, manteniendo un espíritu auto-reflexivo y auto-crítico, incluso irreverente (de respeto sistémico), partiendo de cuestionar no sólo los modelos, las supervisiones o a los integrantes del equipo terapéutico, sino, voltear a verse de sí mismo, aprender a cuestionar con curiosidad ¿de dónde viene esta idea? ¿qué prejuicios sostienen esta idea sobre...?

Por otra parte, considero importante señalar al respecto de lo que se considera error, o se piensa que es una falla ¿desde dónde se está colocando el sistema terapéutico? Parece que la respuesta fácil es, recordando a Foucault (1975), desde una postura autoritaria. Pero entonces ¿cuál es la función de la supervisión y del equipo terapéutico? ¿cómo salir de los juicios, hacia las propuestas? Y en este sentido, sería tiempo de seguir formulando cada vez más preguntas posibles, que permitan nuevas y más ricas conversaciones sobre este tema.

Para terminar, me gustaría considerar en esta reflexión, la propuesta que hace Aurón, (2009) donde menciona que, el “error” se focaliza en la falta de pericia del terapeuta y de los supervisores para manejar sus emociones y los significados generados en base a ellas que pueden generar bloqueos y parálisis. Pasando así del temor al terror.

Y agrega, una metáfora sobre las estaciones y los tipos de terrores (temores que se pueden convertir en conductas no éticas) del terapeuta:

- Los terrores de primavera, para los terapeutas en formación,
- Los terrores de verano, para los terapeutas con uno a cinco años de experiencia,
- Los terrores de otoño, para los terapeutas con amplia experiencia y
- Los terrores de invierno, para los supervisores, maestros y expertos.

La descripción anterior nos permite recordar que todos los terapeutas desde los noveles hasta los expertos viejos lobos de mar pueden cometer errores. Y el reto ético consiste en ser conscientes de los propios actos y asumir la responsabilidad de ellos.

Esta exposición, no tiene la intención de llegar a conclusiones últimas. Habrá sido útil, si pudo contribuir a generar nuevas reflexiones sobre los seres, y quehaceres de la terapia.

## CAPÍTULO 4.

### CONSIDERACIONES FINALES

*“El porvenir es tan irrevocable como rígido el ayer. No hay cosa que no sea una letra silenciosa de la eterna escritura indescifrable cuyo libro es el tiempo.*

*Quien se aleja de su casa ya ha vuelto.*

*Nuestra vida es la senda futura y recorrida. El rigor ha tejido la madeja. No te arredres. La ergástula es oscura, la firme trama es de incesante hierro, pero en algún recodo de tu encierro puede hacer una luz, una hendidura. El camino es fatal como la flecha. Pero en las grietas está Dios, que acecha.”*

*Para una Versión del I King. Jorge Luis Borges*

#### **1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas**

El Objetivo de la Residencia en Terapias Familiares Sistémicas y Posmodernas, es promover la formación de terapeutas en la obtención de habilidades para la docencia, la investigación y la práctica clínica. Es tiempo de reconocer que a lo largo de esos dos años pude desarrollar algunas habilidades nuevas, consolidar otras y plantearme algunas interrogantes.

A continuación presento agrupadas las habilidades adquiridas:

##### *∞ Habilidades Teórico-Conceptuales*

Debo iniciar, reconociendo, que este fue el tema que hizo que tomara la decisión de integrarme a la maestría, debido a que ésta es la única residencia en la facultad, que da peso seriamente a la formación teórico-epistemológica. En el contexto, debo mencionar que en la época de mi la formación de licenciatura, tuve la oportunidad de asistir a un evento en el que vino Kenneth Gergen, organizado por el Mtro. Jorge Molina. En ese momento, Gergen hablaba de la construcción social de la realidad (familiar, social y/o política) y su explicación definió mi afinidad con los modelos posmodernos de ciencia. La mirada sistémica había sido adquirida en mi formación como psicóloga social, pero la residencia puso el contexto para reflexionar cómo estos conceptos teóricos toman sentido en la forma de relacionarse de los grupos familiares, al interior de los mismos, en sus comunidades y en los sistemas más amplios a los que pertenecen.

En la residencia hubo otros encuentros que robustecieron mi postura epistemológica: Bateson, Keeney, Cecchin, Elkaim, Epston, y De Shazer, por mencionar los que más me impactaron, que permitieron que planteara nuevas preguntas y que reflexionara sobre la forma en que me había colocado en mi quehacer clínico, redefiniéndome como terapeuta, me cuestioné qué ideas tengo sobre las personas que acuden a terapia, sus retos, sus recursos y la influencia que tienen los sistemas a los que pertenecen en la construcción de sus problemas e incluso que posibilitan el cambio. Desde esta base epistemológica se fue consolidando una mirada distinta que guía mis pasos y preguntas en la vida y en mi práctica profesional.

### ☞ *Habilidades Clínicas:*

En este sentido la Residencia brinda la oportunidad de revisar de forma global los aspectos teóricos de los modelos y abrió el espacio para la atención de familias desde los diferentes enfoques. Esta vivencia fue muy enriquecedora para el equipo en general y para mí en lo personal. Debido a que se contó con la experiencia de maestros y supervisores (de algunos sabios y experimentados, y también de los maestros recién egresados de la residencia con los ojos frescos y generosos) y las múltiples miradas de mis compañeros de generación que enriquecieron las sesiones de diversas maneras.

Tal vez uno de los aprendizajes más ricos fue aprender a escuchar la retroalimentación del equipo terapéutico, tenía años de práctica en solitario, con sus ventajas y desventajas. Fue un reto y una riqueza formar parte de un equipo terapéutico que devuelve información desde diversas versiones de la realidad, debido a que pasábamos por diferentes etapas del ciclo vital, veníamos de distintas formaciones, y contábamos con diversos recursos, retos e historias. Por mi parte, intentaba poner al servicio de la terapia mi experiencia (de vida y profesional), sensibilidad, intuición y empatía para acompañar a las familias tratadas y a mis compañeros cuando me tocaba estar del otro lado del espejo.

En este sentido, debo mencionar la importancia que tuvo en la experiencia global hacer coterapia, debido a que es una técnica muy poderosa en la formación de terapeutas que tiene la ventaja contar con una mirada distinta para observar la realidad, donde se pueden compartir las estrategias, disminuir la ansiedad que deposita en el terapeuta la familia y tener una responsabilidad compartida sobre el proceso. Todo esto resultaba

relativamente sencillo cuando las coterapeutas tienen una relación armónica dentro y fuera del consultorio. Las dificultades se presentaban cuando los coterapeutas se ponían a competir por la mejor intervención o intentando imponer su mapa de la realidad familiar e incluso su modelo de referencia favorito, en estos casos lo más importante era aprender a trabajar en equipo y hacer un manejo ético de la situación, recordando que se estaba en el espacio para beneficiar a las familias. En este aspecto, concluyo mencionando que como en las familias, pertenecer a un grupo familiar representa retos, pero es mejor y más enriquecedor tenerla que no tenerla (Zuk, 1967).

Hoy me considero más flexible para mirar sistémicamente a las familias y hábil para que mis preguntas no sólo sean parte de la evaluación, sino un recurso para introducir información en el sistema. Asumo que mis preguntas y mi estar en la terapia, no son inocentes, desde la Cibernética de Segundo Orden, aprendí a poner atención en el efecto que provoca mi presencia, preguntas, gestos y mi forma de incluirme en el sistema de las familias consultantes; desde una postura genuina de respeto sistémico, es decir, consiente de mis prejuicios cuando se presentan y con la intención de mirar las realidades familiares desde los multiversos que las co-construyen (De Shazer, 1994; Elkaim, 2005).

Reconozco que el Dr. Macías me impactó profundamente, porque en el espacio de coterapia que compartimos, me enseñó a introducirme al sistema buscando siempre los recursos, dones, redes y posibilidades con los que cuentan las familias. Recuerdo que siempre decía *“Hombre soy, nada de lo humano me es ajeno”* citando a Terencio. Finalmente, en la maestría aprendí que las personas son expertas en sus vidas y es un privilegio ser testigo del cambio.

### ☞ *Investigación y Enseñanza:*

En esta área comprendí la importancia que tiene no sólo saber hacer, sino saber investigar y transmitir lo aprendido. La población que constantemente despertó mi curiosidad de investigar fueron los adolescentes y sus familias: el instrumento de evaluación psicológica que construimos, *“Familia y obesidad en la Adolescencia”*, de enorme relevancia social por la gravedad del problema, el impacto social que representa; en las metodologías trabajé *“Abuelitud en la Adolescencia”* con la intención de encontrar cuál era el impacto de los abuelos en la adquisición de habilidades para la

vida de los nietos adolescentes, en familias de tres generaciones, inicialmente desde la metodología cuantitativa, después desde la cualitativa (de aquí surge la orientación que tomó este reporte); en Intervención Comunitaria, se elaboró un taller de prevención de adicciones para adolescentes llamado “No te quedes en el viaje”, que se impartió en un grupo de adolescentes de la zona oriente de la ciudad, donde se obtuvieron excelentes resultados por la participación de los chicos y los aprendizajes adquiridos en todos sentidos por el sistema educativo completo. Finalmente se tuvo la oportunidad de presentar trabajos en los congresos con la finalidad de compartir con la comunidad académica los hallazgos obtenidos, se expusieron los trabajos de “Familia y Obesidad en la Adolescencia”, “Abuelitud en la Adolescencia” y un cuento llamado “El perfil mitológico del terapeuta familiar” que fue publicado en la revista *Psicoterapia y Familia* de la AMTF, como se mencionó en el capítulo anterior.

Finalmente en casi todas las asignaturas se tuvo la oportunidad de exponer, usando diversos medios y recursos didácticos, lo que me capacitó a compartir conocimientos y buscar formas creativas de construir una conversación en forma de seminario que permitiera la reflexión y discusión de los temas que estaba tratando, en un clima de respeto y confianza. De este modo desarrollé la habilidad de investigar, escribir textos científicos y exponerlos en contextos académicos.

### ∞ *Ética y Compromiso Social:*

Las habilidades que componen esta área, están presentes en todo lo realizado en la residencia, desde el abordaje, la investigación y la implementación de los conocimientos adquiridos, hasta la forma de intervenir en las familias y conducirme con mis maestros y compañeros. Es importante mencionar que mi trabajo en todos los ámbitos, tiene el sentido profundo de servir a las personas con las que colaboro, de forma respetuosa y en un ambiente de calidez y confianza, promoviendo el bienestar y la adquisición de habilidades y recursos. Asumo el riesgo de parecer idealista, pero considero que mi compromiso de vida es: dejar a las personas mejor que como estaban. Desde esta postura, me acerqué a la investigación y participé en los diversos espacios de intervención clínica y comunitaria, siempre la intención era regresar a las comunidades con menos recursos, experiencias de calidad, que pudieran impactar positivamente sus vidas.

## 2. Reflexión de la experiencia en la persona del terapeuta y en el campo de trabajo

*“Las partes mas profundas de mi vida se derraman hacia adelante,  
como si las orillas del río se estuvieran abriendo.  
Parece ahora que las cosas son más como yo,  
que puedo ver mas lejos en los cuadros.  
Me siento más cerca de aquello que el lenguaje no puede alcanzar.”*  
Reiner M. Rilke.

La residencia en Terapia Familiar, significó un cambio en la forma de mirar el mundo y de mirarme a mí en el mundo, como persona, y como terapeuta. Esos dos años (2007-2009), modificaron profundamente mis ideas perfectas sobre diversos temas, por ejemplo: la familia, la realidad, la terapia, las mamás, los papás, la mujer, el hombre, los hijos, los abuelos, los hermanos, los vínculos, la lealtad, los secretos, la pareja, el problema, la soluciones, la locura, la fidelidad, el universo, lo patológico y lo sano etc.; en la formación hubo una transformación contundente donde, estas palabras pasaron del singular al plural, desde la nueva conciencia de que todas son realidades construidas, en el marco que ofrece el contexto de la interacción mediado por el discurso (Gergen, 1994; De Shazer, 1994).

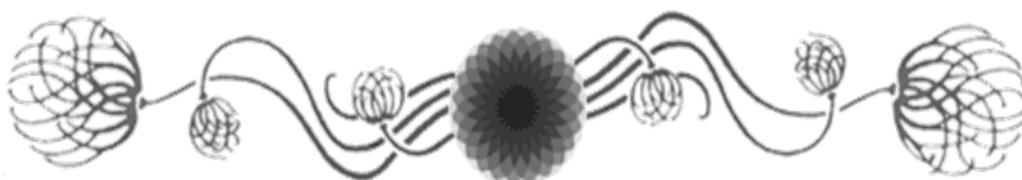
Y en la práctica cotidiana, ¿qué implicaron estas rupturas? Tener una postura clara frente al derecho de las familias a construirse desde la diversidad; asumiendo, incluso una postura frente al tema de género, desde donde busco escuchar y dar ciudadanía a las múltiples voces femeninas y masculinas. Desde una postura más incluyente y respetuosa, al acercarme a una familia, adquieren un lugar especial sus construcciones de la realidad, que funcionan como filtros para mirar la vida, su familia, sus relaciones y su propia vida. Saber esto me coloca en un espacio de respeto y aceptación, que en la práctica clínica se ha convertido en la sensación de que es un privilegio que las familias me inviten a ser testigo de sus interacciones, historias y de la forma en que celebran sus vidas. Esto como es de esperarse, genera en las familias una experiencia de dignidad y valía que les permite encontrar recursos, en sus propias narraciones para diluir el malestar por el que acuden (Bruner, 1990; De Shazer, 1994; Elkaïm, 1995; Cecchin, 1996; Anderson, 1997).

Por cuestión de espacio, sólo agregaré que mi experiencia personal en la residencia fue sumamente enriquecedora, por el privilegio de entrar en contacto con mis maestros y en algunos casos consolidar una relación con ellos de profunda amistad y colaboración. En otros casos, los menos entiendo que las diferencias (maravillosas diferencias) hicieron que no coincidiéramos, pero también agradezco infinitamente haber interactuado con esas personas, porque me enseñaron lo que no se debe hacer, y me hicieron día a día más fuerte, honesta y respetuosa de la vida y las historias de mis compañeros y colegas.

Por otra parte, convivir con mis compañeros de generación, permitió que me conociera en interacción con personas diversas. Debo reconocer algo que nunca apalabré en su presencia: ellos fueron una familia para mí, que funcionó como un espejo del alma. Pienso que la pauta que nos conectó y construyó nuestras múltiples interacciones fue “la sensibilidad” cualquier cosa que eso signifique. Fue bello haberlos conocido.

Finalmente, considero que es relevante mencionar el efecto positivo que la maestría brinda, debido a que tiene un gran impacto social, desde dos perspectivas a considerar: en primer lugar, a través de los servicios prestados en los diferentes centros comunitarios con los que se tiene convenio (a los que se hizo referencia en el primer capítulo), acercando a los terapeutas en formación a las comunidades posibilitando que tengan una atención de calidad a muy bajo costo, incluso de manera gratuita. En este sentido debo mencionar que es una forma de devolver a las poblaciones vulnerables, lo que México apuesta en nuestra formación.

El segundo aspecto a considerar sobre la relevancia social, tal vez el más importante, es la mirada ética aprendida en la formación, que se pone de manifiesto en nuestra práctica y que pone las bases, para pensar que la Maestría en Terapias Familiares Sistémicas y Posmodernas es un semillero de profesionales que tienen un compromiso social, en las diferentes tareas en las que se desarrollen (Enseñanza, Clínica o Investigación).



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

- Aladro, P. (2005). *Taller de intervención para la construcción de habilidades de una autoestima positiva*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria: México.
- Álvarez, J., Monereo, S. & Moreno, B., (2005). *La obesidad en el tercer milenio*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Arnett, J. (2003). Conceptions of the transition to adulthood among emerging adults in American ethnic groups. *New directions in Child and Adolescent Development*, No. 100, pg. 63-75.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: University Oxford University Press.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar [AMFT] (2006). Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. Recuperado el 1 de Octubre de 2009, de [http://amtf.com.mx/index.php?page=C\\_digo\\_tico](http://amtf.com.mx/index.php?page=C_digo_tico)
- Auerswald, E. (1990). Reflexiones sobre el pensamiento en terapia familiar. En: Fishman, H., y Rosman, B., comps. *El cambio familiar: desarrollos de modelos*. Barcelona: Gedisa.
- Aurón, F. (2009). *El entretreído de los temores y terrores del terapeuta*. En Fortes, J., et al (2009). *El terapeuta y sus errores*. México: Trillas.
- Azcona, S., Romero, A., Bastero, P. y Santamaría, E., (2005). Obesidad Infantil. *Revista Especializada en Obesidad*, 3 (1), 26-39. Citado en Islas, L. y Peguero, M. (2006) *Obesidad infantil. Boletín de práctica Médica Efectiva*. Distrito Federal: Instituto Nacional de Salud Pública y la Secretaría de Salud.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Hayley, J. y Weakland, J. (1956). *Toward a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science*. 1, 251-264.
- Bateson G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Planeta.
- Bateson, G. (2006). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Baudrillard, J., Habermas, J., Said, E., y otros, (2000). *La postmodernidad*. Barcelona: Kairós.
- Beers, M., Porter, R., Jones T., Kaplan J., & Berkwits, M., (Eds.), (2006). *The Merck Manual*, 18 (ed.). Chicago: Merck & Co.
- Bentley, V. (2004). *The influence of parental and contextual variables on the quality of the mother-child relationship and child cognitive and behavioural outcomes: Implications for the intergenerational transfer of risk*. Canadá: Concordia University.
- Bertalanffy, L. (1991). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P., y Taffanetti, D. (2004). *Historia de la Terapia Familiar. Personajes e ideas*. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.
- Bijou, S., (1978). *Desarrollo Infantil*. México: Trillas.
- Blyth, D., Hill, J., Thiel, K. (1982). Early adolescents significant others: Grade and gender differences in perceived relationships with familial and non-familial adults and young people. *Journal of youth and adolescence*, No. 11, pg.425-450.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo, L., y Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bowen, M. (1989). *La Terapia Familiar en la Práctica Clínica*. Vols. 1 y 2. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós
- Bowlby, J. (1993). *El Vínculo Afectivo*. Barcelona: Paidós.
- Bradtford, K., et al (2004). A multi-national study of interparental conflict, parenting and adolescent functioning: South Africa, Bangladesh, China, India, Bosnia, Germany, Palestine, Columbia, and the United States. *Marriage and family review*, No. 35, 107-137.
- Branden, N. (1969). *La psicología de la autoestima*. México: Paidós.
- Branden, N. (1989). *Cómo mejorar su autoestima*. México: Paidós.
- Briggs, J. & Peat, D. (1994). *Espejo y reflejo*. Barcelona: Gedisa.

- Brion-Miesels, S., & Selman, R. (1984). "Early adolescent development of new interpersonal strategies: Understanding and intervention. *School Psychology Review* 13.
- Brook, J. et al (2007). *Grandmother and Parent Influences on Child Self-esteem. Pediatrics*. Evanston: Feb 2007. Tomo 119, N° 2; pg.44
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza editorial.
- Bruner, J. (1996). *Realidad Mental y Mundos Posibles*. Barcelona: Gedisa.
- Bying-Hall, J. (1995). Creating secure family case: some implications of attachment theory for family therapy. *Family Process*, 34, (1) 45-58.
- Calzada, L., (2003). *Obesidad en niños y adolescentes*. Distrito Federal: Editores de Textos Mexicanos.
- Camdessus, B. (1995). *Crisis familiares y ancianidad*. Barcelona: Paidós.
- Canevaro, A. (1982). El contexto trigeneracional en la terapia. *Terapia Familiar*, No. 9, pp 101-108. Buenos Aires: ACE.
- Cancrini, L. (1990). Conciencia y terapias de orientación sistémica. En Fishman, H., y Rosman, B. L. *El cambio familiar desarrollo de modelos*. Barcelona: Gedisa.
- Carrillo, P., (2012). *Familia y Discapacidad. Una mirada desde el Enfoque Sistémico Relacional*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Cecchin, G. (1987). *Hypotesizing, circularity and neutrality revisited: and invitation to curiosity*. *Family Process*. 26, 405-413.
- Cecchin, G. (1994). Construcción social e irreverencia terapéutica. En Fried, N. (1994). *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. México: Paidós.
- Cecchin, G. (1996a). Los prejuicios sistémicos. En *Perspectivas Sistémicas* N° 43 septiembre / octubre 1996
- Cecchin, G. (1996b). Construcción de posibilidades terapéuticas. En McNamee, s. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002). *Irreverencia: una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Cirilo, S., Berrini, R., Cambasio, G. y Mazza, R. (1996). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Cobb, C.L.H. (1996). Adolescent-parent attachments and family problem-solving styles. *Family Process*, 35, (1) 57-80.

- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Corres, P. (1992). *Razón y experiencia en psicología*. México: SEDI.
- Châtelet, F., (1993). *Una historia de la razón. Conversaciones con Emile Noel*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Choppy, E., y Lotthé-Covo, H. (2006). *Pequeño manual para abuelos que ejercen su papel de todo corazón*. Barcelona: De Vecchi.
- ChoTodd, G. (2005). *What Do Grandmothers Think about Self-esteem? American and Taiwanese Folk Theories Revisited*. Social Development. Oxford: Nov 2005. Tomo 14, N° 4; pg. 701.
- Crossman, A., (2006). *Parent Child Relationships and Adolescent Obesity: Data from the National Longitudinal Study of Adolescent Health*. Recuperado el día 5, Octubre, 2007, [http://www.allacademic.com/meta/p108493\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p108493_index.html)
- De Bono, E. (1998). *El pensamiento Lateral. Manual de Creatividad*. México: Paidós.
- De Shazer, S. (1994). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Eguiluz, L. Comp. (2003). *Dinámica de la Familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax.
- Eguiluz, L., comp. (2004). *Terapia familiar, Su uso hoy en día*. México. Pax.
- Elkaïm, M. (1996). *Constructivismo, construccionismo social y narraciones ¿En los límites de la sistémica?* En *Perspectivas sistémicas*. Nro. 42- Julio- Agosto 1996.
- Elkaïm, M. Comp. (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.
- Elkaïm, M. (2005). *Si me amas, no me ames. Psicoterapia con enfoque sistémico*. Barcelona: Gedisa.
- Epston, D., (1994). *Obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.
- Espina, A. (2010). *Manual de evaluación familiar y de pareja*. Madrid: CCS
- Espinosa, M. R., El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En Eguiluz, L., compiladora (2004). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Esteinou, R. Tipos de Familias en México del siglo XX. En: Vera, A. y Robichaux, D., compiladores (2008). *Familias y culturas en el espacio Latinoamericano*. México: Universidad Iberoamericana.
- Estrada, L. (2003). *El ciclo vital de la familia*. Grijalbo: México
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *An object relations theory of the personality*. Nueva York: Basic Books.

- Falicov, C. (2005). *Emotional Transnationalism and Family Identities*. Family Process. Oxford: Dec 2005. Tomo 44, N° 4; pg. 399, 8 pgs
- Feeney, J.A. y Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, (2) 281-291.
- Feng, D., Garruso, R., Bengston, V.L. & Frye N. (1998). *Intergenerational transmission of marital quality and marital instability*. Journal of Marriage and Family, 61 (may) 451-463.
- Fierro, A. (1996). El conocimiento de sí mismo. En Fierro (comp.). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Fischman, H. (1998). *Tratamiento de los adolescentes con problemas*, Barcelona: Paidós.
- Fish, R., Weakland, J., y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fleuridas, C., Nelson, S. T. y Rosental, M. D. (1986). *The evolución of circular questions: training family therapists*. *Journal of marital and family therapy*. 12 (2), 113-127.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1990). *Las tecnologías del yo. Y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- Framo, J.L. (1996). *Familia de Origen y Psicoterapia: Un enfoque intergeneracional*. Barcelona: Paidós.
- Freeman, J., Epston, D, y Lobovits, D., (2001). *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Barcelona: Paidós.
- Freidberg, A., (1989). Terapia breve: premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencia subyacente a la terapia breve, en *Psicoterapia y familia*. Volumen 2, No. 1.
- Fried, D. (1994). *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Barcelona: Paidós.
- Fuentes, A. (2007). *De abuelitas, abuelitos y otros ángeles benditos*. México: Diana.
- Fuligni, A. J., Tseng, V., Lam, M. (1999). Atitudes toward family obligations among American adolescents and Asian, Latin American and European Backgrounds. *Child development*. No. 70, pg. 1030-1044.
- García, F. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Gardner, H. (1983). *Las estructuras de la mente*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gergen, K. (1992). *El Yo Saturado: Dilemas de Identidad en el Mundo Contemporáneo*. Barcelona: Paidós.

- Gergen, K. (1994). *Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Giddens, A. (2008). *La transformación de la intimidad*. Madrid: Cátedra.
- Goldenberg, I. y Goldenberg, H. (1996). *Family Therapy: an Overview*. California: Brooks/Cole.
- González-Célis, A. (2003). Los adultos mayores: un reto para la familia. En: Eguiluz, L. comp. *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. México: Pax.
- Goodman, C. (2007) Family dynamics in three generation grandfamilies. *Family Issues*, Beverly Hills, Marzo, tomo 28, No. 3, pg. 355.
- Gordon-Larsen, P., Adair, L.S., Nelson, M.C. & Popkin, B.M., (2004). Five-year obesity incidence in the transition period between adolescence and adulthood: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 80, No.3, 569-575.
- Habermas, J., (1990). *El discurso filosófico de la modernidad, en el pensamiento postmetafísico*. Madrid: Taurus.
- Haire-Joshu, D., Brownson, R., Nanney, M., Houston, C., Steger-May, K., Schechtman, K. & Auslander, W., (2001). Improving dietary behavior in African Americans: the Parents As Teachers High 5, Low Fat Program. *American Journal of Health Behavior*. Vol: 25 No.2, 140-146.
- Haley, J. (1976a). *Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1976b). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Toray.
- Haley, J., (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hartwood, R., Leyendecker, B., Carlson, V., Asencio, M., y Miller, A. (2002). Parenting among Latino familias in the U. S. en M. H. Bornstein (comp.) *Handbook of parenting, vol 4: Social conditions and applied parenting* (2da. ed.) (pp.21-46). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Heredia, B. (2005). *Relación madre-hijo. El apego y su impacto en el desarrollo emocional infantil*. México: Trillas.
- Hoffman, L. (1998). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L.: Una postura reflexiva para la terapia familiar. En: McNamme, Sheila & Gergen, Kenneth (1996). *Terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

- Ibáñez, T., (1994). *Psicología social construccionista*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Instituto Nacional De Estadística, Geografía e Informática, & Instituto de las Mujeres (2003). Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Recuperado el 9 de mayo de 2009, de [http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/ENDIREH06\\_marco\\_concep.pdf](http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/ENDIREH06_marco_concep.pdf)
- Instituto Nacional de Salud Publica (2003). Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM). Recuperado el 8 de mayo de 2009, de <http://www.insp.mx/bidimasp/documentos/encuestas/Encuesta%20Nacional%20violencia%20contra%20mujeres%202003.pdf>
- Instituto Nacional De Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (2005). Hogares y su distribución porcentual según sexo del jefe para cada entidad federativa. Recuperado el 8 de mayo de 2009, de <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/477.pdf>
- Instituto Nacional De Estadística, Geografía e Informática. (2007). Relación divorcios-matrimonios, 1970 a 2007. Recuperado el 9 de mayo de 2009, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob82&sest&c=3259>
- Instituto Nacional De Estadística, Geografía e Informática (2010). Estadísticas a propósito del día de la Familia. Base de datos. México, INEGI
- Jensen, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*. México: Pearson Educación.
- Juárez, C. (2006). El papel de la abuela-madre en las familias de tres generaciones. *Psicoterapia y familia*. Vol. 19, No. 2. AMTFAC.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Lalonde, M., (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Minister of National Health and welfare. Recuperado el 19 de noviembre del 2007, [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf)
- León, Y. (2009). *La terapia Familiar. Un espacio para la construcción de mundos posibles*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

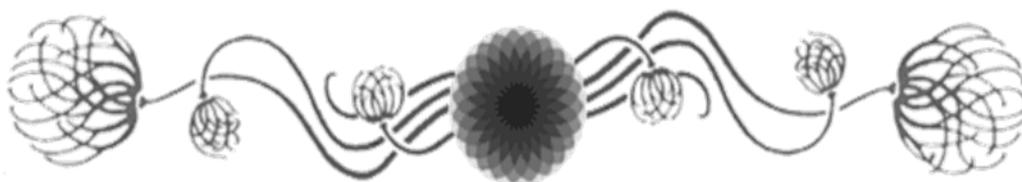
- Limón, G., (2005a). *Terapias Postmodernas. Aportaciones constructivistas*. México: Pax.
- Limón, G., (2005b). *El giro interpretativo en Psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax.
- Lipchik, E., (2002). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lipovetsky, G. (1999). *La tercera mujer*. Barcelona: Anagrama.
- Liotard, J. (1987). *La condición posmoderna. Informe sobre el saber*. Madrid: Cátedra.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Macias, R. (2006). *Un modelo de resolución de conflictos en terapia familiar y de pareja*. Habana: II Congreso panamericano de salud mental infanto – juvenil.
- Macías, R. (2012). *Entendiendo y tratando el corazón de la familia. Un modelo dinámico, sistémico integrativo*. México: El saber.
- Martín, L., Villeda, V. y Aladro, P. (2009). Perfil Mitológico del Terapeuta Familiar. *Psicoterapia y Familia*. Volumen 22, No 1:82-86.
- Maturana, H. (1980). *¿Qué es ver?* Chile: Instituto Matríztico.
- Maturana, H. (1991). *El sentido de lo humano*. Chile: Ediciones Pedagógicas Chilenas.
- McGoldrick, M. (1987). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- McGoldric, M. y Carter, E. El ciclo vital de la familia. Traducción Avilés-Gutiérrez, F. (texto sin publicar)
- McNamee, Sh., y Gergen, K., (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Mead., G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chago. University of Chicago Press en Coopersmith (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Micucci, J (1988). *El adolescente en la terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1998). *Técnicas y terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S., Nichols, M., y Lee, W. (2011). *Evaluación de familias y parejas. Del síntoma al sistema*. México: Paidós.
- Molina, J. (2001). *Bases Teóricas y Epistemológicas de la Terapia Familiar*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

- Molina, J. (2014). *Historia y Filosofía de 5 tradiciones psicológicas*. En prensa. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Monroy, A. (2004). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. México, Pax.
- Morín E. (1994). Epistemología de la complejidad. Fried, D. comp. *Nuevos paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Barcelona: Paidós.
- Mruk, Ch. (1998). *Auto-estima, investigación, teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Neimeyer, R., y Mahoney, M., (1998). *Constructivismo en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. H., y Weiner-Davis, M., (1989). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Olaiz-Fernández, G., Rivera-Domamarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. & Sepulveda-Amor, J., (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Distrito Federal: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Owens, T., Stryker, S., y Goodman, N. (2001). *Extending self-esteem theory and research*. E. U. A.: Cambridge University Press.
- Papalia, D. (2004). *Desarrollo Humano*. Mc Graw Hill: México.
- Papp P. (1991). *El proceso del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Pavón, I., Alameda, C., Olivar, J. & Monereo, S., (2005). La obesidad en diferentes épocas de la vida. En Álvarez, J., Monereo, S. & Moreno, B. (Eds.) *La obesidad en el tercer milenio*. (pp.129-139) Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Perroni, R., y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Pearson, C. (1992). *Despertando los héroes interiores*. Barcelona: Mirach.
- Pfeifer, S. y Sussman, M. B. (1991). *Families Intergeneracional and generational connections*. New York: Haworth Press.
- Polaino, A. (2004). *Familia y Autoestima*. España: Ariel Psicología.
- Redler, P. (1986). *Abuelidad, más allá de la paternidad*. Buenos Aires: Legasa.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton. Princeton University Press, Traducido al castellano (1973). *La imagen del adolescente y la sociedad*. Barcelona: Paidós.
- Ravazzola, M.C. (2005). *Historias Infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodríguez, C. (2004). La Escuela de Milán. En Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar*. México: Manual Moderno.
- Sandhu, D. (2006). *Role of Emotional Autonomy and Family Environment in Identity Formation of Adolescents*. Pakistan Journal of Psychological Research. Islamabad. Summer, Tomo 21, Nº 1/2; pg. 1, 16.
- Savater, F. (1991). *Ética para Amador*. México: Ariel.
- Schacht, M., Ritcher-Appelt, H., Shulte-Markwort, M., Hebebrand, J., & Schimmelmann, B., (2006). Eating pattern inventory for children: A new self-rating questionnaire for preadolescents. *Journal of clinical psychology*, Vol. 62 (10), 1259-1273.
- Schlegel, A., y Barry, H. (1991). *Adolescence: an anthropological inquiry*. New York: Free Press.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Selvini, M. (Comp.) (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). *Hypotesizing, circularity, neutrality: tree guidelines for the conductor of the sesión*. *Family Process*. 19(1),3-12.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia familiar de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M. Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1988). *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.

- Suárez-Orozco, C. y Suárez-Orozco, M. (1996). *Transformations: migrations, family life and achievement motivation among Latino adolescents*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Tomm, K. (1984). *One Perspective on the Milan Systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice*. En *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 10, 2, 113-125.
- Tomm, K. (1987a). *Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist*. *Family Process*, 26, 3-13.
- Tomm, K. (1987b). *Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing*. *Family Process*, 26, 167-188.
- Tomm, K. (1988). *Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions?* *Family Process*, 27, 1-15.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia familiar sistémica. En: Eguiluz, L. comp. *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Verduzco, M. A. (2004). *Autoestima, estrés y afrontamiento desde el punto de vista del desarrollo*. Tesis doctoral no publicada, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México: México.
- Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (1997). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fish, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M., (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (1995). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- Whitney, E. & Rolfes, S., (2005). *Understanding Nutrition*. Belmont: Thompson-Wadsworth.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetic or control and communication in animal and the machines*. N. Y., Wiley.

- Wissink, I., *et al* (2006). Parenting Behavior, Quality of the Parent-Adolescent Relationship, and Adolescent Functioning in Four Ethnic Groups. *The Journal of Early Adolescence*. Thousand Oaks: Mayo. Tomo 26, N° 2; pg. 133.
- Zavala, M. (2007). *La terapia familiar: construcciones, quehaceres y posibilidades*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Zuk, G. y Boszormenyi Nagy, I. (1985). *Terapia familiar y familias en conflicto*. México: FCE.



# ANEXOS





**Anexo 1. Cuestionario aplicado a adolescentes para conocer la claridad del instrumento.**

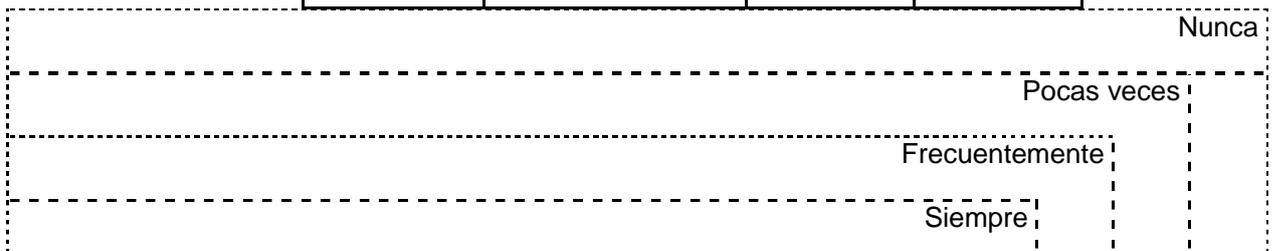
Edad 
 Sexo  Hombre  Mujer
 Grado Escolar  Secundaria  Preparatoria # de focos en su casa

**INSTRUCCIONES:** Agradecemos tu disposición para contestar el siguiente cuestionario, para nosotros es muy valioso que tus respuestas verdaderamente reflejen lo que tú piensas.

A continuación, lee cuidadosamente los siguientes enunciados donde encontrarás 4 opciones de respuesta y por favor elige la más apegada a tu opinión. Como en el siguiente ejemplo:

“Como acompañado”

| Siempre | Frecuentemente | Pocas veces | Nunca |
|---------|----------------|-------------|-------|
|         | X              |             |       |



| 1  | En mi familia la alimentación es un tema importante.        |  |  |  |
|----|---|--|--|--|
| 2  | Cuando como en casa me alimento más sanamente.              |  |  |  |
| 3  | Me considero rápido para caminar.                           |  |  |  |
| 4  | En mi casa consumimos comida rápida.                        |  |  |  |
| 5  | Mi padre hace ejercicio                                     |  |  |  |
| 6  | En mi casa comemos tres veces al día                        |  |  |  |
| 7  | Como lentamente   |  |  |  |
| 8  | Mi mamá hace ejercicio                                      |  |  |  |
| 9  | En distancias cortas mi familia prefiere usar un transporte |  |  |  |
| 10 | Mi familia esta atenta a la salud de sus miembros.          |  |  |  |
| 11 | Solo asistimos al médico cuando estamos enfermos            |  |  |  |
| 12 | Como frutas y verduras                                      |  |  |  |

|    |   |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|
| 13 | En mi familia nos da flojera caminar.                                 |  |  |  |  |
| 14 | Juego videojuegos por más de dos horas.                               |  |  |  |  |
| 15 | Voy al médico cuando estoy enfermo.                                   |  |  |  |  |
| 16 | En mi familia nos ocupamos por estar en forma                         |  |  |  |  |
| 17 | Estoy atento a mi salud.  |  |  |  |  |
| 18 | En casa comemos a cualquier hora                                      |  |  |  |  |
| 19 | Me preocupa mi peso   |  |  |  |  |
| 20 | Veo televisión por periodos de más dos horas.                         |  |  |  |  |
| 21 | Cuando hago ejercicio me fatigo mucho.                                |  |  |  |  |
| 22 | A mis papás les interesa cuidar su cuerpo                             |  |  |  |  |
| 23 | Salgo de mi casa sin desayunar.                                       |  |  |  |  |
| 24 | En mi familia nos enfermamos:   |  |  |  |  |
| 25 | Prefiero las comidas fritas y condimentadas.                          |  |  |  |  |
| 26 | Mis hermanos descuidan su salud                                       |  |  |  |  |
| 27 | Me considero lento para caminar                                       |  |  |  |  |
| 28 | Me mantengo en forma  |  |  |  |  |
| 29 | Es difícil mantenerme en forma  |  |  |  |  |
| 30 | Paso muchas horas sin probar alimentos.                               |  |  |  |  |
| 31 | Mis hermanos hacen ejercicio.   |  |  |  |  |
| 32 | Consulto algún especialista que me indique como mantenerme saludable. |  |  |  |  |
| 33 | Me considero rápido para correr                                       |  |  |  |  |
| 34 | En mi casa comemos frutas y verduras.                                 |  |  |  |  |
| 35 | Como antojitos.   |  |  |  |  |
| 36 | Estoy expuesto a situaciones estresantes                              |  |  |  |  |
| 37 | En mi familia el ejercicio es importante para la salud.               |  |  |  |  |
| 38 | Realizo actividad física.   |  |  |  |  |
| 39 | En mi casa bebemos bebidas azucaradas                                 |  |  |  |  |

|    |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|
| 40 | Mis padres pasan mucho tiempo viendo televisión.                     |  |  |  |  |
| 41 | Mi alimentación es importante para mí.                               |  |  |  |  |
| 42 | Como tres veces al día   |  |  |  |  |
| 43 | Descuido la salud de mi cuerpo.                                      |  |  |  |  |
| 44 | Considero que mi familia no es saludable                             |  |  |  |  |
| 45 | Después de cenar me voy a dormir.                                    |  |  |  |  |
| 46 | Como con calma   |  |  |  |  |
| 47 | En mi familia cuando alguien está enfermo va al medico               |  |  |  |  |
| 48 | Practico algún deporte.  |  |  |  |  |
| 49 | Los miembros de mi familia acostumbran salir de casa sin desayunar   |  |  |  |  |
| 50 | Mis familiares acostumbran ver televisión mientras comen.            |  |  |  |  |
| 51 | Mi familia se interesa por mantenerse saludable.                     |  |  |  |  |
| 52 | Como de forma balanceada.  |  |  |  |  |
| 53 | En distancias cortas mi familia prefiere caminar.                    |  |  |  |  |
| 54 | Cuando tenemos tiempo libre en mi familia preferimos salir a caminar |  |  |  |  |
| 55 | En mi familia nos desvelamos   |  |  |  |  |
| 56 | Tomo agua simple.  |  |  |  |  |
| 57 | En mi familia nos gusta comer antojitos.                             |  |  |  |  |
| 58 | Como comida rápida.  |  |  |  |  |
| 59 | Me da flojera hacer ejercicio  |  |  |  |  |
| 60 | Me interesa mantener mi cuerpo saludable.                            |  |  |  |  |
| 61 | Nuestro pasatiempo en familia es ver televisión.                     |  |  |  |  |
| 62 | Me enfermo:  |  |  |  |  |
| 63 | Paso mucho tiempo frente a la computadora.                           |  |  |  |  |
| 64 | En mi familia hacemos ejercicio.                                     |  |  |  |  |
| 65 | Duermo el tiempo suficiente  |  |  |  |  |
| 66 | Me da flojera caminar.   |  |  |  |  |

|    |   |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|
| 67 | Para estar saludable hay que hacer ejercicio                      |  |  |  |  |
| 68 | Veó televisión mientras como.                                     |  |  |  |  |
| 69 | En mi familia comemos de forma balanceada.                        |  |  |  |  |
| 70 | Mi papá procura estar en forma.                                   |  |  |  |  |
| 71 | Mis hermanos juegan videojuegos.                                  |  |  |  |  |
| 72 | En mi casa tomamos agua simple.                                   |  |  |  |  |
| 73 | Mis familiares son descuidados con su salud.                      |  |  |  |  |
| 74 | Acostumbro hacer ejercicio  |  |  |  |  |
| 75 | Prefiero caminar a estar sentado                                  |  |  |  |  |
| 76 | Mis padres se fijan en que tan rápido comemos.                    |  |  |  |  |
| 77 | Mi mamá procura estar en forma.                                   |  |  |  |  |
| 78 | En casa disfrutamos comer en familia.                             |  |  |  |  |
| 79 | Mis padres están atentos a mi manera de comer.                    |  |  |  |  |
| 80 | En mi familia comemos rápido.                                     |  |  |  |  |
| 81 | Tomo refrescos  |  |  |  |  |
| 82 | Procuro estar en forma.   |  |  |  |  |
| 83 | Mi peso es importante para mí.                                    |  |  |  |  |
| 84 | Mi familia piensa que cuando una persona es delgada está enferma. |  |  |  |  |

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

### TALLER DE AUTOESTIMA Y CREATIVIDAD

---

#### I. Marco Teórico

##### 1.1. Autoestima

El primero en ocuparse de la Autoestima, fue William James (1890), quien se refería a los trabajos sobre el sí mismo, tomando en cuenta diversos aspectos para determinar como la persona se considera a sí misma (el puro ego, el sí mismo espiritual, el sí mismo material y el sí mismo social) en función de los logros que generan una evaluación de la propia valía.

Por otra parte Mead (1934), hace una elaboración mas amplia de lo que James llamó el self social, *“se preocupó por el proceso por el cual el individuo llega a ser un miembro compatible e integrado de su grupo social, cómo es que el individuo internaliza las ideas y actitudes expresadas por las figuras claves de su vida, observando acciones y actitudes, adaptándolas a veces sin saberlo, y expresándolas como propias. Esto es tanto para las actitudes expresadas hacia sí mismo como para los objetos externos. La persona llega a responderse a sí misma y a desarrollar actitudes hacia el self consistentes con aquellas expresadas por las personas que le son significativas. Internalizando su postura hacia sí mismo, se valora como lo hacen los demás y se rechaza en la medida que lo rechazan o sea que se atribuye las características que otros le confieren. Por lo tanto la autoestima se derivaría de las apreciaciones de los otros”* (Verduzco, 2004).

Estudios mas recientes abordan la autoestima como “el sistema de sí mismo” y las conductas auto-referidas. “El sistema del sí mismo” según Fierro (1996), engloba el conjunto amplio de conductas auto-referidas como aquellas que presentan la particularidad de terminar en el propio sujeto y que se dirigen a uno mismo, incluyendo conductas manifiestas y observables por una parte y también las cognitivas, interiores que se refieren a juicios y opiniones que puede tener la persona sobre su carácter o actuaciones. Estas últimas son llamadas auto-conocimiento o como el proceso de conocimiento de uno mismo, que consta de 5 fases complejas de actividad cognitiva: auto-atención, auto-percepción, memoria autobiográfica, auto-concepto y autodeterminación. Para este autor la auto-evaluación no solo es el resultado de un proceso cognitivo, refiere que es imposible que alguien pueda hacer el ejercicio de auto-conocerse sin autoevaluarse. Esta auto-evaluación o autoestima está ligada a aspectos motivacionales que repercuten en el comportamiento.

## *Algunas Definiciones*

Branden uno de los principales autores sobre *Autoestima*, en particular desde el marco humanista, refiere que es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo. Refleja el juicio implícito que uno hace acerca de su habilidad para enfrentar los desafíos de su vida, (para comprender y superar sus problemas) y acerca de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades), según él la autoestima es cuestión de grado (1989).

Por otra parte Coopersmith definió la autoestima como “*la evaluación que el individuo hace de sí mismo; expresa una actitud de aprobación o rechazo e indica el grado en el cual el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y valioso*” (1967). Es importante aclarar que este autor se refiere a estimaciones generales relativamente permanentes. Es decir, para el autor la autoestima de un individuo permanece constante por lo menos algunos años.

## *Componentes de la Autoestima*

Los principales componentes de la Autoestima son: El autoconocimiento, la confianza, el respeto, la aceptación y la autovaloración.

El *Autoconocimiento*, es un instrumento del que se valen las personas para integrar los datos de la experiencia y adaptarse a la realidad, estableciendo cierto equilibrio entre placer y dolor de la vida y mantener así la autoestima, Branden (1989). Involucra la consciencia de los propios actos.

La *confianza*, implica actuar sin temor ante los retos que la vida presenta, y aceptar con honestidad y humildad los fracasos, es poder creer en sí mismos y en los demás

El *respeto*, es asumir la activamente la responsabilidad plena de la realización de los deseos, y de la propia existencia, así como la auto-aprobación de los propios valores, necesidades y áreas de oportunidad de crecimiento, de sí mismo y de los demás.

La *aceptación*, involucra aprender a reconocer los propios atributos y recursos, asumiendo los propios errores y finalmente aprobarse a sí mismo y a los demás.

Finalmente la *autovaloración*, que implica la capacidad de sentir que eres importante y que mereces ser feliz, lo que a su vez se refleja en la creencia de que los demás también lo merecen.

A demás Branden (1989), desarrolló lo que llamó “la docena mágica de la autoestima” que describe detalladamente los componentes de la misma, y que a continuación desarrollaré.

1. Saber y aceptar que todos tenemos cualidades y defectos.
2. Saber que todos tenemos algo bueno de lo cual podemos estar orgullosos.
3. Poder liberarnos de conceptos negativos sobre nosotros mismos.
4. Aceptar que todos somos importantes.
5. Vivir responsablemente de acuerdo con la realidad, reconociendo lo que nos gusta y lo que no nos gusta.
6. Aprender a aceptarnos a través de lo que sentimos y lo que somos.
7. Liberarnos de la culpa al evaluar lo que queremos y pensamos.
8. Actuar de acuerdo con lo que deseamos, sentimos y pensamos, sin tener como base la aprobación o desaprobación de los demás.
9. Sentirnos responsables de nosotros mismos, ya que, esto genera confianza en nosotros y en los demás.
10. Vivir auténticamente al aprender a ser congruentes entre la forma de sentir y actuar.
11. Fomentar la autoestima en los otros, ya que la honestidad al fomentar la autoestima de las personas que nos rodean, refleja nuestra propia autoestima.
12. Hallar la valentía de amarnos como personas y comprender que este es un derecho propio que todos tenemos.

### *Niveles de la Autoestima*

Es importante mencionar que o hay personas que no tengan autoestima, no se trata de sí o no, sino de una escala, donde la baja autoestima involucra, sentimientos de poca valía, desconfianza, temor, dependencia, culpa y un pobre nivel de consciencia sobre la responsabilidad y el respeto a sí mismos y a los que les rodean.

En el otro extremo encontramos a las personas con alta estima, y que han desarrollado de manera positiva cada uno de los elementos de la docena mágica, a la que añadiría, citando a Virginia Satir, la sensación de merecer feliz y que ese derecho lo tienen también los demás.

Cabe aclarar que a lo largo de la vida, esta escala puede variar dependiendo de nuestras experiencias y de la capacidad que se tenga para aprender, así como de la motivación para seguir creciendo como personas.

## 1.1 Creatividad ¿Una Definición?

La palabra deriva del latín *creo, creas, creare, creavi, creatum*: crear, hacer algo nuevo, algo que antes no existía. Sin embargo no hay un solo concepto. Las definiciones más simples refieren que la creatividad es la capacidad de producir algo diferente, usar nuevos comportamientos, o encontrar nuevas soluciones a un problema.

Específicamente Rogers (1961), define a la creatividad como “la aparición de un producto creativo, nuevo, original, de una relación que surge por una parte, de la unicidad del individuo y, por otra de los materiales, acontecimientos, personas y circunstancias de la vida.” Aquí empezamos a notar el interés por articular con mayor claridad el factor de la relación, en este caso es entre dos elementos el individuo y sus capacidades, pero vayamos más allá.

Gardner la define como, “*la creatividad surge de la interacción de tres nodos: el individuo y su propio perfil de capacidades y valores; los ámbitos para estudiar y dominar algo que existe en la cultura. En la medida en que el campo acepte las innovaciones, una persona o su obra puede ser considerada creativa; pero si las innovaciones se rechazan, malinterpretan o juzgan poco novedosas, resulta inútil seguir sosteniendo que un producto sea creativo.* (1961)”

Cuando tratamos de hablar de creatividad, es importante considerar que no sólo se requiere de una persona creativa, sino, de contar con un conjunto de características de la personalidad que le permita formularse preguntas y una motivación por resolverlas. Inserta en un área de interés, o dominio que generalmente está contenida en la propia cultura, sea el arte, la ciencia o la cultura (Martín, 2007).

Se considera el medio social, porque está formado por expertos en el área, sean a su vez, artistas, científicos, quienes han de corroborar que se está actuando innovadora y eficazmente. Vemos que también el medio físico y social influye sobre la creatividad, pues la cultura marca hacia donde irán los nuevos descubrimientos, los temas sobre los que se ocuparán los científicos, los estudiantes e incluso los artistas. Así como pone los límites del logro individual, pues la información necesaria para el desarrollo reside en la cultura, más que en la cabeza de un solo sujeto.

Debemos mencionar que, hay dos formas de abordar la creatividad, la histórica y la psicológica. La primera incluye a las personas que sobresalen en sus aptitudes del resto de la humanidad, entre los cuales tenemos a los grandes genios y pensadores que han hecho de nuestro mundo lo que hasta hoy es; la segunda, hace hincapié en los propios parámetros del sujeto, es decir, no se

preocupa de que las personas denominadas creativas hayan revolucionado nada, sólo se necesita que en comparación con los propios parámetros estés haciendo algo que es considerado por el entorno que les rodea como creativo.

Finalmente, Seligman (2003), considera a la creatividad dentro de las fortalezas personales para poder ser feliz, y describe a la persona creativa, como alguien a quien cuando se le presenta algo que desea, logra con facilidad encontrar el comportamiento nuevo, pero adecuado, para alcanzar su objetivo. No le satisface realizar tareas de modo convencional. Esta es una creatividad no solo en el sentido de las actividades de las bellas artes. Es una fortaleza que denomina inteligencia práctica, sentido común o perspicacia.

### *Técnicas para estimular la Creatividad*

El principal objetivo de las técnicas del pensamiento lateral –que es la forma en que De Bono, llama al pensamiento creativo- es desarrollar una costumbre que paulatinamente se transforme en una actitud lateral consecuente. “El principio básico es: Cualquier modo de valorar una situación es sólo uno de las muchos modos posibles de valorarla” (De Bono, 1998). Es importante considerar que en el pensamiento lateral se buscan nuevos enfoques y se exploran las posibilidades de todos ellos. Sólo por mencionar algunas técnicas usadas para desarrollar la creatividad, presento a continuación presento la siguiente lista:

|  |  |  |
|--|--|--|
| Mapas mentales                                       | Relajación                               | Provocación  |
| Arte de preguntar                                    | Visualización                            | Programación neurolingüística                          |
| Brainstorming  | Relaciones forzadas                      | Do it  |
| Pensamiento por imágenes, visualización.             | Seis sombreros para pensar               | Tabla comparativa de técnicas de creatividad           |
| Scamper  | Método 635                               | Estrata  |
| Listado de atributos                                 | Analogías                                | Creates  |
| Ideart   | Sleepwriting                             | Durmiendo c/el enemigo                                 |
| Biónica  | Perceptisight                            | Bucles   |
| Triz (teoría de resolución de problemas inventivos). | Método (r) aprendizaje a través de mitos | Análisis morfológico<br>Solución creativa de problemas |
| Método Delfos  | Cre-in                                   | ProCer   |
| 4 x 4 x 4  | Técnica de da vinci                      | Fases del proceso creativo                             |

## II. Metodología

### 2.1. Justificación

Dentro de la formación de Terapeutas Familiares Sistémicos y Posmodernos de la Facultad de Psicología en la UNAM, se ha detectado la necesidad de llevar a cabo un taller de autoestima y creatividad, pues los estudiantes son expuestos a múltiples situaciones que los ponen a prueba y que requieren de ellos soluciones creativas e innovadoras, tanto en el desarrollo de sus investigaciones, trabajos de clase, exposiciones, etc., como en la práctica clínica, pues los pacientes constantemente presentan retos exigiendo frecuentemente de los alumnos, respuestas cada vez mas novedosas.

Por otra parte, en el tema de la autoestima, las habilidades sociales, adaptativas, el sentido del humor, y su seguridad y confianza personal y en el grupo serán recursos que deberán mostrar y desarrollar durante dos años. Debido a que la interacción (de más de 40 horas a la semana) con maestr@s, coordinador@s, usuari@s del servicio y entre ellos mismos, les exigirá mostrar constantemente sus capacidades. Desde la necesidad de poner límites, hasta asumir la responsabilidad por los propios actos, pasando por el respeto que se ha de tener por sí mismos y las personas que les rodean, pues serán modelos para las personas que acudan a solicitar apoyo y a su vez harán la experiencia mas rica en todos los sentidos.

### 2.2. Planteamiento del problema

¿Cuáles son los resultados de tener la experimentar el taller de autoestima y creatividad, en los estudiantes de la Residencia de Terapia Familiar de la Facultad de Psicología, en el enfrentamiento de los retos que involucra esta etapa de formación?

#### 2.1. Objetivo General

Facilitar una experiencia didáctica que estimule los sentidos, con la finalidad de sensibilizar a los estudiantes de la formación, y proveerles de herramientas para que desarrollen su autoestima y creatividad, a través de dinámicas estructuradas que promuevan la creatividad, en un contexto de respeto y cordialidad.

### III. Método

#### 3.1. Población

Población: Todos los alumnos de las generaciones de la Residencia en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología, UNAM.

Muestra: 10 estudiantes inscritos en la 7<sup>a</sup> generación de la residencia de Terapia Familiar de la Facultad de Psicología, UNAM. Sus edades son entre 23 y 37 años, de los cuales dos son hombres y ocho mujeres, de diversa procedencia en el nivel socioeconómico y cultural.

#### 3.2. Escenario

Un salón de aproximadamente 4 x 4 mts.<sup>2</sup> que cuenta con sillas que se pueden mover, e iluminación suficiente, para llevar a cabo las actividades propuestas. Aula 6 del edificio de posgrado de la Facultad.

#### 3.3. Materiales

|   |   |
|---|---|
| 5 botes de pintura digital colores primarios. | 20 Copias de Auto-informe de Autoestima (Aladro,2005) |
| 30 etiquetas grandes.                         | 2 Marcadores  |
| 3 pelotas.                                    | 3 rompecabezas  |
| 25 mts. de papel Kraft.                       | 2 marcadores de pizarrón blanco                       |
| 11 Sillas.                                    | 1 reproductor de CD.                                  |
| 5 cajas de 12 Crayolas gruesos.               | 1 pizarrón blanco.                                    |
| 100 hojas tamaño carta.                       | Música de Mozart y música rítmica                     |
| 10 lápices o plumas.                          | 10 Paliacates   |
| 10 pliegos de cartulina                       | 1 paquete de toallas húmedas                          |
| 2 Tijeras                                     | 1 rollo de cinta adhesiva                             |

#### 3.4. Procedimiento

Se llevara a cabo un taller de 10 sesiones con una duración de 90 minutos, con dinámicas estructuradas que estimulen ambos hemisferios cerebrales, para desarrollar la creatividad de los asistentes.

#### 3.5. Evaluación.

Se aplicará el antes y después del taller el "Auto-informe de Autoestima" de Aladro (2005), Anexo 2. La aplicación inicial es para tener una línea base, y el retest es para conocer los cambios que espera provocar la asistencia al taller.

## Carta descriptiva del taller Autoestima y Creatividad

| Día | Tema                              | Objetivo de la sesión  | Actividades/<br>Duración   | Materiales  |
|-----|-----------------------------------|--|--|---|
| 1.  | Integración grupal                | Plantear los objetivos generales del taller, y propiciar que se conozcan los integrantes del grupo, para generar un clima de confianza y participación a lo largo del curso.   | Elaboración de "autoinforme-autoestima"/10'<br>Presentación - expo, zoológico- /25'<br>Expectativas - lluvia de ideas-/15'<br>Encuadre - exposición-/5'<br>Integración - "Terremoto" actividad lúdica- /15'<br>Plenaria sobre dudas, reglas y expectativas/20' | Etiquetas, marcadores, plumones para pizarrón blanco, pizarrón blanco, sillas, reproductor de CD, hojas y lápices. Copias de "Autoinforme autoestima" |
| 2.  | Sensibilización a través del arte | Que los asistentes se tomen conciencia de sus recursos, a través de las historias, personales y de los otros, utilizando elementos de la narrativa, el dibujo y la música, para estimular a los asistentes a trabajar con el hemisferio derecho. | Cuento del "Patito Feo" -narración- /20'<br>Principales elementos del cuento-debate- /10'<br>Histograma - dibujo- /50'<br>Plenaria / 10'   | Cuento, cartulinas, crayones, cinta adhesiva, reproductor de CD.  |
| 3.  | Consciencia Corporal              | Conseguir que los asistentes al taller se den cuenta de lo que necesitan para ser felices.   | ¿Qué necesitas para ser feliz? - Visualización- /40'<br>Figura humana - dibujo- / 40'<br>Plenaria ¿quién eres? / 10'   | Papel kratf, reproductor de CD, crayolas, hojas, lápices, cinta adhesiva  |
| 4.  | Auto-concepto                     | Trabajar sobre el auto-concepto y aprendiendo a través de la comparación entre lo que ellos dicen de sí mismos y la retroalimentación que les dan los otros.   | Ventana de Yohari- /70'<br>Plenaria, la importancia de saber recibir retroalimentación sobre como me perciben, la sombra y la máscara/ 20'   | Hojas, lápices, cinta adhesiva, reproductor de CD.  |
| 5.  | Comunicación asertiva             | Sensibilizar a los estudiantes, ante la importancia de la comunicación, sobre todo de la forma en que se emiten los mensajes, facilitando el aprendizaje de la empatía.  | Tipos de Comunicación, Satir - escenificación-/ 70'<br>Plenaria, aprendiendo a comunicar necesidades y empatía/20'   | Reproductor de CD.  |

| Día | Tema                 | Objetivo de la sesión   | Actividades/<br>Duración  | Materiales   |
|-----|----------------------|---|---|--|
| 6.  | Negociación          | Reforzar el concepto de empatía, con la finalidad de fomentar que establezcan relaciones Ganar-ganar  | Historias “el día que las cosas no salieron” –lluvia de ideas, escenificación- /40’<br>En busca de soluciones – visualización creativa-/ 30’<br>Plenaria “Cuestión de enfoques” - /20’                                    | Pizarrón, marcadores para pizarrón, paliacates, pelota, reproductor de CD, lápices y hojas.            |
| 7.  | Trabajo en equipo I  | Poner atención en la responsabilidad que tenemos de nosotros mismos y de las personas cuando trabajamos en equipo y se persiguen metas comunes. Promover el darse cuenta de los roles que juegan en los grupos.                             | La pelota mas rápida –acuerdos inter-grupales-/30’<br>Liderazgo – rompecabezas-/40’<br>Plenaria “los juegos que todos jugamos” / 20’  | Pelotas, rompecabezas, cintas adhesivas, reproductor de CD.  |
| 8.  | Trabajo en equipo II | Promover la creatividad y los acuerdos, para que descubran que su participación es importante y fomentar la confianza en sí mismos y en los otros   | Producto grupal – construcción de un mandala- /70’.<br>Plenaria “tu presencia y participación son importantes” /20’   | Reproductor de CD, pinturas, crayolas, papel kraft, lápices, cinta adhesiva, toallas húmedas, tijeras. |
| 9.  | Ética y valores      | Enfatizar sobre la importancia de los valores y sus manifestaciones en la vida diaria.  | ¿Cuáles son tus valores? – describirlo- /30’<br>¿Cómo se manifiestan en tu vida? – visualización y escultura humana- /30’<br>Plenaria “la convivencia armónica involucra que te conduzcas con ética” / 30                 | Hojas, lápices, reproductor de CD.   |
| 10. | Cierre               | Evaluar los resultados del taller y concientizar a los participantes ante la responsabilidad de ser congruentes con lo que descubrieron de sí mismos y de los demás, consolidando en el grupo la responsabilidad personal, grupal, y social | La maleta –dibujo, reflexión-/30’<br>Retroalimentación sobre grupo, sí mismos y el taller – lluvia de ideas-/ 40’<br>Planaria ¿cómo vas a aplicar lo que aprendiste? /10’<br>Elaboración de “Autoinforme-autoestima” /10’ | Hojas, lápices, crayolas, reproductor de CD. Copias de “Autoinforme-autoestima”                        |

Anexo 3.

Proyecto tecnológico “Viviendo Relaciones Libres de Violencia”

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE POSGRADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

VIVIENDO  
RELACIONES  
LIBRES DE  
VIOLENCIA



ELABORADO POR : YULIANA LEÓN Y LINDA MARTÍN

## ¿POR QUÉ HABLAR DE VIOLENCIA?

En años recientes la violencia intrafamiliar, y en particular la violencia de género a dejado de ser un secreto, convirtiéndose en un tema de discusión que toma dimensiones tan importantes como para ser en la actualidad la segunda causa de muerte de mujeres en México, sólo debajo del cáncer cervico-uterino.

Es importante aclarar que ésta problemática no distingue nivel socioeconómico o cultural, es un problema que no tiene fronteras y que viven o han vivido amas de casa, intelectuales, académicas, artistas de diversas áreas, profesionistas, maestras, estudiantes, etc.

Por esto y más, consideramos que es importante elaborar estrategias de difusión que promuevan la sensibilización y prevención. A pesar de que hoy se cuenta con diversas instituciones a nivel público y privado que dan atención y apoyo a mujeres que viven relaciones violentas, y que incluso se han aprobado leyes cada vez más firmes que castigan este tipo de faltas, se necesitan aún más elementos para difundir y proveer a la población general de información y estrategias que incidan desde el origen y construcción de la pareja (noviazgo), para establecer las bases de relaciones sanas en el seno de las familias, con la intención de formar seres humanos con mayores recursos para relacionarse y vivir mejor.

### **Pero... ¿qué es la violencia?**

La violencia es un fenómeno que está constantemente presente en nuestra sociedad. Desde los videojuegos repletos de matanzas, los programas de televisión, las interacciones entre familiares, las peleas entre bandas, o incluso las guerras hechas en nombre de la paz, la violencia permea muchos aspectos de la vida.

De acuerdo a la Organización Panamericana de Salud, (2002) violencia es definida como: **“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, contra otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones y muerte”**. Tan solo en el año 2000, 1.6 millones de personas murieron en el mundo, víctimas de actos violentos.

En México, 34.5% de las mujeres han sufrido violencia de pareja en algún momento de sus vidas y que el 21.5% la experimentan con su pareja actual. Los datos que la encuesta arroja permiten ver que entre las mujeres de 15 a 19 años, 56 de cada 100 sufren violencia por parte de su pareja.

## TIPOS DE VIOLENCIA

La violencia puede existir en diversas formas, como:

emocional (o psicológica),  
económica,  
física y  
sexual.

En nuestro país, la violencia emocional es experimentada por 38 de cada 100 mujeres, 9 de cada 100 sufren violencia física, 8 de cada 100 son víctimas de violencia sexual, y la violencia económica se manifiesta en 29 de cada 100.

En muchas ocasiones, las personas violentadas pueden ser generadoras de violencia sobre sus hijos y se sabe que alrededor del 70% de la violencia que sufren las niñas y adolescentes tiene lugar en el entorno familiar. La UNICEF calcula que 80 mil menores mueren cada año en el mundo víctimas de violencia intrafamiliar.

## MUJERES Y HOMBRES...

Nuestras ideas acerca de los roles que debieran desempeñar mujeres y hombres, pueden ser las generadoras de violencia.

Cada día estamos expuestos a diversas imágenes acerca de lo que hombres y mujeres deben ser, deben vestir, tomar, comer, hacer, etc. Los medios de comunicación nos llenan de imágenes acerca de lo que es correcto.

Es importante reconocer que los estereotipos de mujer y de hombre, indican una clara inequidad. Las “buenas mujeres” deben hacer ciertas cosas (dedicarse al hogar, a los hijos, tener buenas costumbres, saber lavar, planchar, etc.), mientras que los hombres pueden ser exitosos, galanes, mujeriegos, fuertes, machos, etc. Estas imágenes llenan nuestras vidas, y la de los niños y las niñas. Desde muy pequeños, los niños varones aprenden que tener actitudes “femeninas” (ser sensible, llorar, ser delicado, etc.) es malo, pues los convierte en maricas, en afeminados, es decir, en no-hombres.

Si pensamos en los resultados que tiene el que los niños y niñas crezcan con estos mensajes, podemos imaginarnos entonces que cuando sean adultos, los varones estarán entrenados para ser fuertes, dominantes, valientes, mientras que las mujeres deberán saber que su papel es ser sumisas, preocupadas, calladas y sometidas.

**Estos indicadores pueden ayudar a darte cuenta si estás viviendo una situación de Violencia, sea en el noviazgo, en la vida de pareja o en tu relación con tus hijos.**

**Al final, te proveemos con una lista de lugares e instituciones a los que puedes acudir a pedir ayuda.**

**Esperamos que todo esto te sea de utilidad.**

## **VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO**

Cuando decidimos iniciar una relación con alguien, esperamos que las cosas vayan bien, querer y ser queridos. Sin embargo, a veces, por ese deseo de amar y ser amados, podemos confundir el amor con el maltrato.

El maltrato no solo es de chicos hacia chicas, también puede ser al revés, o de los dos. Checa la siguiente lista para averiguar si algo en tu noviazgo puede indicar que hay violencia.

Pensemos en algunas cosas que indican que existe violencia en el noviazgo:

- Si tu pareja se tensa constantemente y te agrede física o verbalmente.
- Si no se puede controlar al agredirte, incluso cuando tu le haces notar que te lastima lo que hace.
- Si te intimida, grita, amenaza, castiga o chantajea.
- Si has sufrido de golpes, moretones, rasguños, puñetazos, estrangulamientos, patadas, etc.
- Si tu pareja controla todo lo que haces, quiere saber todo de ti, te llama constantemente para saber si has dicho la verdad y te exige explicaciones para todas tus acciones.
- Te vigila y constantemente revisa tu celular, email, diario, etc.
- Trata de eliminar, limitar o controlar tus relaciones con otras personas: amigos, familiares, vecinos, compañeros, etc.
- Coquetea o mantiene relaciones con otras personas, sea delante de ti o a escondidas.
- Te dan miedo sus reacciones.
- Te presiona para tener relaciones sexuales.
- Te obliga a hacer cosas que no deseas durante la relación sexual.
- Te jalonea, te empuja, te obliga a hacer cosas que no quieres hacer.
- Te toca, te acaricia o te besa sin tu consentimiento.

Si esa es tu situación, es importante que sepas algunas cosas que pueden prevenir la violencia:

Es difícil aceptar que uno está viviendo violencia, pues inmediatamente podemos sentir vergüenza e imaginarnos todas las cosas que dirá la gente de nosotros. Sin embargo, es importante que sepas que todos estamos expuestos a vivir situaciones de violencia, y que darte cuenta es un paso muy importante para poder hacer algo al respecto, esta una forma de amarte a ti mismo/a, de cuidarte y de protegerte.

A veces podemos excusar las cosas que pasan con nuestras parejas a través de decir “lo hizo porque estaba enojado/a”, “yo tuve la culpa”, “si yo no hubiera hecho eso, no hubiera pasado nada”, “es que tuvo un mal día”. Pero cuando se trata de violencia, ¡no hay excusa que valga! Nadie merece ser maltratado o humillado

Cuando estamos enamorados, es fácil pensar que las personas cambiarán con el tiempo, o que si los tratamos mejor, les damos más amor, o nos aguantamos, nuestra pareja cambiará. Tristemente, esto casi nunca pasa. Los otros tienen que ser responsables de lo que hacen y tú tienes que ser responsable de tu seguridad y cuidarte.

Pedir ayuda a tus padres, tus maestros, tus amigos o a alguna institución, es una manera buena de comenzar a eliminar la violencia. La gente que te quiere se preocupará y te apoyará en los momentos difíciles.

¿Has sentido que participas en la violencia? Muchas veces la violencia no es solo por parte de nuestra pareja, sino que nosotros también participamos de ella, ofendiendo, lastimando y controlando al otro. Si este es tu caso, es bueno que al darte cuenta, busques ayuda, le cuentes a alguien más

## **VIOLENCIA EN LA PAREJA**

Tal vez tú te diste cuenta de que estabas en una relación violenta cuando tu pareja y tu eran novios. O tal vez, después de que comenzaron a vivir juntos, empezaron a pasar cosas que nunca te hubieras imaginado que podían pasar. Sea como sea, tal vez te has dado cuenta de que muchas cosas en tu relación no son como tú quieres que sean, y te sientes atrapado/a y sin saber qué hacer.

De la siguiente lista ¿Hay algunos que te recuerdan lo que pasa en tu relación de pareja?

- Tu pareja te restringe económicamente (no te da dinero para evitar que salgas, impide que adquieras cosas que son necesarias, te chantajea,

- amenaza o manipula a través del dinero).
- Has tenido que renunciar a un trabajo por presión de tu pareja.
  - Has sufrido maltrato físico (golpes, empujones, amenazas con armas de fuego, palizas, mordeduras, quemaduras, estrangulamiento, etc.).
  - Tu pareja te impone el tener relaciones sexuales, te ha violado o te exige ciertas posturas, gestos, actos o formas de vestir que te incomodan.
  - Has sufrido insultos, humillaciones, burlas, descalificaciones, críticas constantes, desprecios, abandono, gritos, chantajes o amenazas (por ejemplo: quitarse o quitarte la vida, secuestrar a tus hijos).
  - Tu pareja selecciona a las personas con las que puedes relacionarte, y este control ha generado que te sientas aislada/o de tu familia o amigos.
  - Te comparan con otras personas, haciéndote sentir que no estás a la altura de las cualidades de esas personas.
  - Después de tener una diferencia te deja de hablar o se muestra indiferente ante tus sentimientos y necesidades, como una forma de castigo.
  - Te sientes perseguido/a y te preocupa que tu pareja se entere de lo que haces, aunque sean acciones inocentes.
  - Descalifica tus ideas o percepciones, a tal grado que has llegando a dudar sobre tu criterio para distinguir la realidad de la fantasía.
  - Te has sentido humillado/a o maltratado/a frente a tu familia, amigos o vecinos.
  - Tu pareja seduce a otras personas en tu presencia.
  - Tu pareja rompe, azota, golpea o destruye objetos para intimidarte porque se desespera.
  - Te sientes minimizado/a, maltratado/a, y lastimado/a constantemente por tu pareja.
  - Te da vergüenza que los otros se enteren de cómo te trata tu pareja.
  - Has recibido amenazas sobre tu integridad física, la de tu familia o las personas que quieres.
  - Sientes temor por los castigos o consecuencias de no hacer todo lo que tu pareja te solicita.

Todas estas son señales de violencia en la pareja. Tal vez has aguantado años de malos tratos, o apenas comenzaron, es posible que algunas de estas situaciones no las hayas considerado como tal por la frecuencia con la que se presentan en tu relación o entorno social.

La violencia puede permanecer disfrazada o escondida detrás de las puertas de casa, pero darte cuenta de que vives violencia, y comenzar a protegerte, son un gran inicio para eliminar este problema de tu vida.

## **VIOLENCIA HACIA LOS HIJOS**

Los hijos de parejas con interacciones violentas son sin duda los principales receptores. Estos niños viven en hogares donde hay gritos, golpes, insultos, etc., hacia ellos o entre sus padres, frecuentemente experimentan miedo, ansiedad o inseguridad, que a largo plazo serán percibidos como algo normal.

Los niños y niñas aprenden a relacionarse con los otros a través de lo que aprenden en casa. En muchas ocasiones, el comportamiento violento, agresivo o abusivo de los niños /as hacia sus amiguitos, y hacia su familia, es resultado de la violencia que viven en el hogar.

Si eres padre o madre, puede ser que en ocasiones te desesperes o frustres y reacciones violentamente hacia tus hijos, o puede ser que observes que tu pareja lo hace. Debes saber que los hijos violentados, pueden sufrir graves consecuencias sean físicas o psicológicas. Recuerda que el maltrato a los niños es un delito. Si te das cuenta que tu o tu pareja tienen este tipo de problemas, es necesario que busques ayuda inmediatamente. Esto puede prevenir problemas futuros y hasta salvar la vida de tus hijos, además de proveerte de recursos para eliminar la violencia.

### **ES DE PENSARSE...**

Las interacciones violentas pueden poner en peligro tu vida, y es importante que busques ayuda y rompas el silencio. La violencia es como una bola de nieve, que al recorrer el camino, puede hacerse más grande y peligrosa.

En situaciones difíciles, es fácil pensar que es mejor quedarse callado, o no hacer nada, pero el silencio nunca es la respuesta. Hablar acerca de lo que te pasa, denunciarlo, acudir a alguna institución buscando consejo y ayuda, puede prevenir problemas graves y protegerte a ti y a los tuyos.

Terminar una relación de violencia puede ser complicado, debido a situaciones legales, económicas, familiares, etc., pero cada paso que das hacia protegerte y estar mejor, es un paso adelante, inténtalo, no te rindas, y sobre todo, recuerda que no tienes que pasar esto solo/a, hay muchas instituciones y grupos que pueden apoyarte y acompañarte en este difícil proceso.

## ¿CÓMO CONSTRUIR RELACIONES LIBRES DE VIOLENCIA?

Todo lo anterior nos permite entender cuál es el contexto que existe la violencia en las relaciones de noviazgo, pareja y familia. La manera de prevenirla es a través de la construcción de relaciones saludables y equitativas entre hombres y mujeres.

Entonces ¿Qué podemos hacer para tener relaciones que fomenten una interacción sana y equitativa?

- ✓ Educar a los hijos para que no utilicen la violencia como forma de relacionarse.
- ✓ Ofrecer nuevos modelos de ser varones que no incluyan el uso de la agresividad y la represión de los sentimientos.
- ✓ Fortalecer la autoestima de los chicos y chicas, enseñarles a protegerse.
- ✓ Romper con los moldes establecidos acerca de ser hombre o mujer.
- ✓ Cuestionar los hábitos machistas.
- ✓ Romper la idea de que un varón sensible es maricón y no es hombre.
- ✓ Aprender a cuidarnos y protegernos, además de proteger a los más débiles.
- ✓ Enseñar, con el ejemplo, a resolver los conflictos sin violencia.
- ✓ Educar a mujeres y hombres en el derecho a decir no.
- ✓ No silenciar la violencia, no soportarla.
- ✓ Tener una conciencia crítica hacia los modelos de vida que nos muestran los medios de comunicación.
- ✓ Valorar las actitudes que van en contra de la violencia: la colaboración, el respeto, el diálogo.

Hay muchas otras maneras de luchar contra la violencia, y existen muchas instituciones y profesionales de la salud quienes incansablemente trabajan por que este problema deje de ser visto como algo normal y se nombre como algo incorrecto e inhumano.

Si tu o alguien que conoces se encuentra en una situación de violencia, pide ayuda, es importante reconocer que no es sano, ni bueno, ni normal.

**Es tiempo de dejar el silencio y decir si a una vida libre de violencia.**

## ¿A dónde acudir?

### **Centro de Servicio Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM**

Direc: Avenida Universidad # 3004, edificio "C", sótano,  
Facultad de Psicología,  
Col. Copilco Coyoacán, C. P. 04510  
Deleg. Coyoacán  
Tel: 65 22 23 09

### **Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI)**

Dr. Carmona y valle # 54, piso 1,  
Col. Doctores, C.P. 06720,  
Deleg. Cuauhtémoc,  
México, D.F. México.  
Tel: 52 42 60 25, 52 60 62 46, fax: 52 42 62 48

### **Centro de Atención a Víctimas Vía Telefónica (VICTIMATEL)**

Tel: 56 25 72 12, 56 25 71 19, Fax: 56 25 72 80

### **Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA)**

Pestalozzi # 1115,  
Col del valle, C.P. 03100,  
Deleg. Benito Juárez,  
México, D.F. México.  
Tel: 52 00 96 32, 52 00 96 33, fax: 55 75 50 03

### **Centros Integrales de Apoyo a la Mujer (CIAM)**

San Antonio Abad # 122, piso 5,  
Col. Tránsito, C.P. 06820,  
Deleg. Cuauhtémoc,  
México, D.F. México.  
Tel. y fax: 57 40 45 40

### **Colectivo de Lucha Contra la Violencia a la Mujer (COVAC)**

Atenor Salas # 113 dep 3,  
Col. Narvarte, C.P. 03020,  
Deleg. Benito Juárez,  
México, D.F. México. Tel. y fax: 54 40 13 42,

### **Sociedad Mexicana Pro-Derechos de la Mujer, A.C.**

Teléfono: 56 61 20 74

### **Asociación Mexicana contra la Violencia a las Mujeres, A. C. (COVAC)**

Astrónomos 66 Col. Escandón Tels. 5276 00 85 y 5515 17 56



*La Vieja Tristeza (Aladro, 1975)*