



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL TRASTORNO  
DEPRESIVO MAYOR BASADO EN PREGUNTAS DE  
KARL TOMM CON PROCESO DE VIDEO REFLEXIÓN

**T E S I S A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

ALMA MIRIAM VÁZQUEZ MÁFARA

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: LIC. EDUARDO CORTÉS MARTÍNEZ

COMITÉ: MTRA. SARA GUADALUPE UNDA ROJAS

MTRA. HILDA SOLEDAD TORRES CASTRO

MTRA. GUADALUPE MENDOZA RODRIGUEZ

LIC. LEONEL ROMERO URIBE



MÉXICO, D.F.

MAYO 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a Dios por haberme dado la salud y la fortaleza para poder concluir este trabajo aun en los momentos más difíciles.

A mis padres Minerva y Facundo por haberme dado su completo apoyo, su confianza, su amor incondicional y enseñarme a ser fuerte aun en las adversidades.

A mis hermanas Martha y Norma por su motivación y confianza.

Al Lic. Eduardo Cortés Martínez, director de este trabajo, por haberme dado la confianza de desarrollar este trabajo, por sus enseñanzas, su apoyo y su paciencia.

Mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda directa o indirectamente han colaborado en la realización de este trabajo.

A todos ellos, muchas gracias.

*La vida es una tragedia cuando se mira en primer plano, pero una comedia cuando se mira a distancia.*

*Charles Chaplin*

## Índice

INTRODUCCIÓN .....	8
1. DEPRESIÓN DESDE EL ENFOQUE MÉDICO.....	11
1.1 Breve historia de la depresión.....	11
1.2 Definición de depresión .....	13
1.3 Diagnóstico de depresión .....	16
1.4 Diferencia entre depresión exógena y endógena.....	18
1.5 Tratamientos utilizados para la depresión.....	20
1.6 Prevalencia y comorbilidad.....	23
2. EPISTEMOLOGÍA DEL EQUIPO REFLEXIVO .....	25
2.1 Cibernética .....	26
2.2 Hermenéutica .....	27
2.3 Construccinismo Social .....	29
2.3.1. Diferencia entre constructivismo y construccionismo .....	31
3. EQUIPO REFLEXIVO.....	32
3.1. Surgimiento del equipo reflexivo.....	32
3.2. Influencias del equipo reflexivo.....	34
3.3 Elementos constitutivos del equipo reflexivo .....	40
4. EPISTEMOLOGÍA DEL PROCESO DE VIDEO-REFLEXIÓN.....	46
4.1 Lingüística.....	46
4.1.1 Definición .....	46
4.1.2. Lenguaje, acto lingüístico y lengua.....	47
4.1.3. Sincronía y diacronía .....	48
4.1.4. Niveles de la lingüística .....	49
4. 2 Semiótica.....	50
4.2.1 Definición .....	50
4.2.2. Diferencia entre semiótica y semiología .....	52
4.2.3 El signo .....	53
4.2.4. Comunicación .....	55

4.2.5. Sistemas no verbales .....	58
4.2.6 El contexto .....	60
4.3 Semántica.....	61
4.3.1. Definición .....	61
4.3.2. Diferencia entre significado y significante .....	62
4.3.3 Fenómenos de la semántica.....	64
4.3.4. Metáfora.....	66
5. PROCESO DE VIDEO – REFLEXIÓN.....	68
6. MODELO DE INTERVENCIÓN DE KARL TOMM.....	74
6.1. la entrevista como intervención .....	77
6.2. Alternativas de diagnóstico.....	80
6.3. Preguntas Reflexivas.....	85
6.4. Nuevo modelo de intervención .....	97
7. HERRAMIENTAS DE LA PSICOTERAPIA .....	103
7.1. Genograma.....	103
7.2 Ciclo Vital de la Familia Cotidiana.....	104
7.3 Ciclo Vital de la Familia Diversa.....	107
8. PROPUESTA DE MODELO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN CON VIDEO REFLEXIÓN BASADO EN LA INTERVENSIÓN DE KARL TOMM .....	110
8.1 Secuencia de preguntas para la intervención basadas en la propuesta de Tomm & Hornstrup .....	111
8.2 Sesión 1 .....	115
8.2.1. Preguntas aclaratorias de la situación .....	115
8.2.2. Meta preguntas de la situación.....	116
8.3 Sesión 2.....	117
8.3.1 Preguntas de otras perspectivas.....	117
8.3.2 Meta preguntas de otras perspectivas.....	118
8.4. Sesión 3.....	119
8.4.1. Preguntas para generar posibilidades .....	119
8.4.2. Meta preguntas de posibilidades .....	120
8.5 Sesión 4.....	120
8.5.1. Preguntas aclaratorias de iniciativa.....	120
8.5.2 Meta preguntas de iniciativa .....	121

8.6 Sesión 5.....	122
8.6.1 Preguntas de la situación contextual .....	122
8.6.2 Meta preguntas de contexto-situación.....	123
8.7 Sesión 6.....	124
8.7.1 Preguntas contextuales de otras perspectivas.....	124
8.7.2 Meta pregunta de perspectivas-contextual .....	125
8.8 Sesión 7.....	126
8.8.1 Preguntas de posibilidades contextuales/ Preguntas contextuales para generar posibilidades. 126	
8.8.2 Meta preguntas de posibilidades contextuales /Meta pregunta para generar posibilidades .....	127
8.9 Sesión 8.....	127
8.9.1 Preguntas de iniciativa contextual.....	127
8.9.2. Meta preguntas de iniciativa contextual.....	128
8.10. Consideraciones para el entrevistador y/o equipo reflexivo .....	130
9. CONCLUSIONES .....	133
10. REFERENCIAS.....	137
APÉNDICE 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	147
APÉNDICE 2. REGLAS PARA ELABORAR GENOGRAMA .....	149

## **Resumen**

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) hoy en día es uno de los trastornos mentales más comunes a nivel mundial, y México no es la excepción. Es importante centrarse en métodos eficaces para intervenir ante éste, ya que dicho padecimiento suele tratarse en su mayoría únicamente con la administración de fármacos.

En este trabajo se propone una intervención para tratar el TDM basada en herramientas de la terapia familiar sistémica: el equipo reflexivo de Tom Andersen, el proceso de video reflexión y preguntas propuestas por Karl Tomm.

Este trabajo tiene la finalidad de complementar o bien sustituir el tratamiento con fármacos por la psicoterapia, concientizando a los profesionales de la salud, además de proponer una innovadora alternativa en psicoterapia utilizando la tecnología para permitir una reconstrucción de la perspectiva que tiene el cliente en cuanto a su realidad mediante la metareflexión.

Palabras claves: Karl Tomm, Tom Andersen, Trastorno Depresivo Mayor, Equipo Reflexivo, Video Reflexión, Metapreguntas, Terapia Familiar Sistémica.



## **Introducción**

El trastorno depresivo mayor (TDM) es un problema de salud mental cada vez más común a nivel mundial, desgraciadamente no se le ha tratado de una manera adecuada y en algunos casos ni siquiera es tratada, lo cual implica un problema en la calidad de vida y provoca incapacidad en quien la padece, mermando así su productividad.

Actualmente se ha hecho un uso excesivo de psicofármacos para tratar este problema a pesar de que diversas investigaciones apuntan hacia la efectividad de un tratamiento conjunto (farmacológico, psicoterapéutico y psicoeducativo). Es necesario que en México se ponga más atención a problemas mentales de salud, ya que muchas veces pasan desapercibidas y/o no se recibe la ayuda adecuada, solamente se da un apoyo farmacológico, que si bien, en muchos casos es útil, en otros tantos es sustituible y en otros tantos se requieren como complemento la psicoterapia.

En la actualidad las personas se encuentran en una dinámica de ritmo de vida rápido, que provoca diversas situaciones depresoras y por lo tanto es importante que los especialistas en la salud busquen un tratamiento efectivo acorde a las exigencias actuales. Se propone en este proyecto de tesina una intervención con enfoque sistémico, centrada en la herramienta de video reflexión con equipo reflexivo basada en el modelo de intervención de Karl Tomm, para el manejo de la depresión, cabe mencionar que en diversos estudios se ha comprobado la eficacia del enfoque sistémico para tratar la depresión (Cabrera, Quezada & Romero, 2011; Faini, 2010; Feixas, 2009; C. B. Martínez, 2001); así mismo se ha comparado con otras intervenciones (Henken, Huibers, Churchil, Restifo & Roelf, 2008), mostrando su efectividad. Una de las características importantes de esta técnica es que considera las situaciones del cliente y el

contexto en el que vive, ya que diferentes estudios avalan que el TDM tiene una fuerte relación con el entorno, ambiente y cultura de las personas<sup>1</sup>. Es por eso que es importante que el cliente mediante la psicoterapia, detecte las situaciones que podrían haber desembocado el TDM, ya que los fármacos sólo actúan a nivel biológico, lo cual sólo representa una parte de la esfera del complejo ser humano.

En el primer capítulo se encuentra el concepto de salud mental dado por la OMS, que permite hacer la distinción entre salud y enfermedad, también se encuentra un panorama del TDM visto desde un enfoque médico, observando que la depresión se suele definir a partir de sus síntomas y se suele utilizar el DSM y el CIE para diagnosticarla, dentro de los tratamientos comunes se administran fármacos y se ubican estadísticas que considera que la depresión es la 5ª causa de discapacidad mundial, por lo tanto se ha convertido en un problema cada vez más preocupante.

En el capítulo dos se abarca la epistemología del equipo reflexivo, primeramente la cibernética donde se hace la distinción entre cibernética de primer y segundo orden; después la hermenéutica, el arte de interpretar, que resalta que no existe una interpretación sin subjetividad y finalmente el construccionismo social, donde se acepta que la realidad es construida socialmente y no existe una única y objetiva. En el tercer capítulo se abordan algunas de las influencias para el surgimiento del equipo reflexivo como son: los integrantes del equipo de Milán; Barteson; los constructivistas Maturana y Varela; las fisioterapeutas Bülow- Hasen y Ovreberg y el sociólogo Stein Braten, también se explica el procedimiento y los elementos del equipo reflexivo, una de las técnicas en la cual se basa este trabajo. Más adelante se encuentra

---

<sup>1</sup> Como referencia se encuentran investigaciones que destacan las prácticas parentales en la sintomatología depresiva de los adolescentes (Andrade, Bentacourt, Vallejo, Celis & Rojas, 2012), la relación y el efecto de los sucesos vitales estresantes (de familia, social, escolar, de salud, pareja y económico), (Veytia, Gonzales, Andrade & Oudhof, 2012), e investigaciones donde se muestra correlación entre la depresión y diversas circunstancias (como embarazo, maltrato intrafamiliar, género, etc.) (Sánchez, Hernández & Lartigue, 2008).

la epistemología del proceso de video reflexión, la lingüística, la semiótica y la semántica, gracias a las cuales se puede identificar el papel que juega cada elemento en el proceso de video reflexión: el signo es representado por el video, el significante por la conversación y la reflexión por el significado.

En el apartado sobre el modelo de intervención propuesto por Karl Tomm, se conoce la importancia de la entrevista como método de intervención y de cómo emplea los conceptos de circularidad, hipotización, neutralidad y generación de una estrategia. Karl Tomm es uno de los exponentes que ha criticado abiertamente el diagnóstico con DSM y explica sus razones. Finalmente se encontrará en el último apartado la propuesta de intervención conjuntando las tres técnicas anteriores.

# **1. DEPRESIÓN DESDE EL ENFOQUE MÉDICO**

## **1.1 Breve historia de la depresión**

La depresión ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo, ésta ha sido explicada bajo diferentes visiones, es importante conocer su historia para poder comprender el concepto. La depresión es una enfermedad de la que se tienen vestigios muy antiguos, grandes sabios como Hipócrates le llamaban “melancolía”, sin embargo específicamente Hipócrates hizo una división para la locura: melancolía, frenitis y la manía, donde la melancolía era causada por la bilis negra (Aquilino-Polaino, 1985). Es importante reconocer el gran avance que dio Hipócrates al rechazar las antiguas creencias de que la sintomatología era provocada por dioses y curada mediante oraciones, rechazando así a los que llamaba charlatanes (Dhalke, 2010).

Otros sabios griegos por su parte, como Sócrates y Platón, creían que se trataba de una cuestión meramente filosófica. Como menciona Dhalke (2010), se puede decir que Hipócrates fue el “padre” de la psiquiatría y Sócrates de la psicoterapia, dos visiones que actualmente están peleadas. Hasta aquí se puede observar que desde la antigüedad la explicación sobre la presencia de esta enfermedad ha sido del interés de la humanidad.

Dentro de las otras explicaciones que se solían dar, se encuentra una explicación sexual, Filagrios se lo adjudicaba a una pérdida excesiva del semen y por el contrario algunos afirmaban que el problema recaía en la abstinencia sexual, por ejemplo, Galeno, el médico intelectual de Marco Aurelio, mencionaba que “la abstinencia sexual tenía consecuencias devastadoras y recetaba un compuesto medicinal a base de hierbas, que incluía opio, el que puede destacarse como uno de los primeros psicofármacos” (Dhalke, 2010, p.57). Posteriormente durante la Edad Media los filósofos de la iglesia como Santo Tomas de Aquino, adjudicaban este padecimiento a explicaciones demoniacas o astrales (Calderón, 1990). Como menciona Dhalke (2010, p. 58):

El cristianismo, durante la inquisición relacionaba la melancolía con Judas, puesto que él se suicidó y relacionaron todo lo melancólico al pecado, es así como durante esta etapa se le perseguía a los melancólicos, se les forzaba a trabajos pesados y se les excluía socialmente.

En el renacimiento apareció por primera vez la idea de la terapia para tratar la melancolía gracias a Menodoto de Nicomedia. Durante esta etapa la melancolía era relacionada a factores externos e inquietudes de tipo filosóficas de los seres humanos (Dhalke, 2010).

Según Dhalke (2010), en el siglo XVII al XIX, la investigación científica llegó a su auge y junto con esta visión, se modificó la concepción del hombre, convirtiéndolo a la vista de científicos en una maquina compuesta de elementos químicos. Esta visión tuvo consecuencias negativas para los depresivos, ya que se les trataba con rigurosas medidas educativas como el uso de la camisa de fuerzas y el encierro en “asilos”.

Posteriormente se empezó a observar una división en la concepción del trastorno depresivo, Kraepelin a principios del siglo XX, comienza a diferenciar los conceptos de manía y melancolía, Pierre Janet la describe como psicastenia, otros autores como: Wernicke en 1894,

Kleist en 1937 y Leonhard en 1957, desarrollaron las ideas de psicosis confusionales y psicosis ansiedad-elación que posteriormente dan lugar al término bipolar (Cobo, 2005).

Desde la postura psicoanalítica comienzan a surgir interesantes teorías, Freud en 1917, sugiere que la melancolía es similar al duelo o aflicción que provoca un cambio en el inconsciente por la pérdida real o imaginaria del objeto deseado. Posteriormente John Bowlby desarrolla su teoría del “apego” y de forma similar autores como Brown y Harris crean una teoría social de las depresiones relacionadas a una pérdida en los primeros años de vida (Cobo, 2005, p.7).

Como se pudo observar, a lo largo de la historia se han encontrado diferentes síntomas en los depresivos y se han creado múltiples hipótesis de las posibles causas, encontrando que la mayoría de los autores coinciden en que esto se debe a razones externas del sujeto. Actualmente la depresión se ha clasificado según los síntomas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y en el CIE-10. Este trabajo sólo abordará el Trastorno Depresivo Mayor.

## **1.2 Definición de depresión**

Antes de comenzar con la definición de depresión es necesario entender qué es la salud mental para poder comparar ambos estados, según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013) en el artículo “Salud mental: un estado de bienestar”, la salud mental puede entenderse como “un estado de bienestar (físico y psíquico) en el cual un individuo es consciente de sus propias aptitudes y capacidades y puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de

manera productiva y es capaz de hacer contribuciones en su comunidad” (párrafo 1), conociendo esta definición se puede entender mejor el concepto de depresión, ya que justamente se convierte en un limitante del sujeto para desempeñar dichas actividades.

Ahora bien la depresión (proviene del latín *deprimere*, disminuir o hundirse). Por lo tanto la depresión es un hundimiento vital global o parcial. Sus causas pueden ser diversas, por tanto, la depresión es un *síndrome vital depresivo* (Alonso-Fernández, 2009)

Es inevitable no definir la depresión a partir de los síntomas, según Lara-Muñoz, Robles-García, Orozco, Real, Chisholm & Medina-Mora (2010) un episodio depresivo se distingue en cuanto al aspecto físico por una disminución de la energía y por lo tanto de la actividad. La capacidad para disfrutar lo que antes se disfrutaba desaparece, el interés y la concentración están reducidos y también hay un cansancio a pesar de no hacer un gran esfuerzo. Existen también cambios en el sueño y en el apetito, puede haber síntomas somáticos, retraso psicomotor, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y pérdida de la libido. En el aspecto mental la autoestima y la confianza están afectadas variando de un día a otro, suele haber sentimientos de culpa e ineficacia.

Alonso-Fernández (2009, p. 443), explica el aspecto médico y clínico de la depresión, ya que naturalmente comienzan a surgir cambios neurológicos importantes:

La patógena depresiva está integrada por una cadena de manifestaciones neurobiológicas que afectan a la neuroquímica, la neurofisiología, la neuroendocrinología y la neuroinmunología, y culmina en impactar sobre la plasticidad y la morfología de la población neuronal del hemisferio cerebral izquierdo, con sede en el sector dorsolateral del lóbulo prefrontal, la porción cingulada anterior, el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo. Los mecanismos patogénicos de la depresión se inician a partir del descenso del nivel funcional de las vías neurotransmisoras de la serotonina, la noradrenalina o la dopamina, con la complicidad de la exaltación glutamatérgica, colinérgica o melatonérgica, fuerzas convergentes en provocar la disfunción hipotalámica, automáticamente extendida al bloque hipotálamo-hipofisario y al sistema inmune.

Por lo tanto a partir de la explicación anterior se puede conceptualizar el trastorno depresivo desde una postura médica y fisiológica como una alteración en los niveles de los neurotransmisores (la serotonina y noradrenalina principalmente). La Asociación Estadounidense de Psiquiatría en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2000, p. 329) en su cuarta edición (DSM-IV) entiende a un paciente con síntomas de un episodio depresivo mayor de la siguiente manera:

Los sujetos con un episodio depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales, etc.). Durante un episodio depresivo mayor algunos individuos presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. En los niños puede presentarse una ansiedad por separación. Algunos sujetos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual (p. ej., anorgasmia en las mujeres y disfunción eréctil en los varones). Pueden presentarse problemas matrimoniales (p. ej., divorcio), problemas laborales (p. ej., pérdida del trabajo), problemas escolares (p. ej., ausencias, fracaso escolar), abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o un suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias. También puede haber una tasa aumentada de muertes por enfermedades médicas. Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial (p. ej., la muerte de un ser querido, la separación matrimonial, el divorcio).

Por lo tanto para fines de conceptualización, este trabajo entenderá el TDM a partir de que haya un deterioro en la vida cotidiana de una persona debido a llanto, tristeza, ansiedad, irritabilidad, fobias, preocupación excesiva por su estado físico y un deterioro en su entorno como (problemas familiares, escolares, laborales, ideas suicidas, etc.) por un período prolongado de tiempo.



### **1.3 Diagnóstico de depresión**

Para el diagnóstico de la depresión es común el uso de manuales, los criterios para diagnóstico del TDM se observan en la figura 1, los cuales son identificables a partir de los cambios físicos que puedan ocurrir en el sujeto y en el comportamiento. Cabe mencionar que sólo se tomará en cuenta el DSM-IV ya que aunque en la práctica clínica para el diagnóstico de múltiples enfermedades mentales, entre ellas la depresión, se suele usar el DSM-IV y el CIE 10, los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor tanto en el DSM IV y en el CIE 10 son muy similares, una de las diferencias entre ambos, es que –en el CIE-10– existen niveles de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave (Asociación estadounidense de psiquiatría, 2000)

<p>Criterios para el diagnóstico Depresivo Mayor DSM-IV</p>
<p>A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.</p> <p>Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable</li> <li>2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)</li> <li>3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables</li> <li>4. insomnio o hipersomnia casi cada día</li> <li>5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)</li> <li>6. fatiga o pérdida de energía casi cada día</li> <li>7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)</li> <li>8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), Ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>A. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</li> <li>B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</li> <li>C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).</li> <li>D. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.</li> </ol>

**Figura 1. Criterios para el diagnóstico del episodio depresivo mayor según el DSM IV.**

Fuente: Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed., Texto rev.). Washington, DC. p. 333.

Para complementar o poder identificar con mayor precisión los criterios del DSM- IV, se pueden implementar algunas preguntas, según Gaviria (1988) los procedimientos para evaluar un paciente con depresión son:

- 1) Historia (actual, pasada y familiar), con la finalidad de identificar síntomas, posibles ideas suicidas, medicación, enfermedades físicas, etc.

- 2) Examen mental
- 3) Examen Físico
- 4) Métodos Biológicos de Evaluación (estudios neuroendocrinos, para identificar anomalías en cortisol y estudios de sueño).
- 5) Métodos psicológicos de evaluación, una evaluación marital y familiar y cognitiva (escalas de actitudes disfuncionales, escala de desesperanza, concepto del self, inventario de la depresión de Beck).
- 6) Métodos de evaluación clínica (Escala de medición de Hamilton para la depresión, escala de autoevaluación de Carroll y otros instrumentos diagnósticos como el DSM-IV.

Los puntos anteriores constituyen una entrevista completa, que abarca varios aspectos del paciente más allá de los síntomas físicos y conductuales que propone el DSM-IV, pero sólo algunas veces es considerado por algunos médicos.

#### **1.4 Diferencia entre depresión exógena y endógena**

Se han llevado a cabo estudios en pacientes (con depresión a largo plazo), encontrando que existen dos formas básicas para dividir la depresión según las causas que la provoca, y son –la exógena y la endógena– cuyas causas pueden incluir factores (genéticos, químicos y psicosociales). Guadarrama, Escobar & Zhang (2006) los divide de la siguiente manera:

La depresión exógena (o reactiva) se debe a una causa externa que represente o bien una pérdida o un limitante para la vida de la persona. La depresión endógena por el contrario no se

observa una causa externa y se adjudicamos a un motivo fisiológico, como ocurre en las psicosis bipolar (maniaco-depresiva) o unipolar (depresiva).

Los factores para la depresión exógena son múltiples, solo se requiere de factores que sean significantes para las personas y le causen estrés, por lo tanto pueden variar de una persona a otra, dependiendo de las experiencias que vivan las personas y de su respuesta ante estas situaciones.

Guadarrama, Escobar & Zhang (2006, p.6) se preguntan ¿Es básicamente la depresión un trastorno biológico o una respuesta al estrés psicosocial con incapacidad del individuo para afrontarla? y concluyen que ambos conceptos son aceptables, esta conclusión es importante ya que en la práctica, sólo se interviene el trastorno como si se tratara de algo meramente biológico y únicamente se administran fármacos la mayoría de las veces para su tratamiento.

Aunque en algunos casos se sigue aplicando esta división en otros ya no es así, debido a que la gran mayoría de las veces la depresión se da a partir de un evento externo y es probable que exista una predisposición genética de la persona. También es importante resaltar que muchas veces no se le da importancia a la psicoterapia como método de intervención, ya que en algunos casos se considera una reacción normal de la persona ante una situación dada (Albrecht & Herrick, 2007).

Por otra parte Calderón (1990) menciona que la depresión tiene diversos factores los cuales divide en:

- Factores genéticos
- Factores psicológicos
- Factores ecológicos
- Factores Sociales

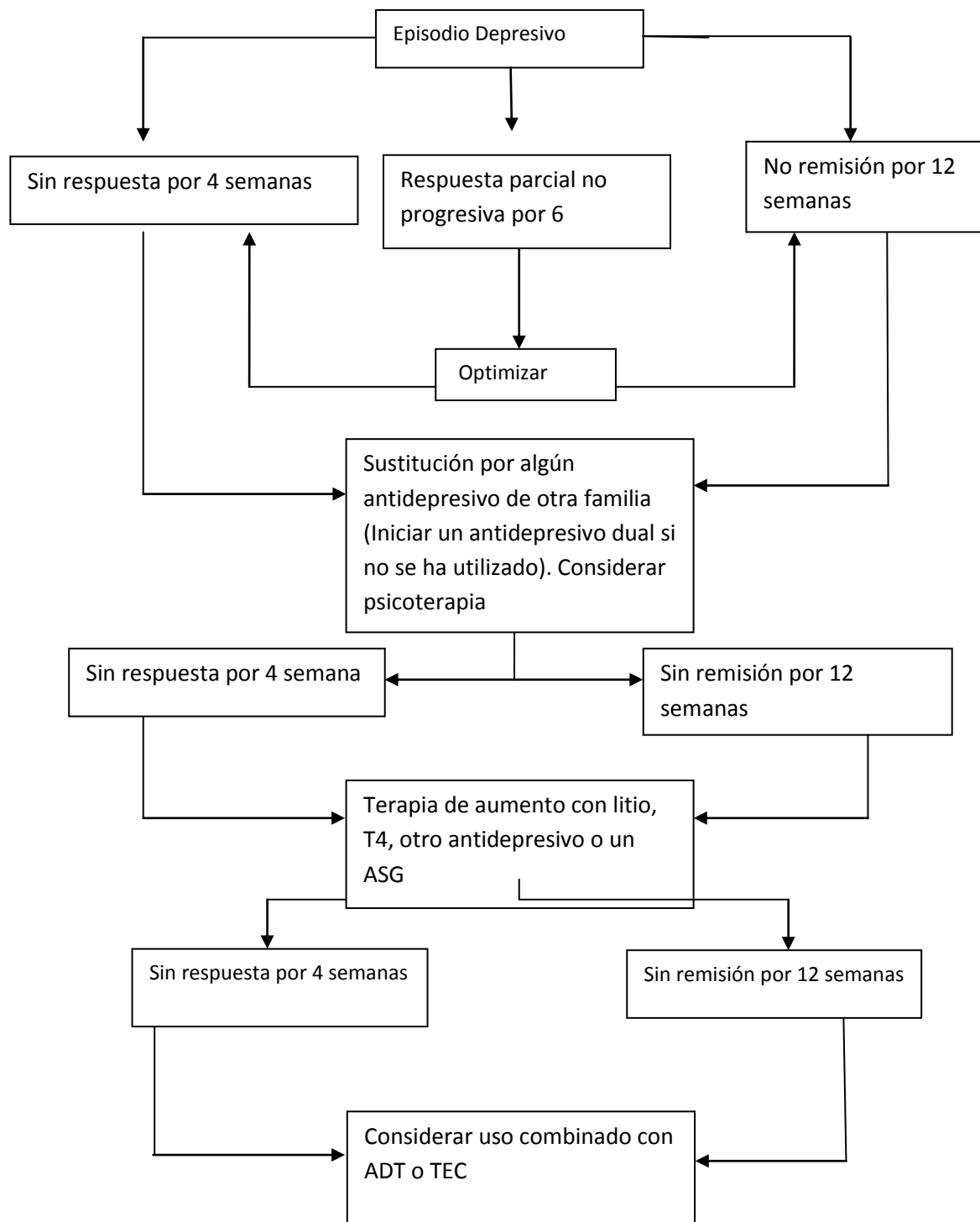
En la mayoría de los pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales si no son tratados a su debido tiempo, tienden a incrementarse. Es importante tomar en cuenta que finalmente ambos tipos de depresión están ligados, aunque el desencadenante marca la diferencia entre un tipo u otro.

### **1.5 Tratamientos utilizados para la depresión**

En el campo de la psiquiatría, es muy común encontrar que los tratamientos para la depresión se basen principalmente en la prescripción de fármacos. Según Lara-Muñoz et al. (2010, p. 303) en uno de los primeros estudios de costo-efectividad del tratamiento de la depresión, realizado por Simón et al., compararon la fluoxetina, la imipramina y la desipramina y no encontraron diferencia entre los tres medicamentos en cuanto a eficacia clínica, efecto sobre la calidad de vida y costos.

En el área de los estudios de costo-efectividad se han evaluado intervenciones diferentes a los fármacos probando ser eficaces. Por ejemplo, la psicoterapia autoadministrada, la psicoterapia por computadora y la estimulación magnética transcraneal. Sin embargo, existe muchas veces aquello que se conoce como la depresión resistente/refractaria al tratamiento (DRT). En un consenso Latinoamericano realizado en el 2009, con sede en Huatulco, Oaxaca, y México, se reunieron diversos expertos reconocidos como especialistas de la Psiquiatría en Latinoamérica provenientes de países como México, Venezuela, Perú y Colombia [estos

expertos son integrantes de prestigiosas sociedades científicas tales como la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM), el Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales, A.C. (GLADET), la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría (SMNyP) y la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica (SMPB)], llegaron a acuerdos sobre cómo tratar estos casos, como se observa en la figura 2 en caso de la presencia de un episodio depresivo dependiendo del tiempo de respuesta (4, 6 o 12 semanas) se propone cambiar el antidepresivo, y aquí se propone la psicoterapia, como última opción, es decir, se está considerando la depresión como un trastorno únicamente biológico.



**Figura 2. Algoritmo sugerido por el Consenso Latinoamericano para el manejo de las DTR.**

Fuente: Tamayo, J. M., Rosales-Barrera, J. I., Villaseñor-Bayardo, S. J. & Rojas-Malpica, C. (2011). Consenso latinoamericano basado en la evidencia sobre el diagnóstico y manejo de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento. (p. 271) *Revista Salud Mental*. (Abreviaturas: ADT, Antidepresivo Tricíclico; ASG, Antipsicótico de segunda generación; TEC, Terapia electro-convulsiva)

## **1.6 Prevalencia y comorbilidad**

Es importante conocer la prevalencia de la depresión para poder ser consiente acerca de la magnitud e importancia de dicho problema hoy en día. Los siguientes datos están basados en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica<sup>2</sup>, que como señala Wagner, González-Forteza, Sánchez, García & Gallo (2012), es una fuente de información muy certera acerca de la depresión en México, realizada entre 2001 y 2002.

De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta y en concordancia con Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora (2013, p. 75), 9.2% de la población mexicana ha tenido un trastorno depresivo en la vida. De acuerdo con datos recientes la depresión es la 5a. causa de discapacidad en el mundo y es alrededor del 4% de la carga total de enfermedades. Los desórdenes depresivos afectan al menos al 20% de mujeres y 12% de hombres en algún momento durante su vida (Guadarrama, et. al., 2006, p. 2). La depresión es por lo tanto una preocupación a nivel mundial, ya que ocasiona cierto grado de discapacidad a quien la padece y según señalan Kessler et al., citado por Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora (2013 p. 75), a nivel mundial una de cada cinco personas llegará a padecer algún trastorno antes de cumplir 75 años.

En un estudio realizado en 4 ciudades la república mexicana, se estimó que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos y que cerca de la mitad los presentó en el

---

<sup>2</sup> Se trata de una encuesta con una muestra probabilística y representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad, que incluyó a 5 782 participantes. Los datos se recolectaron por medio del Composite International Diagnostic Interview Schedule (CIDI-Versión 3.0) en entrevistas estandarizadas y que se realizaron cara a cara por personal entrenado específicamente para ello y con auxilio de tecnología computarizada. El CIDI operacionaliza las definiciones del ICD-10 y del DSM-IV para los trastornos psiquiátricos más frecuentes, y cuenta con características psicométricas aceptables.



último año (6.1%). Se llegó a la conclusión de que el sexo, la edad y el nivel educativo tienen que ver con la prevalencia de depresión en el «último año». (Wagner et al., 2012, p. 4))

La Organización Mundial de la Salud hizo un comparativo de varios países y encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres y que la depresión y género no varía entre países de acuerdo con el ingreso, (Wagner et al., 2012, p. 4), es posible que afecte en mayor grado a mujeres dadas las presiones sociales o estigmas de estereotipos que se les son impuestas.

Como menciona Wagner et al. (2012 p.2), se ha encontrado relación entre el trastorno depresivo y otras enfermedades:

Los ejemplos abundan en cuanto a diversos padecimientos comórbidos con la depresión, entre los que se incluyen enfermedades del corazón, diabetes mellitus, hipertensión arterial, desnutrición, enfermedad de Parkinson, síndrome de intestino irritable, trastorno de ansiedad, suicidio e ideación suicida y complicaciones en el tratamiento de cáncer, entre otros.

En México las enfermedades cardiovasculares son cada vez las más comunes, dejando a la población mexicana en mayor vulnerabilidad de padecer dicho trastorno, lo cual debe dirigir a los especialistas en salud mental a buscar un tratamiento efectivo.

## **2. EPISTEMOLOGÍA DEL EQUIPO REFLEXIVO**

La gran mayoría de los casos de depresión son tratados desde un enfoque médico mediante el uso de psicofármacos e incluso se ha mecanizado dicho proceso creado algoritmos, utilizando para su diagnóstico el manual DSM- IV o CIE-10, es por eso que esta tesina busca una alternativa en cuanto al tratamiento que se le ha dado al TDM, dentro de esta propuesta se utilizan diversas herramientas de la terapia familiar sistémica y una de ellas es justamente el equipo reflexivo, sin embargo antes de explicar dicha herramienta es importante conocer la epistemología de ésta para conocer las raíces de dicho concepto, facilitando así su comprensión pero ¿qué es la epistemología? según Feroso (2007, p.1) la epistemología se define como: “Una disciplina filosófica que estudia el conocimiento, sus clases, sus condiciones, su posibilidad y su realidad... La epistemología trata de los contenidos del pensamiento, de su naturaleza y de su significado”. La epistemología del equipo reflexivo es la cibernética, la hermenéutica y el construccionismo social.

## **2.1 Cibernética**

Según la definición de Wiener (1985) la palabra cibernética denota el arte de guiar y es ampliado como la capacidad de controlar y de poder comunicar al animal y la maquina. La cibernética es por lo tanto una “teoría de las maquinas”, pero no estudia objetos sino modos de comportamiento. No pregunta ¿Qué es esto?, sino ¿qué hace?

La cibernética se ha dividido en dos tipos, según Kenney (2002) Heinz Von Foerster diferencia a la cibernética de primer orden como la cibernética de los sistemas observados, también llamada cibernética simple, es decir, en donde el observante no juega ningún papel en el sistema; y la de segundo orden conocida como la cibernética de los sistemas observantes o cibernética de la cibernética, en este tipo de cibernética se considera que el observante juega un papel en el sistema y por lo tanto lo modifica.

(1) La cibernética simple o de primer orden. Se centra en estudiar la realidad externa, es decir, lo que se observa de algún fenómeno, pero no toma en cuenta a la actividad cognoscitiva de los participantes del fenómeno. Este tipo de cibernética se suele comparar con “las cajas negras” de los aviones donde sólo se hace un registro interno de lo que entra en un sistema (input) y lo que sale (output). La cibernética de primer orden sostiene que el observador se mantiene fuera del fenómeno observado y su objetivo consiste en encontrar las secuencias de acción redundantes entre input y output.

Kenney (2002), menciona que aunque la cibernética de primer orden aparenta ser incompleta, no es descartable completamente y puede ser útil en muchos casos, por ejemplo cuando la corte le encomiende la tarea a un terapeuta de observar un adolescente delincuente, es

útil una visión de “caja negra” ya que no se busca una intervención. En cuanto a la cibernética de segundo orden Kenney (2002) explica:

- (2) La cibernética de la cibernética o de segundo orden. Acepta o considera el rol del observador como constructor de la realidad que se está observando, por lo tanto él está interpretando la realidad con base a su subjetividad, es decir, el sistema observado no es independiente a cómo lo está organizando el observador. Por lo tanto el observador está integrado como una parte del sistema observado y puede ajustar o recalibrar el sistema.

La cibernética nos permite reflexionar acerca del papel que un observador juega en el momento en que se está viendo un sistema, ya que es importante considerar que cuando se interpreta un sistema, se está involucrando la subjetividad del espectador, lo cual dirige a la hermenéutica.

## **2.2 Hermenéutica**

La hermenéutica tiene una historia muy antigua, se remonta desde Grecia donde era considerada el arte de la interpretación de mensajes de los dioses hacia los hombres, durante el renacimiento surge como disciplina en la interpretación de la Biblia, posteriormente a saberes afines como la gramática, la lógica, la retórica e incluso la jurisprudencia. Por lo tanto no es de extrañar que el término hermenéutica provenga del griego *hermeneutiqué* que corresponde en latín a *interpretari*, el arte de interpretar los textos. (Arráez, Calles & Moreno, 2006, p.173)

Hoy en día la hermenéutica es vista como una corriente filosófica, gracias a la visión fenomenológica de Husserl en el siglo XX (Arráez et al. 2006). Dos de los grandes exponentes de la hermenéutica que resaltan en la historia son Gadamer y Ricoeur. Mientras que la cuestión de Gadamer es ¿qué es lo que nos sucede cuando comprendemos?, la de Ricoeur es ¿Cómo debemos interpretar? (Navia & Rodríguez, 2008).

Esta disciplina, arte, o ciencia, ha despertado pasión en diversos autores dada su complejidad filosófica, ya que la interpretación implica la comprensión, es decir, un proceso de profundizar en el texto que es polisémico, con significados múltiples (Beuchot, 2008), durante este proceso no es posible separar sus partes, ya que este acto puede alejar de la intención del autor (Alcalá, 2002).

En la interpretación tenemos:

- 1) El texto
- 2) El autor
- 3) El interpretador. (Suele añadirse el código o el contexto).

El intérprete busca descifrar el contenido que dio el autor o escritor al texto y colocarlo en su contexto, por eso no hay que separarlo por partes, tomando en cuenta que inevitablemente al interpretar se le está dando un matiz subjetivo dadas las experiencias de cada persona, es por esto que Alcalá (2002) señala, la hermenéutica es creativa, incluso especulativa y por este método podemos llegar al conocimiento o por el contrario hacer una interpretación errónea, pues no todas las conjeturas son acertadas.

### **2.3 Construccinismo Social**

Antes de 1966 el modernismo era un paradigma muy rívido en la ciencia, el cual postulaba la existencia de un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva, bajo esta concepción no se permitía el sentido común, el conocimiento era representativo de un mundo objetivo, que existe con independencia de la mente y los sentimientos: es verificable, universal y acumulativa (Reyes & Tapia, 2008), hoy en día algunos aún sostienen esta visión, sin embargo ahora existen visiones que la contradicen y una de ellas surgió justamente en 1966 gracias a un libro escrito por Peter Berger y Thomas Luckmann llamado *La construcción social de la realidad* (Álvaro, Garrido, Schweiger & Torregrosa, 2007).

Los antecedentes filosóficos del construccionismo se pueden establecer desde Friedrich Hegel, Karl Marx y la sociología del conocimiento fundada por Karl Mannheim. Berger y Luckmann parten de las ideas de la sociología fenomenológica de Schutz, el cual se centra en cómo todos poseemos un sentido común de la realidad social cotidiana, que construimos gracias a la interpretación que hacemos de “nuestras interacciones simbólicas”; también los influyeron otros autores y corrientes de pensamiento de las ciencias sociales, como son el interaccionismo simbólico de Mead, la teoría de la acción social de Weber, el pensamiento dialéctico de Marx y la sociología objetiva de Durkheim (Álvaro et al., 2007). Para comprender mejor en qué consiste el construccionismo se utilizarán las palabras de Tojar (2006, p. 69):

Filosóficamente el construccionismo es contrario al *esencialismo*. La esencia es algo real en sentido absoluto. Es lo que existiría en ausencia de toda clase de interpretación cultural. Si para definir un término se pudieran borrar todas las ideas previas e influencias culturales se estaría concretando la esencia.

Por lo tanto es imposible hablar de una realidad que no esté influenciada por la cultura y la historia. El construccionismo se desarrolla a partir de la idea central y contraria al modernismo

de que no existe una sola realidad objetiva que pueda ser descubierta. Para el construccionismo la realidad no se descubre sino que se construye. Por lo tanto, dado que cada persona tiene su propia historia de vida y diversas experiencias e interacciones pueden referirse a una misma realidad construyendo e inclusive reconstruyéndola de manera diferente. El conocimiento de cada persona se construye en base a las interacciones sociales con personas que a su vez también tienen sus propias interpretaciones del mundo que les rodea (Tójar, 2006).

El lenguaje es un factor clave para el construccionismo social, ya que gracias a él se pueden compartir ideas, y ser capaz de entrar en la subjetividad de otras personas con las que compartimos el mundo. Para Berger y Lukman en el lenguaje existe cierto grado de objetivación ya que los signos y los sistemas de signos son reglas creadas de manera establecida en la vida cotidiana y por lo tanto son relativamente fijas sin importar la intención de expresiones subjetivas (Álvaro et al. 2007).

Ya que la realidad es una construcción social, se puede concluir que las ideologías vivas y los discursos tienen antecedentes en la historia previa, por lo tanto son construcciones de un marco de interés históricamente determinado. Sería imposible ser parte de una realidad que no está basada en la historia o que no ha sufrido modificaciones junto con ella (Fernández, 2003). Así, para el construccionista social, las teorías sobre el comportamiento humano no se construyen ni se derivan únicamente de la observación, sino que surgen del conocimiento previo e incluso histórico de cada persona y sociedad (Kenneth & Warhus, 2001).

### **2.3.1. Diferencia entre constructivismo y construccionismo**

Es muy común que exista una confusión entre construccionismo y constructivismo, sobre todo porque estas tienen un terreno común, sin embargo es importante reconocer que también albergan diferencias. Dentro de las similitudes se tiene que, ambas corrientes están en contra de la idea modernista acerca de un mundo objetivo, al cual le es posible acceder al ser humano de manera objetiva. Ambas aceptan el lenguaje y el conocimiento como una construcción.

Perce Banett refiere que su mayor diferencia radica en sus niveles de estudio, ya que por un lado el constructivismo estudia la parte biológica del conocimiento y el aprendizaje y la gran diferencia radica en que postula que el conocimiento es creado por el sujeto por sí solo, mediante un proceso meramente interno, esta ideología entra en contraste con la base de la ideología del construccionismo social, que defiende que el proceso cognoscitivo (ideas, conceptos y recuerdos) se da a partir del intercambio del sujeto con su medio, mediante el lenguaje y el diálogo, por lo tanto es un proceso que si bien implica una parte interna del sujeto, se logra gracias a la interacción externa. El construccionismo social y el constructivismo, bajo su base postmodernista influenciaron las teorías psicológicas, entre otras disciplinas y también determinaron la manera de hacer terapia (Molina & Romero, 2004).<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Como menciona Caro (1997), para un terapia modernista el sujeto es un sistema activo (más bien reactivo) que al descubrir la realidad hace invenciones poco válidas. Por eso le enseña al paciente a descubrir formas mejores, más validas, de ver las cosas. Bajo la perspectiva construccionista, para un terapeuta postmoderno, el sujeto es activo (más bien proactivo) que inventa, no descubre la realidad, y le enseña al paciente formas alternativas, más viables de conocer. Para un terapeuta modernista, el lenguaje refleja la realidad. Para un terapeuta postmodernista, el lenguaje construye la realidad.



### **3. EQUIPO REFLEXIVO**

#### **3.1. Surgimiento del equipo reflexivo**

El equipo reflexivo es una herramienta psicoterapéutica, que se ubica dentro de la terapia sistémica, ya que está basada en la cibernética, la hermenéutica y el construccionismo social. Dentro de la terapia familiar sistémica, el equipo reflexivo se ve influido enormemente por el enfoque de Milán, ya que, Andersen (1994), quién fue el iniciador de esta herramienta, se basa en los principales exponentes del enfoque de Milán. Según Eguiluz (2004) en el enfoque Milanés se trabaja bajo la hipótesis de que la familia es un sistema con reglas fijas que se van aprendiendo por ensayo y error entre lo que está permitido y lo que no y toda conducta verbal o no verbal afecta a cada miembro del sistema, por lo tanto si se cambiaran las conductas patológicas de la familia se podría cambiar las conductas sintomáticas, ya que, como menciona Jiménez (2005), una de las suposiciones fundamentales es asumir que “la mente es social”.

El equipo reflexivo está ubicado dentro de los enfoques con ideas conversacionales, que se distinguen porque en la terapia todo lo que hace un terapeuta y un cliente se entiende en términos de historias contadas y vueltas a contar. Se dice que la conversación facilita la construcción o reconstrucción de la experiencia incluyendo: pensamientos, emociones, acciones, intenciones y motivaciones, lo cual tiene sentido bajo los postulados del construccionismo social. Es así como se explica que la persona pueda reconstruir su relato de vida por medio de la reconstrucción de sus propias experiencias. Goolishian y Anderson creen que el cambio en terapia no es la resolución de problemas como en otras posturas sino el restablecimiento del sentido mediante el desarrollo de nuevas narrativas (Aguilar, 2010). El surgimiento del equipo

reflexivo se dio en Noruega, país donde residía Tom Andersen (médico psiquiatra), quien fue el iniciador del equipo reflexivo.

Tom Andersen (1994) fija varias etapas en las cuales va surgiendo la idea del equipo reflexivo: La primera va de 1974 a 1984, cuando entra como profesor de psiquiatría social en la Universidad de Tromsø, en ésta etapa rompe con la habitual línea de trabajo y organiza un grupo de siete profesionales para cooperar con la primera línea<sup>4</sup>. También comenzó a trabajar con el mismo grupo en un programa de “terapia familiar en orientación sistémica”, poniéndolo en contacto con algunas de las personas icónicas en el campo de la terapia familiar como Lynn Hoffman, del Instituto Ackerman en Nueva York, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin de Milán y Phillipa Seligman y Brian Cade de Cardiff, de Gales, lo cual lo llevó a tener mayor interés en el estilo milanés, que se caracteriza porque la atención se centra en el proceso de la entrevista más que las intervenciones. La siguiente etapa abarca de 1984 a 1987, durante este periodo se formaron equipos formados de psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, etc. Ya que los integrantes en su mayoría conocían a Cecchin y Boscolo, estaban interesados en seguir su línea de trabajo, lo cual lo acercó más a las prácticas sistémicas.

Andersen (1994) narra que la idea se concretó en marzo de 1985, durante una sesión dirigida por un médico y en la cual no se lograba avance con una familia, mientras tanto Andersen y su equipo observaban del otro lado de un espejo. Mediante un equipo de micrófonos que se conectaban con la habitación donde se encontraba la familia, decidieron compartir sus ideas, tanto él como su equipo, preguntándole previamente a la familia si estaba de acuerdo con éste cambio en la sesión y así fue como se concretó esta práctica.

---

<sup>4</sup> Como explica Andersen (1994), en Noruega, los servicios médicos se organizan en “la primera línea” que consiste en la medicina general y cuando es necesario interviene “la segunda línea” que consiste en medicina especializada, (psiquiatras, psicólogos, enfermeras psiquiátricas, asistentes de salud mental, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas).

Esta nueva forma de trabajo, fue lo que posteriormente se conocería como equipo reflexivo. Como señala Andersen (1994) este nombre está basado en el significado en francés de *réflexion* al igual que la palabra noruega “refleksjon”, es decir, “algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta.”

### **3.2. Influencias del equipo reflexivo**

Andersen (1994) explica algunos conceptos que le ayudaron a desarrollar el equipo reflexivo. El primer autor del que tomo sus bases fue Bateson, quién postulaba que existen diferencias en el entorno que son captadas por los sentidos, algo que se percibe distinto en el entorno es lo que Bateson llama “establecer una diferencia” y una diferencia a lo largo del tiempo es un cambio. Por lo tanto, se basó en la idea de Bateson “la diferencia que hace la diferencia”, que busca encontrar esa diferencia que pueda ser captada y que permanezca.

Otra influencia para desarrollar su idea de *apertura* como señala Ángeles & Ramírez (2007), la tuvo de Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, dicha idea consiste en la oportunidad que tiene el terapeuta de conocer mediante preguntas la forma en la que la familia organiza su sistema de pensamiento y desde donde se podrían abrir nuevas posibilidades de cambio con base a la organización e ideas. Así mismo retoma la noción de Cecchin de *neutralidad*<sup>5</sup> vista como un estado de curiosidad por parte del terapeuta, en el que el terapeuta no crea concepciones sino se

---

<sup>5</sup> Cabe aclarar que esta noción de neutralidad es diferente a al concepto de neutralidad que refiere Karl Tomm, que se abarcará más adelante.

sumerge al modo de pensar en la familia y por medio de preguntas trata de profundizar cada vez más.

Por otro lado Andersen (1994) siguió el trabajo de dos fisioterapeutas: Bülow- Hasen y Ovreberg. A ellas les interesaba relajar la tensión muscular y observaron que entre otros factores esta tensión ocurre cuando el aire se exhala, es decir, cuando una persona experimenta condiciones que le desagradan, ésta restringe la exhalación, por lo tanto se tensa, y una forma de limitar la exhalación es limitando la inhalación. Cuando se limita la inhalación se suelen utilizar músculos del cuerpo que tienen una función de flexión: cuello, hombro, cadera, etc. Bülow-Hansel trabajaba sobre estos músculos flexores, induciéndoles dolor, esperando que así se lograra una extensión de esa parte del cuerpo y que a su vez estimulará la inhalación, reduciendo así la tensión del músculo. Es importante seguir el masaje hasta que los movimientos del pecho se detengan, lo cual indica que el masaje debe parar. Por lo que la estimulación (pellizco) debe ser suficientemente fuerte para provocar la respuesta respiratoria requerida (dolor), pero si sus manos provocan demasiado dolor, el cuerpo responde deteniendo los movimientos respiratorios y si son demasiados débiles, nada ocurre.

Es así como Andersen relacionaba las conversaciones con el masaje provocado por las fisioterapeutas que debía ser demasiado fuerte para provocar dolor, la gente tiene que verse expuesta a preguntas suficientemente inusuales para producir un cambio. Pero al igual que el dolor demasiado fuerte detiene los movimientos, preguntas (demasiado) inusuales, provocan que la persona se “cierre” para proteger su integridad. Por lo tanto hay tres tipos de diferencias pero sólo una de ellas causa una diferencia, la “apropiadamente diferente”.

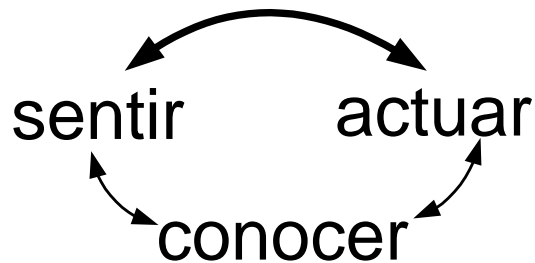
Otra importante influencia según Andersen (1994) viene de los constructivistas Humberto Maturana y Francisco Varela, quienes en 1972 explican que aunque una persona tiene una

formación biológica determinada, ésta se modifica debido a que debe de adaptarse, sin embargo mantiene funciones básicas. Extrapolando esta explicación a las personas, se observa que actúan de diferentes maneras según las conductas de su repertorio pero sigue siendo la misma persona, pero si las personas se exponen a una situación perturbadora, para la cual no tenemos una respuesta, podemos actuar de dos maneras: aislarnos de la perturbación, –protegiéndonos a nosotros mismos– o conservando nuestra organización, esto sería conservando la integridad; o si se permite que tal perturbación externa ingrese en nuestra ordenación, hay una desintegración.

Al igual que ocurre con las respuesta de los músculos flexores y la respiración, nuevamente es importante estar pendiente de los signos que nos puede dar una persona, cuando una conversación toca temas que son poco usuales para que no haya una desintegración. Para continuar una conversación debemos respetar la necesidad básica de una persona de conservar su integridad.

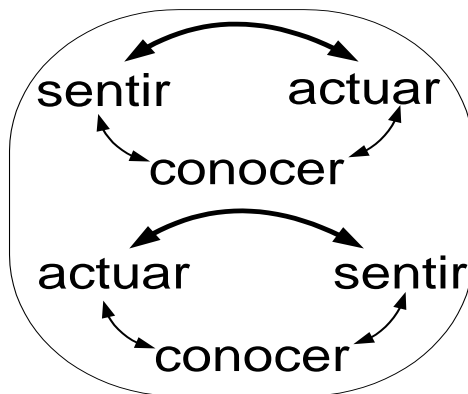
Por otra parte, Andersen (1994) menciona que cuando una persona describe a otra, nos referimos a un sistema de observación, en un sistema de observación cuando dos personas describen una misma situación, es probable que tengan descripciones diferentes de la situación, debido a que cada persona genera las explicaciones con base a su subjetividad. Con base en la cibernética, la persona que describe a otra tiene una participación en el sistema de observación, influyendo en lo observado y descrito, por lo tanto se convierte en parte del sistema. Durante el trabajo clínico se deben de aceptar todas las descripciones de una situación, puesto que ninguna es errónea o acertada, sólo son generadas en base a las experiencias de cada quien. Esto es a lo que se llama multi-universo, es decir, un fenómeno que puede describirse y comprenderse de diferentes maneras.

Otra influencia importante es el concepto de “conversación interna” del sociólogo noruego Stein Braten: diferencia dos partes una es “yo” y la otra es “yo virtual”, que le permitió a Andersen (1994) diferenciar tres partes de dicha conversación: el sentir, el conocer y el actuar, estos tres elementos conforman un proceso como se observa en la figura 3.



**Fig. 3. Diagrama del proceso de los diálogos**

El diagrama representa lo que Andersen deduce que ocurre en la llamada “conversación interna” y que él ve como un ciclo el cual permite al individuo conservar su integridad. Andersen (1994) considera que este ciclo se puede expandir a partir de la combinación del proceso interno, con otro proceso interno de otra persona como se observa en la figura 4.



**Fig. 4. Diagrama de los diálogos “internos” y “externo”**

De lo anterior, Andersen propone dos tipos de cambios, el “cambio” representa la base de sus postulados. El primer cambio en la conducta es resultado de consejos o imposiciones externas, por lo tanto posiblemente atenta contra la integridad del individuo. El otro cambio no es impuesto, sino por el contrario lo genera el individuo por sí solo a través del proceso conocer y del sentir y a partir del intercambio de ideas con otras personas le permiten ampliar su repertorio sin amenazar su integridad, aceptando aquellas que no vayan contra sus ideas.

Para lograr que las personas conserven su integridad es importante permitir el “no” a los clientes<sup>6</sup> y también se propone utilizar términos como “gustar y cómodo” en las preguntas, por ejemplo: ¿de qué manera le gustaría utilizar esta sesión? Y ¿Cómo se sentiría más cómodo? Para él, las conversaciones permiten el intercambio de diferentes significados y para asegurarse que este intercambio no se desvirtúe se propone una pequeña pausa antes de hablar (actuar) a fin de permitir reflexionar sobre el discurso y una pequeña pausa antes de escuchar (sentir) y retoma la frase de Harold Goolishian “tienen que escuchar lo que les dicen realmente y no lo que ellos quieren decir en realidad” (Andersen, 1994, p. 52), esto significa que es importante no crear suposiciones a partir de lo que escuchamos. También se propone el uso de preguntas que den la posibilidad de una respuesta que no se pueda contestar con un simple sí o no, el uso de preguntas evita también la imposición de consejos que puedan ocasionar la desintegración en el sujeto, esta idea está influida por Penn, Goolishian y Anderson.

Aunque Andersen tiene una visión postmodernista, ya que le da una vital importancia al diálogo como constructor de la realidad, menciona no poder identificar el momento exacto en qué comenzó a tener esta postura, señala que sucedió cuando se interesó más en los significados que los clientes atribuyen al cómo y al qué, es decir, al uso del lenguaje, fue justamente Kenneth

---

<sup>6</sup> A partir de esta parte del trabajo se utilizará el término “cliente” ya que el término “paciente” es utilizado por el enfoque médico para referirse a una persona enferma.

J. Gergen quien lo influenció en la concepción de que el lenguaje permite al individuo un conocimiento general de su alrededor (prejuicio), por lo tanto ellas son creadoras del significado a través de este lenguaje. Heidegger, llama pre-comprensiones a aquellas formas que nos permiten conocer el mundo y que se caracterizan por estar influenciados por la forma en que comprendemos el mundo (Ángeles & Ramírez, 2007).



### 3.3 Elementos constitutivos del equipo reflexivo

Durante la entrevista es importante entender las principales pautas de Tom Andersen para ésta, las cuales –como se mencionaba anteriormente– están basados en una visión de cibernética de segundo orden. Como se observa en la figura 5, las pautas están basadas en el construccionismo social, ya que buscan una reconstrucción a partir del dialogo. Bajo la premisa de la importancia del diálogo en la creación de significados, Ángeles & Ramírez (2007) señalan que la tarea del terapeuta es lograr que mediante el diálogo las personas comprendan cómo dieron origen a los significados de sus situaciones mediante las preguntas “apropiadamente inusuales”.

TOM ANDERSEN	
Pregunta básica	¿Cómo pueden los profesionistas invitar a sus clientes a tener los tipos de relaciones y conversaciones que les permitan a todos los participantes tener acceso a su creatividad y desarrollar posibilidades donde estas parecían no existir antes?
Relaciones de colaboración	Las respuestas de las personas que conversan crean su contexto de relación
	Una relación que en que las personas se conectan y crean juntas
	Una actividad social (una sociedad, comunidad y proceso) en el que todos los miembros sienten que participan y son “dueños del proceso”
Conversación dialógica	El diálogo es un proceso de tratar de entender al otro
	Entender es un proceso (inter)activo no pasivo
	En vez de entender las palabras de otra persona desde una teoría, tratamos de entender respondiendo para entender
	Checa si has oído lo que el otro quiere que oigas
	Desarrolla comprensiones locales que vengan del interior de la conversación
	Aprende lo que es único en el otro y nota lo que aún no ha sido notado
	No se puede conocer a una persona ni sus circunstancias a priori
	No se puede conocer su desenlace por anticipado
	Saber antes de tiempo puede inhibir nuestra habilidad para aprender lo que es único y novedoso

**Figura 5. Principales postulados de Tom Andersen**

Fuente: Anderson, H. (2008, junio). Innovaciones en el proceso reflexivo. En taller en homenaje a Tomm Andersen. Documento presentado en la reunión *Adventures in collaborative practices: Relationships and conversation that makes difference in therapy, research, training and organizations & across cultures* (p. 3) Riviera Maya, México.

Andersen (1994) propone una serie de pasos para el equipo reflexivo, el primero de ellos es el contacto con la familia ya sea por una llamada telefónica o un profesional, este profesional puede ser posteriormente el entrevistador durante las sesiones o puede ser co-terapeuta o si así lo prefiere ser parte del equipo, es importante que para evitar la realización dos entrevistas distintas, sólo un profesional haga el primer contacto en el cual se acordará cuales miembros de la familia podrían estar en la primer entrevista. Durante la sesión, el terapeuta dirigirá la encuesta, y el equipo reflexivo se encontrará, regularmente, atrás de un espejo unidireccional, compuesto por tres personas. Cabe aclarar que el espejo no es necesario y que el número de miembros de este equipo no siempre es el mismo.

Durante la sesión el terapeuta, le puede dar la palabra al co-terapeuta, (en caso de que haya uno), para evitar interrupciones y los miembros del equipo reflexivo deben evitar hacer contacto visual con la familia (sistema) en el caso de que compartan el espacio y no haya un espejo unidireccional. Mientras el equipo escucha la entrevista deben evitar hablar entre ellos, ya que para Andersen esto limita la posibilidad de generar nuevas ideas. (Andersen, 1994).

Cuando termina la entrevista se le pregunta a la familia si están listos para escuchar algunas ideas de los miembros del equipo que está al otro lado del espejo, dejando claro que cada miembro tendrá su propia versión y que no existirá ninguna final u objetiva. Si los miembros de la familia no acceden se les puede dejar solos para que discutan las opciones y que elijan la forma que se sientan más cómodos. Andersen propone que después de que la familia haya elegido la forma, se les pide el permiso para filmar, aquí surgen los primeros antecedentes de lo que posteriormente se abordará como video-reflexión.

Hay dos formas para iniciar la participación del equipo reflexivo. El entrevistado puede pedirle al equipo reflexivo que dé sus ideas o los miembros del equipo pueden hacerle saber que

ya tienen ideas sobre la situación. Andersen (1994) propone entre una o dos intervenciones del equipo reflexivo y una duración de aproximadamente unos cinco o diez minutos, todo depende de las observaciones que haga el terapeuta de las reacciones en la familia al escuchar las reflexiones. Normalmente no hay interrupción del equipo, a menos que las reflexiones se vuelvan tan duras para la familia que no puedan soportarlas, por eso Andersen hace un fuerte hincapié en estar atento de los signos. Andersen (1994, p. 70-74), propone algunos tipos de preguntas reflexivas:

- Preguntas sobre descripciones

Es importante hacer preguntas que faciliten la comparación, ya que generan perspectiva en el fenómeno, algunas variaciones en este tipo de preguntas son:

- ❖ En comparación con:
  - ¿Cómo está ahora comparado con entonces? (diferencia a lo largo del tiempo, cambios).
  - ¿A quién le gustó más?
  - ¿Quién estaba más preocupado? (al describir el fenómeno como parte de una relación).
  - ¿Quién hizo, que?
  - ¿Quién ayudo más? (al comparar las soluciones que se intentaron)

- ❖ En relación con:
  - ¿Cuáles fueron las circunstancias?
  - ¿Quién participó?
  - ¿Quién de los presentes no participó?

- ❖ Diferente de:
  - ¿Cuándo comenzó?
  - ¿Cuándo empeoró?
  - ¿Cuándo disminuyó? (diferencias antes y después de un momento determinado).

Si la gente rechaza decididamente las preguntas sobre la diferencia, uno puede preguntar sobre la tendencia a la similitud:

- ¿Siempre fue así?
- ¿Surgió por si solo?
- Preguntas para sonsacar explicaciones.

Las preguntas para sonsacar explicaciones que no pueden contestarse, también pueden ser muy buenas preguntas en el sentido de que crean una curiosidad y fomentan la búsqueda de respuestas.

- ¿Cómo puede explicar eso?
- ¿Cómo puede entenderse?
- ¿Cómo pudo haber ocurrido en ese momento?

Al describir un cambio (una diferencia a lo largo del tiempo), al formular este tipo de preguntas, nos podemos preguntar ¿Cuál es la diferencia que hace la diferencia? O ¿Cuál es la diferencia que hizo la diferencia para mal, o por el contrario, para bien?

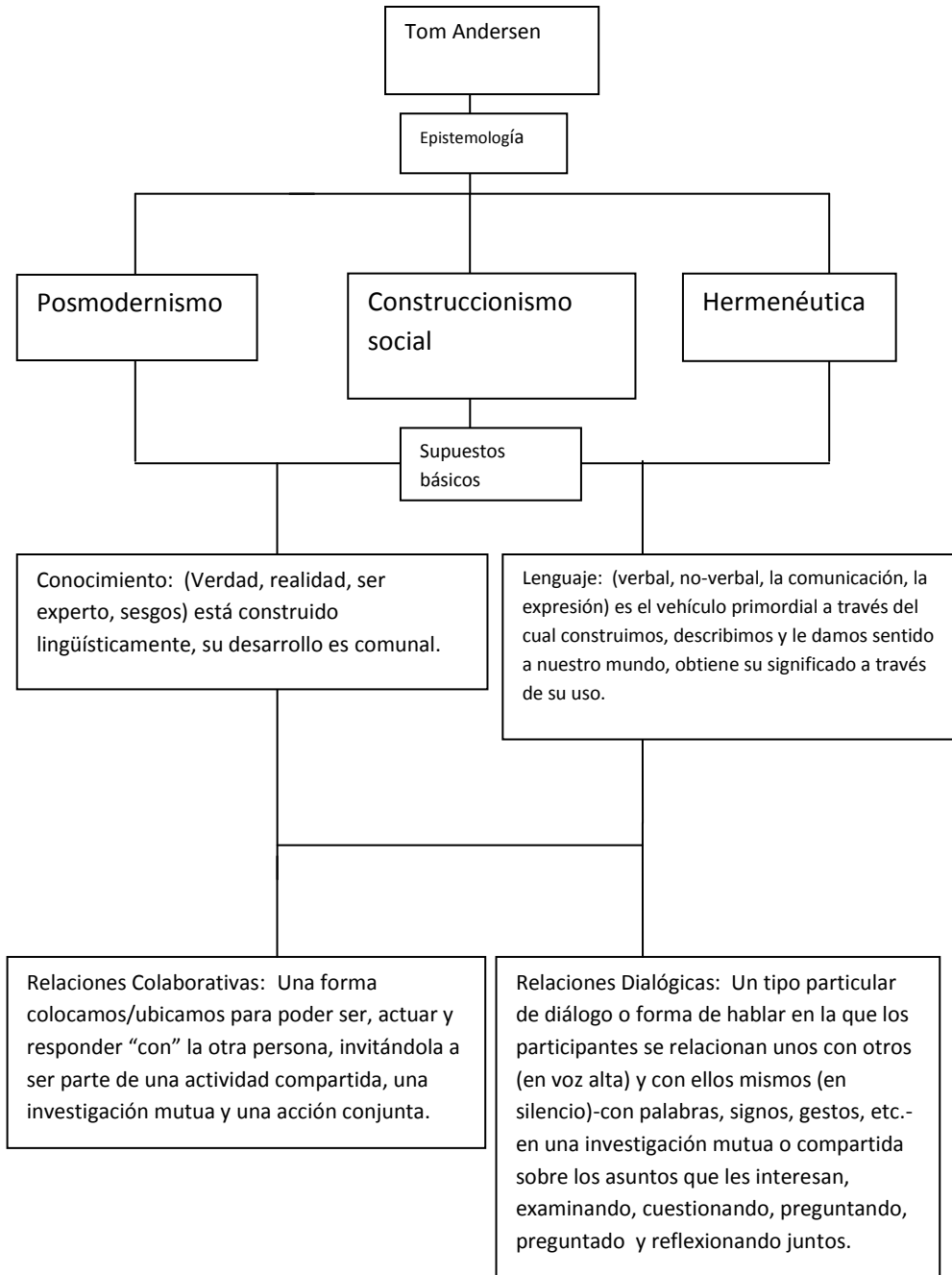
- Preguntas sobre las distintas conversaciones.

Las descripciones dobles o múltiples son extremadamente útiles para salir de una situación difícil. Estas aparecen cuando hay intercambio de ideas sobre las distintas descripciones. El problema aparece cuando este flujo de intercambio se frena. Por lo tanto las preguntas sobre conversaciones pasadas, presentes y futuras son significativas. Ejemplos:

- ¿Quién habló con quien sobre qué tema y de qué manera?
- ¿Qué significado tienen esos temas y que significan las soluciones al problema?
- ¿Hasta qué punto los significados son compatibles?
- ¿Quiénes pueden en este momento hablar entre sí sobre estos temas?
- ¿Quiénes no pueden hacerlo? ¿Cómo puede explicarse?

Terminando la intervención del equipo el entrevistador comienza hacer preguntas abiertas como: ¿Existe algo de lo que escucharon sobre lo que les gustaría dar un comentario o hablar? Andersen (1994) menciona que existen pocas reglas a seguir, más bien, las reglas se refieren a las cosas que no se debe hacer: no hacer reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto de la conversación y no dar connotaciones negativas.

Finalmente cabe mencionar que Tom Andersen ha logrado consolidar algunos supuestos básicos a su teoría que facilitan la comprensión, como se observan en la figura 6 estos conceptos tienen la visión del posmodernismo, el construccionismo social y la hermenéutica.



**Figura 6. Innovaciones de Tom Andersen**

Fuente: Anderson, H. (2008, junio). Innovaciones en el proceso reflexivo. En taller en homenaje a Tomm Andersen. Documento presentado en la reunión *Adventures in collaborative practices: Relationships and conversation that makes difference in therapy, research, training and organizations & across cultures* (p. 1-2) Riviera Maya, México.

## **4. EPISTEMOLOGÍA DEL PROCESO DE VIDEO-REFLEXIÓN**

El proceso de video-reflexión es la segunda herramienta en la cual se basa la propuesta de intervención de este trabajo, a continuación se revisará la epistemología de esta técnica.

### **4.1 Lingüística**

#### **4.1.1 Definición**

La lingüística estudia el lenguaje, el cual sólo se manifiesta en los seres humanos permitiéndoles hablar entre sí y consigo mismos, por lo tanto es la base del pensamiento humano, no es posible conectar dos ideas o estructurar una sola sin la ayuda del lenguaje, de ahí que sea centro de nuestra vida intelectual y social (Martínez, 1998, p. 1). El lenguaje debe vincularse a las llamadas lenguas, que son conformadas por la comunidad con base a la historia de ésta, y se modifican a lo largo del tiempo, lo cual abre un nuevo campo de estudio, es así, como la lingüística también estudia las lenguas (Jiménez, 2010).

A lo largo de la historia la lengua no ha sido concebida de la misma manera y también es importante resaltar que la preocupación por el estudio del lenguaje y la comunicación ha existido en todos los tiempos, prueba de esto es que los primeros estudios del lenguaje fueron realizados por los griegos sobre su propio idioma, posteriormente los árabes desarrollaron una teoría gramática basada en el Corán, que mas tarde fue copiado por los judíos para generar una gramática hebrea (Yáñez, 2007, p. 14).

La lingüística –junto con el método científico– nació a principios de siglo XX: desde Saussure, el lenguaje se concibe como una disciplina susceptible al análisis, es decir, que mantiene normas para su estudio; de forma más importante, desde entonces se considera que la comprensión que tiene el ser humano de la realidad, está ligada al uso de signos verbales: los cuales son contruidos por los individuos (Reyes, 1994).

#### **4.1.2. Lenguaje, acto lingüístico y lengua.**

La lengua es el objeto de la lingüística, sin embargo es importante diferenciarla del lenguaje. El acto lingüístico y la lengua, se suelen confundir o considerarse lo mismo, y durante una intervención psicoterapéutica, podemos analizarlos cada uno por separado en el discurso del cliente para una mayor comprensión.

El lenguaje se refiere específicamente al conjunto de signos que se utilizan para comunicar ideas y/o emociones entre dos o más personas. Se suele confundir el lenguaje con el acto lingüístico, el cual es una creación única e irreplicable, que abarca todo el proceso de la comunicación, por lo tanto es más complejo (Coseriu, 1983). Para Saussure, era imposible darle una definición al lenguaje, ya que es tanto social como individual y concluye que el lenguaje es en definitiva el conjunto de dos factores: lengua y habla (Martínez, 1998).



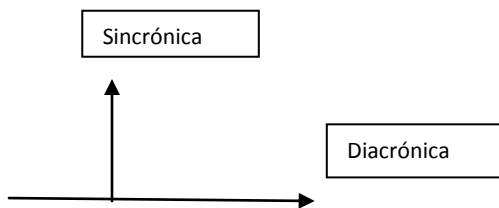
Al respecto de esto Rastier (2011, p. 20), señala:

La cognición reduce el contenido a un pensamiento independiente de la lengua y la expresión a una simple notación, mientras que la comunicación reduce la expresión a un código y el contenido a un mensaje. Se impone entonces en ambos la concepción del lenguaje como instrumento: en el primer caso (derivado de la lógica y desarrollado por el cognitivismo), el lenguaje aparece como el instrumento del pensamiento mientras que en el segundo (derivado de la tradición retórica y retomado actualmente por la pragmática y las teorías comunicativas), el lenguaje es el instrumento de una serie de manipulaciones sociales

Finalmente se define lengua como “el conjunto de los actos lingüísticos prácticamente idénticos de una identidad de individuos, un sistema de isoglosas, convencionalmente establecido, que abarca lo común de las expresiones de una comunidad o también de un solo individuo en distintas épocas” (Cosseriu, 1983, p. 32).

#### **4.1.3. Sincronía y diacronía**

De acuerdo a Saussure citado por Martínez (1998) el estudio de un sistema lingüístico se puede plantear desde una doble perspectiva, como se observa en la figura 7, la lingüística sincrónica y la lingüística diacrónica. Ésta última, estudia la lengua a través del tiempo y su evolución; mientras que la lingüística sincrónica, estudia la lengua en un momento determinado de su evolución, independientemente del tiempo, cuando somos conscientes de esta división podemos entender mejor el papel de los humanos como creadores y modificadores de la lengua.



**Figura 7.**

#### **4.1.4. Niveles de la lingüística**

“La lengua es un sistema social de comunicación mediante signos orales” esta definición resalta la importancia de estos signos orales que indujeron al surgimiento de una disciplina que intenta analizar científicamente la estructura y el funcionamiento de esos sistemas o códigos que son mejor conocidos como lenguas. Esta disciplina es la gramática que para Bosque y Demonte, citados por González (2006, p.3):

Es la disciplina que estudia sistemáticamente las clases de palabras, las combinaciones posibles entre ellas y las relaciones entre esas expresiones y los significados que puedan atribuírseles. Esas propiedades, combinaciones y relaciones, pueden formalizarse de maneras diversas y puede haber por lo tanto muchas gramáticas de la gramática de una lengua.

En los estudios lingüísticos existen varias maneras de entender la gramática, esos “niveles de la lingüística”:

- a) Nivel fonético-fonológico: Es la ciencia que estudia los sonidos del lenguaje, ésta abarca los sonidos del habla completa a diferencia de la fonología que estudia los elementos (letras) (Obediente, 1998).
- b) Nivel morfosintáctico: Se encarga de la estructura de las palabras y sus componentes como sufijos, prefijos, etc. y además del significado que resulta de estas combinaciones (Bosques & Gutiérrez, 2009).
- c) Nivel léxico: Se basa en la organización y significado de las palabras. El nivel léxico es sin duda el más afectado por el fenómeno de variación lingüística, ya que a lo largo del tiempo los significados son reconstruidos o modificados por la sociedad (Álvarez, 2006).

- d) Nivel semántica: La semántica se refiere al conocimiento conceptual, es decir, al conocimiento de los significados globales de un texto (Helm- Estabrooks & Albert, 2005). Sin embargo en este punto se profundizará más adelante.

## **4. 2 Semiótica**

### **4.2.1 Definición**

La semiología, como muchas otras disciplinas tiene sus orígenes con los griegos, la retorica marca el primer indicio de las investigaciones semióticas (Serrano, 1981). Con los estoicos se dio propiamente una teoría semiótica, los estoicos introdujeron tres elementos: el signo o significante (semainon o semeion), el significado o sentido (semainomenon o lekton) y la denotación, referencia u objeto físico (to tynjanon o to pragma). San Agustín incluso hizo una división de los signos<sup>7</sup> (Beuchot, 2004).

Tanto en los avances de la lógica como en la gramática, se encuentran indicios de la semiología, pasando por Aristóteles, los estoicos, los alejandrinos, se encuentran importantes aportaciones de San Agustín, de los gramáticos latinos, de Ramón Llull y de Guillermo de Occam. También importantes aportaciones de los lógicos medievales Descartes y Leibniz.

Fue Jonh Locke, quien le dio el nombre de semiotike a esta disciplina. Leibnitz por su parte buscaba estudiar, comprender y por necesidad construir sistemas de signos, de caracteres y de connotaciones simbólicas para el avance de la lógica y de la ciencia (Serrano, 1981). Finalmente como señala Beuchot (2004) con las aportaciones anteriores fue Charles Sanders

---

<sup>7</sup> Para ampliar sobre el tema véase Beuchot, M. (2004). La semiótica: teorías de los signos, en la historia.

Peirce quien sentó las bases de esta rama, tal y como se conoce en la actualidad y el desarrollo se debe a su continuador Charles Morris. También podemos encontrar múltiples aportaciones en el lingüista Saussure.

Los trabajos de Peirce han arrojado las bases formales de dicha disciplina, para Peirce la ciencia de la semiótica se divide en ramas distintas: la pragmática, que implica al sujeto parlante; la semántica, que implica la relación entre el signo (representamen); la cosa significada (denotatum) y finalmente, la sintaxis que tiene por objeto las relaciones formales entre los signos (Caroniti & Peraya, 1979).

Con la breve reseña histórica anterior, es posible entender el por qué es de vital importancia una disciplina que se ocupe del signo, puesto que el signo abarca una gran cantidad de aspectos vitales para el lenguaje, durante una intervención psicoterapéutica existen diversos signos, por lo tanto es importante ser conscientes de cada uno de ellos para una mayor comprensión del cliente.

Anteriormente ya se ha venido hablando acerca de la lingüística y a la vez, de sus variadas ramificaciones, que se han convertido cada una en objeto de estudio independiente, es así como, no es de extrañarse que para el estudio de los signos, que son la base del lenguaje, haya surgido una disciplina específica, dicha ciencia es la semiótica, que estudia los diferentes tipos de signos y también la forma en cómo surgen, se transmiten y se interpretan. Está relacionada, por lo tanto a la comunicación y a la significación e inevitablemente a la acción humana. La semiótica tiene varias divisiones las cuales es importante conocer, ya que debido a sus amplias aplicaciones se podría dar una confusión sobre cual tipo de semiótica se utiliza para analizar las conversaciones terapéuticas (Serrano, 1981).

Las divisiones son las siguientes:

- a) Semiótica teórica: define los conceptos básicos de lo que refiere al signo.
- b) Semiótica descriptiva: Se encarga de analizar y describir la comunicación, para esto, divide y clasifica. Cuando se habla de comunicación se hace referencia a frases, actos lingüísticos, y no lingüísticos, secuencias de sonido o imágenes, o todas ellas mezcladas.
- c) Semiótica aplicada: La semiótica tiene una gran cantidad de aplicaciones en diferentes disciplinas. Es por esto que encontramos semiótica del cine, de la lengua, del vestido, etc., sin embargo el dominio más importante en la semiótica es a la vida cotidiana.

#### **4.2.2. Diferencia entre semiótica y semiología**

La semiótica es una disciplina que entró al campo de las ciencias a principios del siglo XX, gracias al filósofo americano Charles S. Peirce –por una parte–, y por el lingüista ginebrino Ferdinand Saussure, es a partir del decenio de 1960 que comienza a institucionalizarse. Ciertos teóricos utilizan los dos términos, semiótica y semiología simultáneamente.

Saussure veía a la semiología como la ciencia general de todos los sistemas de signos (o de símbolos) gracias a los cuales nos podemos comunicar. Para Peirce el signo carecía de importancia si no había un intérprete que le diera sentido y provocará una reacción en el destinatario, por lo tanto la semiología puede definirse como el estudio de los procesos de comunicación, es decir, de los elementos utilizados para influir a los otros y que son reconocidos como tales por aquel que se busca influir (Caroniti & Peraya, 1979).

Por lo tanto a la semiología se le puede dar una acepción más general y a la semiótica una más particular. Para algunos teóricos la semiología designa, en efecto, a la disciplina que cubre todos los tipos de lenguaje, mientras que semiótica, a uno de los objetos de los que puede ocuparse esta disciplina, ósea uno de esos lenguajes.

La semiología, sería en efecto el estudio del funcionamiento de ciertas técnicas desarrolladas con el fin de comunicar en sociedad, ejemplo, el funcionamiento de los pictogramas, de los toques, o de las insignias militares, de los gestos, de la “lengua de los signos” de los sordos, sería así el objeto de estudio de semiología , pero aquellos signos que no fueron creados con la finalidad de comunicar, sin embargo no escapan de tener significado, estos signos representan justamente el estudio de la semiótica, ejemplo, los olores, la vestimenta, el mobiliario, etc. (Klinkengerg, 2006).

### **4.2.3 El signo**

Aunque es complicado definir el signo, es necesario dar una definición para su mayor comprensión, Chandler, Hogan y Mendizabal (2001, p. 25) explican que en la semiótica “los signos son unidades significativas que toman la forma de palabras, de imágenes, de sonidos, de gestos o de objetos”. Tales cosas se convierten en signos cuando les ponemos significado. Para Graeme Turner existen algunas condiciones para que un signo sea catalogado como tal, primero este debe tener una forma física, se debe referir a algo más que así mismo y la tercera tiene que ver justamente con que el signo es social, por lo tanto el signo y su significado debe ser

reconocido por otros. Para Pierce como menciona Vélez (2005), el signo y el pensamiento van ligados, ya que cuando pensamos generamos sensaciones, imágenes, representaciones y conceptos que son desencadenados por un signo que funciona como estímulo. De allí que el pensamiento opere gracias a que existen signos. Es por eso que para Fernández, Hervás y Báez (1989) un signo es un estímulo que provoca que se genere en los humanos otro estímulo que equivaldría al pensamiento y proponen algunos tipos de asociación:

- Los signos naturales, los encontramos en la naturaleza y se basan en la experiencia que tenemos de la observación de fenómenos naturales, ejemplo, nube y lluvia.
- Los signos artificiales, son más complejos puesto que son generados de manera artificial por los seres humanos y dentro de ellos cabe distinguir dos grandes grupos: A) signos utilizados para representar lo real como los dibujos de las escrituras primitivas. B) signos que sirven para comunicar, como el lenguaje y las señales, donde a partir de un signo aparentemente arbitrario se le asocia el significado.

Para analizar los signos en la semiótica, Saussure propone los siguientes componentes del signo: a) un significante –la forma material que adquiere el signo– y, b) el significado –el concepto que éste representa–. En la actualidad el significante comúnmente suele interpretarse como la forma material del signo, aunque no precisamente tangible- es algo que se puede ver, oler, escuchar, o saborear. En cambio, el significado es una construcción mental (Chandler et al., 2001).

Morris lo ve como una triada de elementos: el signo o “representamen” que está relacionado con un segundo llamado “su objeto” y que necesita un tercero, que es el interpretante, puesto que sin la presencia de éste no hay un pensamiento, estos tres aspectos por lo tanto están relacionados ( Caroniti & Peraya, 1979).

Basados en las ideas de Peirce, los semióticos han expuesto tres modos de las relaciones entre los signos:

- a) El simbólico: Es un signo que no se parece al significado, es arbitrario o puramente convencional, ejemplo la luz roja del semáforo.
- b) El icónico, que es un signo que se parece al significado, ejemplo una imagen, una radiografía de rayos x, etc.
- c) El índice, que es un signo que se conecta de alguna manera (existencial o casualmente) al significado, ejemplo, un termómetro, un reloj, etc.

#### **4.2.4. Comunicación**<sup>8</sup>

La comunicación es el acto concreto de intercambiar información entre un emisor y un receptor, centrándose en el significado de dicha información (Casetti, 1980). Según Kaplun (2010) la comunicación es la acción que permite que un individuo entre en la experiencia del otro, para esto son necesario los elementos de conocimiento que poseen en común, como la lengua, el habla y la norma. Esta definición resulta ser más compleja puesto que recuerda que gracias a la comunicación es la única manera ahondar en el “otro”. Según Casetti (1980) algunos de los principales términos en juego son:

---

<sup>8</sup> Para fines este trabajo, cabe mencionar la importancia de la comunicación para la pionera en la Terapia Familiar Sistémica, Virginia Satir(1916-1988), ella de fine la comunicación como el proceso de dar y recibir información; reconoce que para estudiar la comunicación hay que hacerlo también de los procesos que intervienen: la conducta verbal y no verbal; las técnicas que las personas usan para interactuar, los modos para obtener, procesar y emitir información de acuerdo a distintas finalidades. “La comunicación es el sentido que la gente da a su propia información.”(Karam, 2004).



- Emisor: es el acto social que se presenta como sujeto de un intercambio comunicativo
- Receptor: es el acto social que constituye el término del acto de comunicación.
- Mensaje: es el objeto lingüístico que en el acto de comunicación pasa del emisor al receptor. En él se pueden distinguir dos planos: uno es la señal y el otro es el sentido
- Contexto: es la situación global en que se realiza el acto de comunicación.
- Código: es definible en primera instancia como el terreno común en que se sitúa el emisor y el receptor para encontrar en su ejercicio lingüístico a que el mínimo de homogeneidad que es necesario al intercambio comunicativo.
- Función: es aquello que define las tareas de un acto de comunicación y al mismo tiempo, recalca su instrumentalidad.
- Información: es una magnitud física que pertenece a la trasmisión del mensaje.

Según Martínez (1998) las partes que integran el sistema de comunicación son:

1. Selección, por parte del emisor, del contenido que desee transmitir
2. Codificación de un mensaje, es decir, elección de las unidades y la estructura con base a las reglas para la expresión del contenido, en los niveles necesarios.
3. Transmisión del mensaje mediante el canal que corresponda. Implica el mecanismo de producción del mensaje por parte del emisor, el medio en que se materializa el mensaje y el mecanismo de percepción de dicho mensaje por parte del receptor.

4. Decodificación del mensaje por el receptor, es decir, segmentación y obtención de las unidades según la estructura y los niveles en que hayan sido codificadas.
5. Aprehensión del contenido transmitido.

Entendemos por “contenido” aquella parte del contexto que el emisor quiere compartir con el receptor.

#### **4.2.4.1 Axiomas de la comunicación**

Una vez explicado el proceso lineal y básico de la comunicación, el cual es fundamental, se procede a explicar los axiomas de la comunicación, que representan una manera novedosa en la manera entender dicho proceso, para algunos fue el zoólogo y antropólogo estadounidense Bateson el iniciador de la Nueva Teoría de la Comunicación junto con su equipo, ubicado en Palo Alto, California EE.UU. AA. La Teoría de la Comunicación se va fragmentando poco a poco, con los trabajos realizados por Bateson y su equipo en Palo Alto, integrado entre otros por Don Jackson y Paul Watzlawick, citados por Hernández (2007) y que desarrollan la Teoría de Doble Vinculo y la Teoría de la Comunicación Humana, que incluye los axiomas de la comunicación que se revisarán a continuación. Según Botella y Vilaregut (2000) consiste en los siguientes axiomas:

- Es imposible no comunicar. En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un significado que tiende a ser interpretado para los demás, aunque no sea intencionado.

- En toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (nivel digital) y relacionales (nivel analógico): Mientras que el nivel digital se refiere al contenido semántico de la comunicación para poder darle sentido al dialogo, el nivel analógico califica cómo se ha de entender el mensaje, es decir, designa qué tipo de relación se da entre el emisor y el receptor.
- La interacción en un dialogo está condicionada por las secuencias de comunicación entre los participantes (emisor-receptor). Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro.
- Toda relación es simétrica o complementaria, según se base en la igualdad de los argumentos (simétrica); o en la diferencia, es decir que uno de los miembros busque ejercer presión o poder sobre el otro (complementaria). Desde este punto de vista lo disfuncional no es un tipo u otro de relación, sino la manifestación exclusiva de uno de ellos.

#### **4.2.5. Sistemas no verbales**

Aunque pensemos que las palabras son el medio por el cual nos llegan mensajes lo cierto es que la interpretación depende de más elementos como: el tono de voz, el énfasis, los gestos, o las expresiones faciales o incluso signos superficiales tales como el vestido, el color de la piel u otras características físicas afectarán igualmente a la forma en que entendemos o respondemos (Ellis & McClintock, 1993). Las palabras utilizadas se consideran <<comunicación verbal>>.

Todos los demás elementos que se mencionaron anteriormente entrarán en la categoría de <<comunicación no verbal>> o en abreviatura, CNV.

Según Guervitz y Alegría (2012) una característica importante que diferencia la CV con la CNV es la *intención*, la comunicación verbal conlleva casi siempre una intención deliberada, la comunicación no verbal puede igualmente ser deliberada: por ejemplo vestir de determinada manera con la intención de transmitir información, sin embargo en la mayoría de las veces no somos conscientes del mensaje que se envía con los signos de la CNV, ya que no siempre existe una conciencia plena de este tipo de comunicación.

Incluso a veces también es complicado controlar la CV, ya que la información que damos en el nivel consciente puede ser modificada o contradicha por otros signos no verbales que no somos conscientes de estar transmitiendo, a esta otra característica de la CNV se le conoce como *filtración*. Aunque a veces se puede hacer uso de la *filtración deliberada*, es decir, se puede utilizar lo que parece una información inintencionada como un estratagema deliberado para transmitir la información que se quiere transmitir (Guervitz & Alegría, 2012).

Aunque el significado de los signos es algo que varía de cultura a cultura, Guervitz y Alegría mencionan que según investigaciones algunos aspectos de CNV se conservan independientemente de la raza o la cultura. Por ejemplo, las expresiones faciales de emociones universales (felicidad, tristeza, enojo, etc.) tienden a ser similares en la mayoría de las razas.

#### **4.2.6 El contexto**

La acepción de una palabra depende del contexto donde se sitúe. Para que la comunicación sea efectiva, clara y expedita, el emisor y el receptor deben situarse en el mismo contexto. El contexto es la uno de los elementos más importantes dentro de la comunicación, puesto que de este dependerá la interpretación. Según Bajton, citado por Menéndez (2010), el contexto se define en forma doble. En primer lugar, es entendido como la situación inmediata en la que el lenguaje se cataloga dependiendo de cómo se esté utilizando. En segundo lugar, como una situación mediata, dada por la cultura, en esta segunda definición, la situación inmediata se da por hecho, entonces puede modificarse el significado. Según Vidales (1992) existen varios contextos, los más frecuentes son: el semántico, el situacional, el físico y el cultural (p. 69)

- En el contexto semántico, el signo adquiere su significado en relación con otros signos:  
Ejemplo: quiero conservar la línea, mi teléfono no da línea, trace una línea curva.
- En el contexto situacional, el significado varía según la situación del hablante, en el espacio, en el tiempo y en el dialogo. Ejemplo: aquí, allí, yo, allá, etc.
- En el contexto físico, el mundo exterior o ambiente físico afecta al significado. Ejemplo de esto lo constituye los rótulos que se colocan en la pared, las puertas, las calles, los objetos, etc.
- El contexto cultural “es todo el cumulo de conocimientos que tiene el hablante por el simple hecho de vivir en cierta comunidad”

## **4.3 Semántica**

### **4.3.1. Definición**

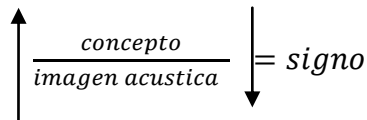
La semántica es una división de la lingüística, esta disciplina tiene por objeto describir y organizar de forma teórica, es decir, de forma establecida, las significaciones de la lengua (Tamba-Mecz, 2004). Algunos otros autores la definen como el estudio del sentido. La semántica aún no ha alcanzado el estatuto de ciencia, ya que la ciencia se basa en la metodología científica, sin embargo es una disciplina muy abarcada hoy en día.

Existen tres formas de concebir la semántica entre los lingüistas:

- 1) “La semántica, es el estudio del sentido”
- 2) “La semántica es el estudio del sentido de las palabras” (semántica léxica), pero sólo se refiere al significado de las palabras, consideradas como unidades de significación.
- 3) “La semántica es el estudio del sentido de las palabras, frases o enunciados” (semántica global) abarca todos los fenómenos de sentido relacionados con los sistemas y usos de las lenguas.

### 4.3.2. Diferencia entre significado y significante

El signo es la base dentro de la semántica, ya que la semántica organiza a partir de significados. Para entender mejor el objetivo de la semántica es esencial dividir las partes del signo, Ferdinand de Saussure menciona que un signo no está compuesto por una cosa y un nombre sino por un concepto con una imagen acústica, como se muestra en la figura 8 (Hernando, 1995)



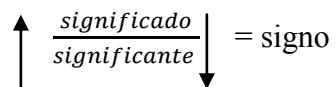
**Figura 8. Componentes del signo**

Las imágenes acústicas no son simplemente sonidos, sino como el propio Saussure señaló: lo que el signo lingüístico une, no es una cosa y un nombre, sino un concepto y una imagen acústica, es decir, hay un concepto que desencadena un pensamiento acústico (Cárdenas, 2010). Este pensamiento o imagen acústica no es el sonido material, sino una huella sensorial que se conserva en la mente ya que fue captada anteriormente por los sentidos. La imagen acústica es, entonces, la huella psíquica de un sonido material. Lo anterior tiene sentido si se relaciona con la teoría de Steven Pinker (2007) él defiende una *semántica conceptual*, la cual postula que el lenguaje del pensamiento es diferente al nuestro propio lenguaje y este está relacionado con conceptos básicos como: suceso, estado, espacio, tiempo, causalidad, propiedad y metas. Lo anterior queda constatado cuando por ejemplo, se escucha una lengua desconocida y

no se le puede darse significado a lo que se oye debido a que no hay una huella psíquica en el sujeto, de esos sonidos materiales.

El significante simplemente está asociado a un significado determinado en un momento determinado, por eso una palabra puede, con el curso del tiempo, cambiar su significado, el significante por su parte al ser materia permanece. Por ejemplo, la palabra *fuego* en castellano se deriva de la palabra *focus* en latín, que no significaba fuego, sino *hogar*, palabra que justamente se deriva del adjetivo *focaris*, que en latín hispánico sustituyó a *focus*. Puesto que en todo hogar ya no suele haber fuego, se produjo un desplazamiento semántico visible en el hecho de que las lenguas romances dejaran de lado la palabra que en latín significaba fuego (Cárdenas, 2010). En la explicación anterior se puede entender la complejidad de la semántica, ya que el significado es algo que se construye socialmente y tiende a modificarse.

Ahora bien, Saussure propone reemplazar concepto e imagen acústica por significado y significante como se observa en la figura 9, respectivamente (Hernando, 1995)



**Figura 9. Reemplazo del concepto de imagen acústica por significante.**



### **4.3.3 Fenómenos de la semántica**

Existen diversos fenómenos de la semántica entre el significante y el significado, dichos fenómenos requieren atención para poder entender la comunicación y son los siguientes:

- 1) Relación entre significantes: homonimia: Este fenómeno lingüístico es debido al proceso de evolución de una lengua<sup>9</sup> (Martínez, 1998).

Según Fernández, et al. (1989) algunos tipos de homonimia son:

- A) Parcial: se da en los homónimos que se diferencian semántica y gramaticalmente.

Cavé (del verbo cavar),

Cabe (preposición)

- B) Absolutos: son los homónimos que solo se diferencian semánticamente:

Onda y honda

- C) Holográficos (identidad ortográfica). Pueden ser parciales como cabe (del verbo caber) y cave preposición.

En los que se da identidad ortográfica pero diferencia gramatical y semántica; o bien absolutos como:

Bala (de algodón)

Bala (de fusil)

---

<sup>9</sup>Un ejemplo que nos muestra Martínez (1998) es el siguiente: Mate 1. Forma verbal del latín mattare. Herir, golpear, que pasa a adquirir significado de quitar la vida en el siglo XX.

Mate 2. Procedente del persa shah mat, que significaba el rey murió. Posteriormente, en el siglo XIII, pasa a ser usado en ajedrez (jaque mate)

Mate 3. Forma procedente del quichua mati que significaba calabacita. En el siglo XVI pasa a ser una hierba con la que se elabora una infusión.

En los que se dan identidad ortográfica, identidad gramatical y solo diferencia semántica.

D) Homonimia paradigmática solo se da en una diferencia personal:

Decía (primera persona del imperfecto de indicativo)

Decía (tercera persona del imperfecto indicativo)

O diferencia aspectual:

Salimos (presente, primera persona plural)

Salimos (pasado absoluto, primera persona plural)

2) Relaciones entre significado y significante: monosemia, sinonimia y polisemia.

a) Monosemia- Es la coincidencia en un significante de un solo significado.

b) Sinonimia- Según Martínez (1998) consiste en la expresión a través de distintos significantes de un único significado; se produce una relación de equivalencia, como por ejemplo:

1. Herida                      2. Trapo

Incisión                      Tejido

Corte                          Tela

c) Polisemia- Este fenómeno consiste en la coincidencia de un mismo significante de distintos significados. El contexto determinará en cada caso el significado que corresponde, ejemplo:

Cubo 1. Recipiente /utensilio

Cubo 2. Tercera potencia de un número (matemáticas)

Cubo3. Hexaedro (geometría)

- 3) Relación entre los significados: campo semántico. Un campo semántico consiste en un grupo de unidades léxicas (palabras) que tienen en común ciertas características pero que a la vez son diferentes al resto de las unidades del grupo. (Martínez, 1998).

#### **4.3.4. Metáfora**

La metáfora es un fenómeno de la lengua mediado por la semántica y el contexto, en un estudio de Pérez (2011, p. 75), donde parte de la idea propuesta por Bucholtz & Hall acerca de que “el rasgo o aspecto sociocultural de la lengua se construye por medio de una variedad de mecanismos semánticos y retóricos, uno de los cuales es el uso característico de la metáfora”, se encontró que esta última se construye a partir de la imaginaria y representaciones útiles de pensar e interpretar los discursos.

Siguiendo a Schulz, citado por Hall (2010), existen tres hipótesis sobre el uso y la definición que se le da a la metáfora. Estas son las hipótesis del "dédoublement des emplois"; "changement de sens"; "l'hypo-thèse du transfert" y a éstas se les sumaría la de "la ressemblance". Y lo explica de la siguiente manera:

- El empleo metafórico sería un empleo "segundo" o "derivado" (dédoublement des emplois), donde su existencia parte de un empleo "no metafórico" de la misma expresión ("literal"). Esto se relaciona con la segunda hipótesis del siguiente modo:
- Para poder usar la metáfora se utiliza un cambio en el sentido (segundo y derivado). Por lo tanto es esencial un sentido previo, el literal.

- Como consecuencia de lo anterior surge una tercera característica "transferencia" (*hypothèse du transfert*), es decir, el cambio del sentido.

En cuarto lugar aparece otro aspecto que se agrega a los anteriores:

- "la ressemblance" que se relaciona con la llamada analogía o similitud. Si se retoma la idea según la cual una expresión metafórica sustituye la expresión literal, a ambas expresiones les correspondería la misma idea o concepto o el mismo pensamiento. Dicho de otra manera, una expresión metafórica estaría en lugar de otra expresión para significar la misma idea: existiría un empleo segundo (metafórico) de un empleo primario (no metafórico –"literal"–).

La metáfora es un rasgo que caracteriza una cultura, que se logra por la comparación o la analogía. En la metáfora se comparte y se aprende un significado. (Pérez, 2011). Si se recuerda que la metáfora está relacionada tanto como al pensamiento como al lenguaje, se puede notar que es parecido al sistema de significación de los signos y por lo tanto también es metafórico y también se puede concluir que ambos son productos de la cotidianeidad, tanto así que muchas veces las metáforas son tan obvias o naturales para cada persona que para la mayoría de las personas pocas veces reparan en que son metáforas, pues se trata del modelo o esquema en que la mayoría de los hablantes piensan y actúan de manera automática (Pincemin, 2010).

El análisis semántico cognitivo de las metáforas se basa y cobra riqueza en la importancia cultural. La importancia de esta postura radica en que los hablantes, como actores sociales, ordenan sus experiencias por medio de referencias simbólicas que no se limitan al uso lingüístico y pueden incluir eventos y experiencias tanto individuales como compartidas sin requerir de un saber sofisticado (Pérez, 2011).

## 5. PROCESO DE VIDEO – REFLEXIÓN

El proceso de video-reflexión es la segunda herramienta de la terapia familiar sistémica en la cual se basa este trabajo, tiene sus antecedentes en la supervisión clínica para el entrenamiento de terapeutas familiares, aunque esta técnica no ha adquirido un nombre formal, se ha llevado a cabo numerosas veces en la práctica clínica filmando las sesiones terapéuticas, con la finalidad de conocer cómo han llegado las familias a las interpretaciones de sus situaciones en conjunto con la técnica de equipo reflexivo. Cortés, citado en el artículo “Proceso de video de reflexión” (2010, p. 14), menciona “el proceso de video reflexión es como un espejo, revierte las palabras al caso clínico para que se busque y finalmente a través del proceso reflexivo se encuentre en ellas”, es decir, tiene la finalidad de reconstruir las conversaciones, encontrándoles un significado diferente.

La forma de trabajo consiste en filmar las sesiones con la previa autorización de las familias y después de proyectar las filmaciones a la familia el terapeuta puede realizar observaciones acerca de las conversaciones entre el terapeuta y el caso clínico y las intervenciones del equipo reflexivo, este tipo de intervenciones permite a la familia, seguir trabajando con ideas expuestas por el sistema entrevistador dentro y fuera de las conversaciones.

El método de video-reflexión es simple: en la primera sesión se describe a la familia el procedimiento correspondiente a llevar a cabo en el proceso psicoterapéutico primeramente solicitando su autorización para la presencia del equipo reflexivo y la filmación de las sesiones mediante un consentimiento informado (Apéndice 1). Durante esta etapa se contestan dudas que puedan surgir al respecto, dándole la libertad a las personas de rechazar el método, sin embargo

es importante señalarle los beneficios. Una vez contando con la autorización de la familia, el terapeuta formulará preguntas al sistema para incitar a la descripción, identificando las realidades de cada uno de los miembros del sistema: roles, jerarquías, interacciones y reglas, esto representa el sistema fijo que se muestra en la figura 10 que consiste en la presencia del entrevistador y el sistema (familia). Las preguntas de descripción son formuladas por el terapeuta, para identificar los significados construidos individualmente (Reyes y Tapia, 2008).



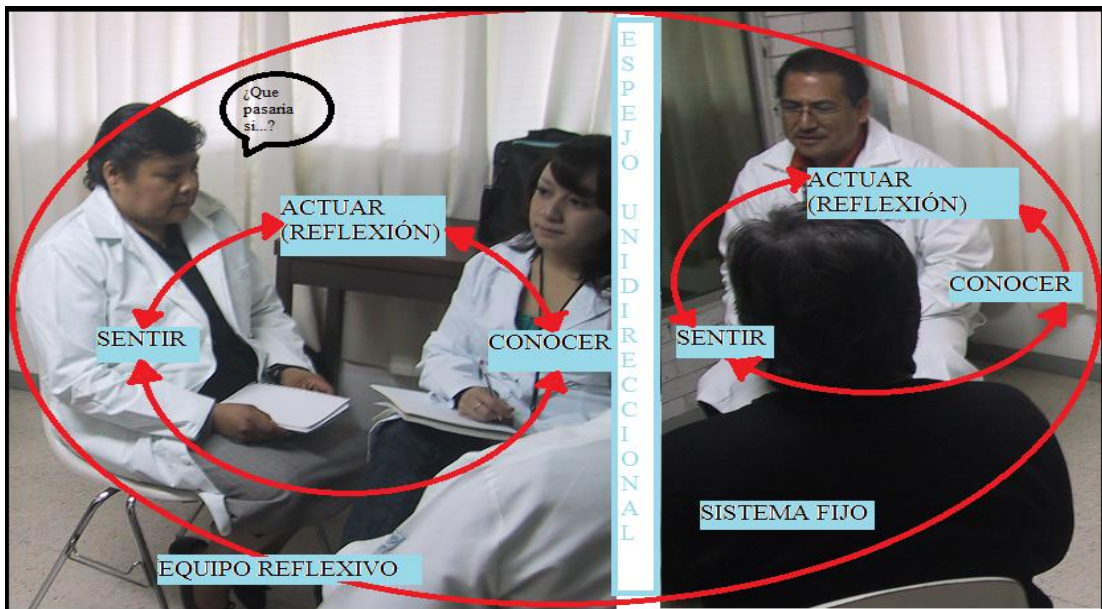
**Figura 10. Ilustra el sistema fijo, sin el equipo reflexivo**

Durante la conversación del sistema, el equipo reflexivo es parte del proceso sentir, conocer-actuar, es decir, se encuentran escuchando, pesando y formulando reflexiones, el equipo reflexivo utilizará las reglas básicas de equipo reflexivo, recomendadas por Andersen (1994). Una vez que el sistema termina de describir su situación, si el terapeuta considera necesario se da la intervención del equipo reflexivo, el equipo previamente ha escuchado y formulado reflexiones y comparte su ciclo sentir-conocer-actuar externalizando sus reflexiones a través de preguntas reflexivas o inusuales, que no se han hecho previamente.

Una vez terminada la intervención del equipo reflexivo, se le pregunta al sistema por posibles reflexiones que hayan llamado su atención y se les invita a que las expresen, es decir,

los miembros del sistema comparten su propio ciclo sentir-conocer-actuar, posiblemente modificado a partir de las reflexiones compartidas por el equipo, posteriormente el equipo reflexivo por su parte entra nuevamente en el sistema sentir-conocer-actuar.

De esta manera, como se observa en la figura 11, tanto el sistema fijo como el equipo reflexivo crean conversaciones elípticas, y cada una de las partes pasa por el proceso sentir-conocer-actuar, aunque en algunos momentos será de manera interna y en otro momento lo harán de manera externa



**Figura 11. Conversaciones elípticas entre el sistema fijo y el equipo reflexivo**

En sesiones subsecuentes, el terapeuta solicita la autorización del caso clínico (sistema) para filmar la conversación terapéutica, como se observa en la figura 12 –a continuación–, el sistema es grabado durante las sesiones si así se acordó. En la sesión posterior a la filmación, se les muestra el video: el sistema logra observarse a sí mismo y a partir de ese momento, ellos mismos elaboran sus propias reflexiones o bien el terapeuta puede intervenir con nuevas reflexiones de las conversaciones. Al mismo tiempo esa sesión es grabada para que en la siguiente sesión sea mostrada nuevamente, cabe mencionar que el video es mostrado al sistema, después de 2 a 4 sesiones, ya que se propone preparar al sistema, aunque no siempre es así, ya que el sistema puede estar preparado o no antes de este número de sesiones (Reyes y Tapia, 2008).



**Figura 12. Proceso de Conocer-Sentir – Actuar, con video reflexión**

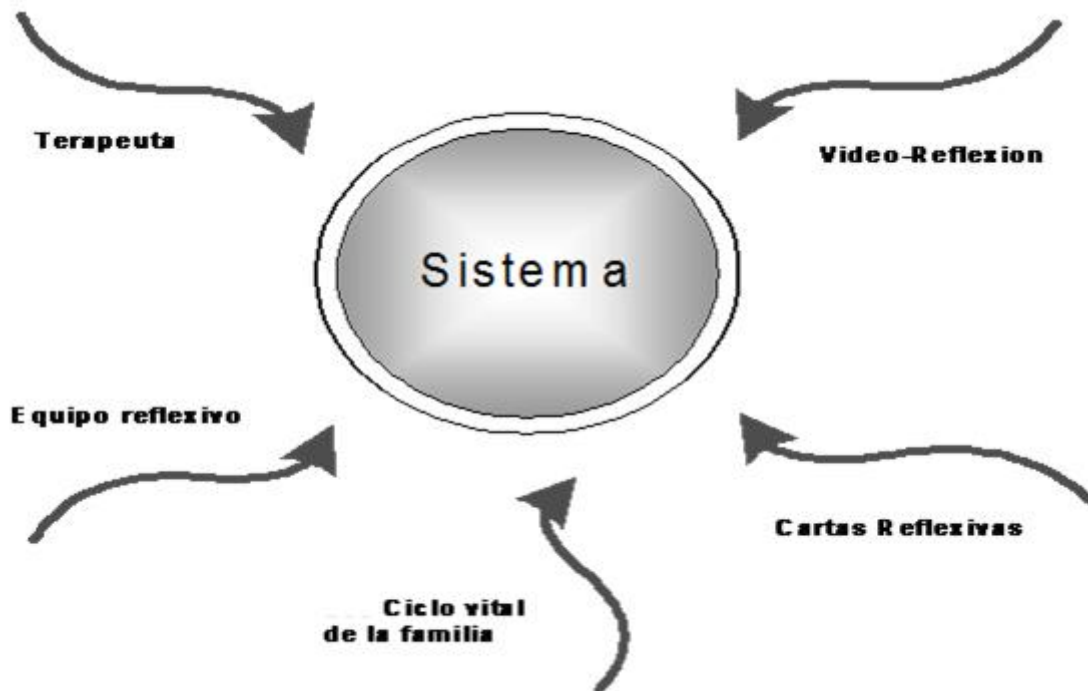


Con respecto a cómo se genera el cambio en la visión del sistema, Reyes y Tapia, (2008, p. 73) mencionan:

El proceso de video-reflexión ayuda al sistema a encontrar diferencias no solo a nivel lingüístico si no también en el plano conductual (no verbal), las filmaciones de las sesiones convierten al sistema en un conjunto significativo de códigos visuales y lingüísticos a descifrar por ellos mismos. Ayuda a observar su comportamiento verbal y no verbal, así como sus interacciones y roles que desempeñan en el sistema familiar.

El signo es representado por el video; la conversación terapéutica es el significante; y la reflexión, que es el significado. Como menciona Cortés en el artículo “El proceso de reflexión” (2010, p. 14), “La combinación de los tres es lo que ayuda al equipo a promover que el sistema por sí mismo, desde su perspectiva, lengua o visión, logré construir otras alternativas”. Ya que el significado es algo que se construye con base a las experiencias, la finalidad del trabajo clínico es que haya una re-interpretación de las realidades del sistema. Cortés (2010) en el artículo el proceso de video-reflexión menciona: “(El proceso de video reflexión)... no consiste solo en mostrar el video a un sistema (familia) sino que es un proceso que empieza desde la primera sesión (proceso de video-reflexión), con el enfoque que el terapeuta maneje o crea conveniente según el caso”.

Como se observa en la figura 13, dicho proceso incluye todo lo que el terapeuta pueda emplear para lograr un cambio ya sea con el equipo, cartas, preguntas y /o video.



**Figura 13. Herramientas reflexivas**

La video-reflexión según Mayos, citado por Reyes & Tapia (2008), genera una interacción entre el video filmado y el sistema, creando un “círculo hermenéutico”, ya que el sistema se está reinterpretando a sí mismo, provocando lo que Tom Andersen (1994) denomina reflexión, es decir, la integración del sentir-conocer-actuar.

## **6. MODELO DE INTERVENCIÓN DE KARL TOMM**

Se puede ubicar la propuesta de trabajo de Karl Tomm, dentro de las nuevas aportaciones al enfoque conversacional, ya que al igual que el equipo reflexivo, su propuesta de trabajo se sirve de la cibernética de segundo orden, la hermenéutica, la teoría de la comunicación de Watzlawick y por lo tanto del construccionismo social, pero no sólo eso, el trabajo de Karl Tomm también ha sido influido por el enfoque de Milán.

Su interés por la terapia familiar comenzó en su primer año de residencia en psiquiatría en la universidad de British en Columbia en 1961. Nathan Epstein de la universidad de McMaster visitaba Vancouver dando lecciones de terapia familiar así que Karl lo contacta y se transfiere a la universidad de McMaster en Hamilton Ontario, ya en McMaster se dedica completamente a la terapia familiar. Karl Tomm comenzó su carrera aplicando el enfoque de resolución de problemas en terapia familiar, desarrollado por Nathan Epstein.

Después de su residencia, permaneció dos años en la universidad de McMater como profesor auxiliar. Visitó Calgary para ver a su padre quien se encontraba en el hospital de Foothills. Ahí mismo conoce al Doctor Pearce quien trabajaba en la universidad de Calgary y a quien Karl le propuso iniciar el Programa de terapia familiar el cual comenzó en 1972.

A modo de introducción se muestran en la figura 14 los principales ejes temáticos de la teoría de Karl Tomm, que como se puede observar consisten nuevamente en darle prioridad al cliente y a su discurso, para así entender su realidad e invitarlo a reconstruirla mediante el diálogo.

KARL TOMM	
Pregunta básica	¿Cómo ayudar a las personas a hablar con ellas mismas y con las personas de una manera que no ha podido hacerlo antes?
Postura Filosófica	El cliente como experto
	El profesionalista como experto
	Compañeros o socios conversacionales
	No saber
	Ser Públicos
	Transformación mutua
	Incertidumbre
“Lineamientos para invitar al dialogo”	Vida cotidiana
	Respetar al otro
	Escuchar generosamente al otro
	Responder con el otro
	Aprender sobre el otro
Tratar de entender al otro	
Reflexionar/Compartir pensamientos internos	

**Figura 14. Principales ejes temáticos de la teoría de Karl Tomm**

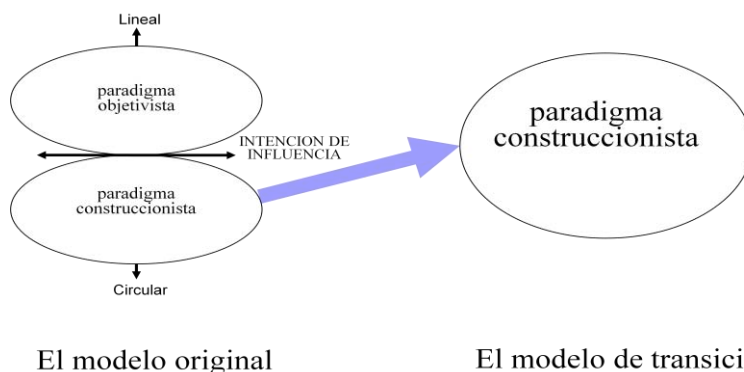
Fuente: Anderson, H. (2008, junio). Innovaciones en el proceso reflexivo. En taller en homenaje a Tomm Andersen. Documento presentado en la reunión *Adventures in collaborative practices: Relationships and conversation that makes difference in therapy, research, training and organizations & across cultures* (p. 4) Riviera Maya, México

Karl Tomm toma del enfoque milanés, sus tres principales conceptos “Hipotetización, circularidad y neutralidad”, que toma como base para proponer cuatro tipos de preguntas las cuales se observan en la figura 15 (lineales, estratégicas, circulares y reflexivas), cada una se rige bajo el supuesto lineal o circular, y tiene la intención de influir o de orientar, según la posición que ocupe en el cuadrante de la figura 15 y además como se observa en la figura 16 logra una integración entre el modelo tradicional (preguntas lineales y estratégicas) y el modelo constructorista (preguntas circulares y reflexivas).



**Figura 15. Modelo tradicional de Karl Tomm, con cuatro tipos de preguntas.**

Fuente: Tomm, K. (2012). Expanding the Interventive Interviewing Framework with Contextual Questions, Meta-questions, and Enhanced Awareness. (p.2) Canadá: Universidad de Calgary



**Figura 16. El modelo de transición abandonó el componente objetivista y expandió la porción constructorista del modelo original.**

Fuente: Tomm, K. (2012). Expanding the Interventive Interviewing Framework with Contextual Questions, Meta-questions, and Enhanced Awareness. (p. 5) Canadá: Universidad de Calgary.

## **6.1. la entrevista como intervención**

Karl Tomm, ha escrito algunos artículos referentes a sus observaciones y hallazgos en la práctica terapéutica utilizando el enfoque de Milán, el primero de ellos fue escrito en 1985 y habla acerca de la importancia de entrevista clínica, al respecto, Karl Tomm (1985, p.1) señala “una entrevista clínica ofrece muchas más oportunidades para actuar terapéuticamente que lo que la mayoría de los terapeutas creen”, esta observación se veía postulada por el equipo de Milán

Durante la entrevista el equipo de Milán define tres directrices básicas: formulación de hipótesis, la circularidad y la neutralidad. El concepto de hipotización es claro y fácil de aceptar, sin embargo, los conceptos de circularidad y la neutralidad no son fáciles de comprender, finalmente el proceso de entrevista se ve favorecido por un cuarto factor, formulación de estrategias, que se basa en una decisión tomada por el terapeuta, incluidas las decisiones sobre cómo emplear estas posturas.

Al respecto Tomm menciona que en la mayoría de las terapias, las preguntas son diseñadas solo con el fin de evaluar, sin embargo muchas veces tienen efecto terapéutico en las familias, pero a veces también pueden tener un efecto contraterapéutico y escribe al respecto (Tomm, 1985, p.2):

Me doy cuenta de que un terapeuta es mucho más influyente durante una sesión. Empecé a examinar el proceso de entrevistas con mayor profundidad y finalmente, llegué a la conclusión de que sería más coherente y heurístico considerar la entrevista como una serie de intervenciones continuas. Por lo tanto, me puse a pensar en términos de “entrevista intervencionista”, una perspectiva en la que la gama terapéutica se extiende al considerar que todo lo que un terapeuta hace durante una entrevista es una intervención.

Aunque muchas de las intervenciones terapéuticas tienen sus efectos deseados, esto no siempre es así, ya que lo que los personajes escuchan y experimentan lo hacen en virtud de su

historia, estado emocional, las presuposiciones, las preferencias y así sucesivamente. Por el contrario, algo que el terapeuta use sin intención con una intervención terapéutica podría llegar a tener un importante efecto terapéutico, por lo tanto, como señala Tomm (1985), el equipo de Milán, busca estructurar de manera muy organizada sus entrevistas de modo que puedan tener un efecto terapéutico en la sesión, la manera en que ellos planean las preguntas es a partir de la historia y desarrollo del terapeuta, además se van formando de momento a momento. En este proceso de toma de decisiones está implícito, pero no representa adecuadamente las tres pautas de entrevista descritos originalmente (Hipotetización, neutralidad y circularidad). Por lo que aquí es en donde entra la cuarta pauta “Formulación de una estrategia”.

Según Tomm (1985) estos elementos consisten en lo siguiente:

- **Hipotetización:** Es la aplicación deliberada de los recursos cognitivos, para crear explicaciones, es decir, a partir de los que nos cuentan la familia y lo que observamos y además de la experiencia personal, el terapeuta comienza a generar hipótesis sobre cómo la situación de la familia llegó a su estado actual.
- **Circularidad:** Es una dinámica de acoplamiento entre el terapeuta y la familia que hace posible que el terapeuta genere distinciones acerca de la familia. Es de suma importancia el tener la sensibilidad para poder percibir todos aquellos cambios que se generen en la familia ante un comentario, una pregunta, etc. Tomm refiere que es importante establecer que este concepto de circularidad está cimentado sobre la cibernética de segundo orden.
- **Neutralidad:** Este es un concepto difícil de entender, ya que, hablando estrictamente, es física y lógicamente imposible permanecer absolutamente neutral, en el momento en que se actúa, no se es neutral con respecto a la acción específica, por lo tanto al “no actuar”

en realidad sí se está actuando, además, en situaciones donde se espera la acción, no actuar es la antítesis de la necesidad de actuar en la circularidad. Por lo tanto, en la práctica real, el terapeuta actúa, pero se esfuerza para equilibrar los movimientos de manera que el resultado neto es el de mantener una postura general de neutralidad. La neutralidad es más cercana a tomar la posición de permanecer sin compromiso, evitar la aceptación o repulsión de cualquier cosa que pase, lo cual se puede relacionar con las influencias de Maturana, acerca de que no existe una objetividad, ya que puede haber tanta versiones como observadores haya, y ninguna es errónea.

- Formulación de una estrategia: se puede definir como la actividad cognitiva del terapeuta (o del equipo) en la evaluación de los efectos en las acciones del pasado, la construcción de nuevos planes de acción, anticipando las posibles consecuencias de diversas alternativas y decidir la forma de proceder en cualquier momento en particular con el fin de maximizar la utilidad terapéutica.<sup>10</sup>

En la Intervención de Tomm, se ponen en práctica los conceptos anteriores para sacar provecho de la entrevista y lograr una reacción en la familia. Otro aspecto importante que Karl Tomm (1989), utiliza durante su intervención tuvo una influencia del australiano Michael White y su innovadora técnica “la externalización del problema”, a su vez White, se influenció de Gregory Bateson, quien desarrolló, su perspectiva cibernética y de Michael Foucault, quien postula que los sistemas como la medicina pueden ser opresivos y deshumanizan a las personas.

---

<sup>10</sup> La noción de " estrategias " tiene mucho en común, pero no es equivalente a la de "terapia estratégica". Este último se refiere a un compromiso de una escuela específica de la terapia, como terapia sistémica y la terapia estructural implican compromisos con las escuelas alternativas. Formulación de una estrategia implica un compromiso con el cambio terapéutico intencional en general, y como una guía se puede aplicar a todas las terapias. (Tomm, 1985, p.4)



La externalización del problema consiste en separar el problema de la persona, es decir, atribuirle independencia, como si fuera un problema que “ataca” a la persona y no como parte de la persona, posteriormente se puede influir con preguntas para dar luz al conocimiento de los recursos propios de la familia, para limitar el "poder " del problema por encima de ellos.

## **6.2. Alternativas de diagnóstico**

En la primavera de 1988, Karl Tomm tuvo que hacer frente al Programa de Terapia Familiar de la Universidad de Calgary, en Canadá. Cuando él ingresó a este cargo se le sugirió que el programa utilizara para diagnosticar el DSM, como un criterio de admisión para poder brindar un tratamiento a las familias, sin embargo, como director de la programa, él se opuso a esta imposición de diagnóstico mediante DSM por diferentes razones, entre ellas, como se observa en figura 17, estaba la preocupación por los posibles efectos de "Etiquetar" la patologización psiquiátrica, ya que el estigma social asociado a un diagnóstico psiquiátrico agrega una carga importante para la persona etiquetada y hace más difícil la recuperación. Los efectos de etiquetar son generalizados y malignos y se extiende a todos los ámbitos de la persona, ya sea profesional o socialmente y se interioriza como parte de la identidad de la persona. (Tomm, 1991).

<b>Críticas Empíricas</b>	<b>Críticas Políticas</b>	<b>Críticas Pragmáticas</b>	<b>Críticas Humanitarias</b>	<b>Crítica Ontológica</b>	<b>Críticas Irónicas</b>
<p>1. La naturaleza del trastorno, sus criterios diagnósticos y los límites de las categorías se determinan en los comités de la APA, no por los fenómenos descritos.</p> <p>2. El DSM no ha podido abarcar muchas situaciones clínicas.</p> <p>3. No hay ninguna disposición para “diagnósticos” interpersonales, familiares, culturales o institucionales.</p>	<p>1. Fácilmente se puede abusar del poder constitutivo que existe en la definición de la naturaleza de las personas.</p> <p>2. ¿De quién es el interés de las etiquetas (profesionales; pacientes; otras partes como miembros de la familia, agentes de seguros, Gobierno, etc.)?</p> <p>3. El DSM promueve el “modelo médico” y la supremacía psiquiátrica en el campo de la salud mental.</p> <p>4. El sesgo de género puede ser institucionalizado (por ejemplo, “Síndrome Pre-Menstrual” está siendo considerado en el estudio para el DSM-IV), como la heterosexualidad (por ejemplo, “homosexualidad” fue incluida en DSM-II) con la solidificación de estereotipos tradicionales.</p>	<p>1. Hay un énfasis excesivo en el síndrome general y un anti-énfasis con respecto a las experiencias específicas y el contexto personal del cliente.</p> <p>2. El DSM promueve una perspectiva estática en lugar de una dinámica, haciendo hincapié en rasgos permanentes en lugar de estados transitorios.</p> <p>3. El DSM promueve la ceguera con respecto a los factores interpersonales y culturales que contribuyen a los problemas de salud mental.</p> <p>4. El DSM rara vez es útil en la determinación de un plan de tratamiento específico.</p>	<p>1. Las personas son deshumanizadas transformándolos en objetos bajo la mirada “científica”.</p> <p>2. Las personas son patologizadas a través del etiquetado, la totalización y segregación.</p> <p>3. DSM promueve una “orientación hacia insuficiencias” por atender tragedias y fallas personales en lugar de una “orientación hacia las soluciones” con atención a los recursos y la competencia.</p>	<p>1. La premisa básica acerca de la naturaleza de los fenómenos mentales parece problemática (es decir, que los trastornos mentales están “dentro de la persona” vs Una crítica al DSM “en la interacción entre la persona y el contexto” vs “en la coordinación de la interacción entre las personas”).</p>	<p>1. El DSM no incluyen el diagnóstico de “síndrome de DSM” - una psicosis espiritual caracterizada por un deseo compulsivo de cosificar a las personas y etiquetarlas en categorías psiquiátricas predeterminadas.</p> <p>2. Estas “víctimas” de la ideología psiquiátrica moderna dan prioridad a conocimientos acerca de descripciones precisas –por sobre conocimientos acerca de las interacciones de curación- como manifestación de una preocupación obsesiva con adjetivos peyorativos, criterios de inclusión y exclusión, etc.</p>

**Figura 17. Críticas al DSM de Karl Tomm**

Fuente: Tomm, K. (1990). A critique of DSM. (p. 1-5) (Texto original en inglés traducida por la autora))

Tomm (1990, p. 1) señala una de las desventajas del DSM-III:

Los cambios incorporados en la tercera edición, del DSM- III, fueron estas nuevas características como criterios de diagnóstico, un enfoque multiaxial de la evaluación, tantas descripciones ampliadas de los trastornos y muchas categorías adicionales (...) la prioridad se convirtió en una de precisión y exactitud en hacer diagnósticos. Esto se basó en el supuesto médico de que " la planificación de un programa de tratamiento debe comenzar con una evaluación de diagnóstico preciso " ... Me pregunto en qué dirección el manual podría haber evolucionado si, en cambio, se basara en un supuesto humanista como " la planificación de una respuesta terapéutica debe comenzar con la empatía y la compasión". Pero los autores del manual estaban mucho más interesados en la ciencia empírica. DSM – III debía basarse en " pruebas científicas " en la medida de lo posible. Por lo tanto, en la preparación de la tercera edición, creció la influencia de los investigadores en la investigación con "datos objetivos ", mientras que la influencia de los médicos con experiencia terapéutica disminuyó.

Tomm (1991) menciona que la insistencia de utilizar el DSM por parte de la Universidad, se debía a la necesidad de hacer juicios socialmente responsables para poder ofrecer terapia a las familias que eran apoyadas con fondos públicos. El argumento administrativo era que si había un trastorno mental diagnosticable en un miembro de la familia, entonces el uso del recurso público para el tratamiento financiado estaba justificado. Así fue como Tomm propuso un medio más terapéutico para determinar la elegibilidad para los servicios públicos bajo la comprensión sistémica de los problemas mentales que él venía retomando del campo de la terapia familiar, Tomm señala:

Incluso aunque este proceso puede tomar años, me ofrecí a embarcarme en el desarrollo de este tipo de alternativa y estoy agradecido de que los administradores participaran aceptado mi propuesta. El primer paso fue iniciar un proyecto en colaboración con los terapeutas y practicantes del Programa de Terapia Familiar para desarrollar el enfoque de "HIP y PIP" <sup>11</sup> para evaluación psiquiátrica. (Tomm, 1991, p.1)

---

<sup>11</sup> HIP son las siglas en ingles de Healing Interpersonal Pattern y se puede traducir como Curación del Patrón Interpersonal, por su parte PIP son las siglas en ingles de Pathologizing Interpersonal Pattern y se traduce como Patologización del patrón interpersonal. (Tomm, 1991, p. 2-3).

La suposición principal en el que se basa este proyecto, es que los patrones de interacción humanos en la que se encuentran las personas tienen una gran influencia en sus experiencias y en su salud mental, sin embargo, algunos patrones interpersonales "patologizan" a las personas involucradas, mientras que otros modelos de interacción tienen "curación" o efectos de "bienestar".

Un ejemplo de una patologización del patrón interpersonal básica (PIP) entre dos personas es la crítica de una persona hacia otra provocando una actitud defensiva y como respuesta una crítica a la persona que lo criticó. Esto se convierte en un patrón de interacción cíclica o "circular" (Tomm, 1991).

Si este patrón continua tiende a hacerse estable y considerarse parte de la relación, sin embargo si el patrón no se estabiliza entonces se patologiza y comienzan a surgir sentimientos de resentimiento, odio y agresividad en una de las partes y conductas de oposición, rebeldía, paranoia, evitación, aislamiento y / o la depresión en la persona que recibe la crítica. Cabe aclarar que desde la visión sistémica, la patología primaria se encuentra en la relación que tiene cada una de las partes y la psicopatología individual, es decir las reacciones de las partes, es sólo secundaria.

Tomm refiere que una de las razones por las que un PIP se puede mantener es que en realidad para una de las partes o ambas sea difícil reconocer que su comportamiento es el que mantiene dicho patrón, es aquí donde entra el papel del terapeuta para invitar a los miembros del patrón de comportamiento patologizado a notarlo por medio de la conversación. Esta conversación sería lo que Tomm ejemplifica como una transformación del patrón de comportamiento TIP<sup>12</sup> que permite un cambio a partir de un PIP para un HIP.

---

<sup>12</sup> Transforming Interpersonal Pattern (TIP).

Un patrón de bienestar interpersonal (WIP)<sup>13</sup>, podría ser producto de un TIP que consiste en una conversación con retroalimentación que permite encontrar comportamientos erróneos para reemplazarlos por otros comportamientos que inviten al bienestar, por lo tanto es importante pasar de un PIP a un HIP antes de una progresión a un WIP.

Lo anterior puede sintetizarse de la siguiente manera:

PIP = Crítica – Actitud defensiva.

HIP = Reconocer las competencias que invita a más actos de competencia, lo que, a su vez, invita a darse cuenta de más de la competencia.

WIP = Retroalimentación constructiva que invita al reconocimiento de errores.

Ya que existe una interacción constante entre los miembros de un patrón suele ocurrir que haya un retroceso de un HIP o WIP para regresar a un PIP, inclusive podría ocurrir que un evento traumático genere esta regresión. Tomm señala que otra causa de regresión podría ser entrar a un patrón de deterioro interpersonal (DIP)<sup>14</sup>, como la incapacidad de esclarecer las situaciones o algún evento lo suficiente grave para desencadenar el PIP.

Por lo tanto, como un primer paso para desarrollar una alternativa a los diagnósticos del DSM, Tomm y sus colegas en el Programa de Terapia Familiar comenzaron a distinguir PIPs específicos que generan o apoyan el problema mental común, hasta 1991, Tomm encontró 200 tipos de PIP. Por lo tanto Tomm junto con su equipo se dieron a la tarea de la clarificación, clasificación y documentación de esos patrones. Otra aportación de Tomm y su equipo fue buscar escalas de gravedad según la intensidad y tenacidad de los PIP con base a una evaluación dividida en dos componentes, el primer componente evalúa la experiencia del PIP y el otro se evalúa mediante un reporte para así lograr clasificar la gravedad. De esta manera atendieron la

---

<sup>13</sup> Wellness Interpersonal Pattern (WIP)

<sup>14</sup>Deteriorating Interpersonal Patterns (DIP)

preocupación administrativa de la universidad para elegir los tratamientos que serían financiados con fondos públicos (Tomm, 1991).

### **6.3. Preguntas Reflexivas**

Otro elemento importante dentro de la propuesta de Tomm son las preguntas reflexivas y que abarca en la segunda entrega de sus publicaciones. A partir de una anécdota que le sucedió a Karl Tomm<sup>15</sup> donde pudo observar que un tipo de pregunta modificó la percepción acerca de un grupo de niños, que consideraba a su padre como violento, empezó a indagar sobre cómo se dio este cambio. Tomm decidió llamar este tipo de preguntas, reflexivas.

El término " reflexivo" fue tomado de la " Gestión Coordinada de Significado" (CMM, por sus siglas en ingles<sup>16</sup>) y una teoría de la comunicación propuesta por Pearce y Cronen citado por Tomm (1987, p. 3). Una breve descripción de la teoría Cronen y de Pearce será de ayuda a explicar lo que quieren decir con la reflexividad y la razón por la que eligió este término para caracterizar a estas preguntas.

La teoría CMM resalta que la comunicación es un proceso con tendencia a generar significados, posteriormente cambiarlos o mantenerlos a partir de su uso. La comunicación es un proceso interactivo y complejo por lo tanto no es un proceso lineal sino mas bien circular de "co-creación" por los participantes. Tomm (1987, p.1) menciona que Pearce y Cronen en 1980

---

<sup>15</sup> Ver Tomm, K. (1987). *Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing*, p. 1-2

<sup>16</sup> Coordinated Management of Meaning" (CMM)

originalmente establecieron para diferenciar y describir las normas que organizan este proceso generativo dos grandes categorías de reglas:

- Normas Constitutivas (o significado) -tienen que ver con el proceso de atribución de significado a un particular comportamiento, evento, relación interpersonal, etc.
- Normas reguladoras (o acción) - determinan el grado en que los comportamientos específicos deben ser adoptados o evitados en ciertas situaciones

Influidos por Bateson, postulan una relación circular entre los niveles en la jerarquía (no uno lineal, obtenido originalmente por Russell y el grupo MRI). A modo de ejemplo, cuando observamos que no sólo la relación (nivel de mando) ejerce una influencia en la determinación del contenido (nivel de informe), sino también el contenido de lo que se dice influye en la relación interpersonal, y así sucesivamente (Tomm, 1987, p.1)

Las preguntas en sí mismas son percibidas por la familia como estímulos o perturbaciones y sólo desencadenan actividad reflexiva cuando hay una conexión entre los significados del sistema de creencia de la familia. En esta explicación se reconoce la autonomía de la familia con respecto al cambio que realmente ocurre, es decir, los efectos específicos de las preguntas se determinan por el cliente o de la familia, no por el terapeuta.

El cambio ocurre como un resultado de alteraciones en la organización y la estructura del pre-sistema existente de la familia de significados, al respecto Tomm (1991, p. 3) señala:

Lo principal que me gustaría llamar su atención aquí, es que estas preguntas integran la noción de que el paciente tiene opciones y que el paciente es un agente activo en el curso de sus propias vidas. Si el significado explícito o implícito de la cuestión se ajusta a las experiencias de los pacientes, entonces es "tomado en serio" y es internalizado como parte de la identidad en evolución del paciente. Por consiguiente, un mayor sentido de agencia personal puede ser alcanzado y la conversación terapéutica se convierte en un proceso de empoderamiento personal para el paciente.

Por definición, entonces, las preguntas reflexivas son las preguntas con la intención de facilitar la auto-sanación en un individuo o una familia mediante la activación de la reflexividad de los significados dentro de los sistemas de creencias preexistentes que permiten a los miembros de la familia generar o generalizar los patrones constructivos de cognición y su propio comportamiento.



A continuación se mostrarán los tipos de preguntas reflexivas propuestas por Tomm (1987, p. 2-20), como se observa en la figura 18, algunas de ellas se dividen en otras con una intención más específica, según lo que se requiera lograr durante la intervención.

Preguntas Orientadas al futuro (Future-Oriented Questions)	Preguntas orientadas al futuro para cultivar metas de la familia
	Preguntas orientadas al futuro para explorar el resultado anticipado
	Preguntas orientadas al futuro que introducen posibilidades hipotéticas
	Preguntas orientadas al futuro para infundir esperanza y optimismo
Preguntas Observador-Perspectiva (Observer-Perspective Questions)	Preguntas para explorar el comportamiento del cliente y que pueden ser utilizadas para mejorar la auto-conciencia
	Preguntas para explorar la interacción interpersonal
Preguntas del inesperado cambio de contexto (Unexpected Context-Change Questions)	
Preguntas integradas a sugerencias (Embedded-Suggestion Questions)	Integrada a un reencuadre
	Integrada a una acción alternativa
	Integrada a una disculpa
	Integrada a el perdón
Preguntas normativas de comparación (Normative-Comparison Questions)	Preguntas para establecer un contraste con una norma social
	Preguntas para crear un contraste con una norma de desarrollo
	Preguntas para contrastar una norma cultural
Preguntas de Distinguir –Clarificación (Distinction-Clarifying Questions)	Aclarar secuencias
	Aclarar dilemas
	Aclara categorías
Preguntas para introducir hipótesis (Questions Introducing Hypotheses)	Para revelar recursividad
	Para revelar los mecanismos de defensa
	Para revelar respuestas problemáticas
	Para revelar necesidades básicas
	Para revelar los motivos alternativos
Preguntas de interrupción del proceso (Process-Interruption Questions)	
Preguntas sobre descripciones	En comparación con
	En relación con
	Diferente de
Preguntas para sonsacar explicaciones	
Preguntas sobre las distintas conversaciones	

**Figura 18. Tipos de preguntas reflexivas**

- Preguntas Orientadas al futuro (Future-Oriented Questions)

Estas preguntas constituyen un grupo muy importante. Los clientes con problemas de depresión están a veces tan preocupados por las dificultades presentes o injusticias del pasado que, en efecto, viven como si ellos " no tuvieran futuro". Es decir, se centran muy poco en el tiempo por delante, que permanecen empobrecidos con respecto a las alternativas de futuro y opciones. Al pedir esta serie de preguntas sobre el futuro, el terapeuta puede provocar que el cliente cree un futuro para sí mismo. El cliente a menudo puede " llevar a la casa las preguntas " y seguir trabajando en ellas por su propia cuenta. Se pueden definir varios subtipos de preguntas orientadas al futuro:

- ❖ Preguntas orientadas al futuro para cultivar metas de la familia: los objetivos colectivos objetivos personales o metas para los demás:
  - ¿Qué planes tienes para una carrera?
- ❖ Preguntas orientadas al futuro para explorar el resultado anticipado:
  - ¿Qué progresos crees que realmente harás en el próximo mes?
  - ¿En seis meses?
  - ¿Quién sería el más sorprendido si superas ese objetivo que te propones?
- ❖ Preguntas orientadas al futuro que introducen posibilidades hipotéticas: permiten al terapeuta compartir sus propias ideas en un proceso de co - creación de un futuro junto con el cliente, se puede utilizar para estimular al cliente para entender las

posibilidades que tienen que nunca han sido consideradas por su propia cuenta , sin embargo, son compatibles con sus valores y creencias preexistentes :

- Con su talento para hablar, ¿cómo crees que lo haría en las ventas?
- ❖ Preguntas orientadas al futuro para infundir esperanza y optimismo:
  - Cuando [si no] encontrarás una manera de tener más cuidado de ti mismo, ¿quién será el primero en darse cuenta?
  - ¿Cómo mejoraría la relación con tu familia si hicieras ese cambio?
- Preguntas Observador-Perspectiva (Observer-Perspective Questions)

Este grupo de preguntas se basan en la suposición de que, convertirse en el observador de un fenómeno o un patrón, es un primer paso necesario para poder actuar en relación con él. Estas preguntas están orientadas a mejorar la capacidad del cliente para distinguir comportamientos, eventos o patrones que aún no han distinguidos, o para ver el significado de ciertos comportamientos y acontecimientos reconociendo su papel como enlaces o conexiones en curso de los patrones de interacción. Este tipo de preguntas se puede clasificar en:

- ❖ Preguntas para explorar el comportamiento del cliente y que pueden ser utilizadas para mejorar la auto -conciencia, es decir, para convertirse en un mejor observador de sí mismo:
  - ¿Hasta qué punto fue favorable tu reacción?
  - Cuando tu esposo respondió como lo hizo, ¿cómo te sentiste acerca de su reacción?

- ❖ Preguntas para explorar la interacción interpersonal: se centran en los patrones de comportamiento y puede incluir o excluir el problema abordado. Son extremadamente útiles para llamar la atención a la recursividad de patrones de comportamiento diádico, triádico o relaciones más complejas. Por ejemplo, para ayudar a una pareja a ver la naturaleza circular de la interacción se podría preguntar a la mujer:
  - ¿Qué hace tu esposo cuando te deprimes y te retiras?
  - Y cuando tú esposo se siente frustrado y enojado ¿qué haces tú?

En el caso de un patrón triádico se refiere cuando una tercera persona está involucrada en el patrón, por ejemplo, la hija.

- ¿Qué hace tu hija cuando tu esposo y tú están frustrados?
- Preguntas del inesperado cambio de contexto (Unexpected Context-Change Questions)

Cada significado o contexto, puede contrastarse con algunos otros significados opuestos. Sin embargo, el acto de centrarnos en un contexto o significado particular, a menudo enmascara su contrario. Es fácil olvidar que "el mal " existe sólo en relación con " el bien " y que la tristeza y la desesperación sólo existen en contraste con la felicidad y la esperanza. Las preguntas para desencadenar un cambio inesperado en su contexto se centran en dar a luz lo que ha sido ocultado o se perdió. Los familiares a menudo quedan encerrados, en ver ciertos eventos desde otra perspectiva, y sus opciones de comportamiento se ven limitados, en consecuencia:

- ¿Cuándo fue la última vez que estuviste bien con tu familia?
  - ¿Qué haces en estos días en que te encuentras bien?
  - ¿Cómo olvidas aquellos problemas, los días en que te sientes bien?
- Preguntas integradas a sugerencias (Embedded-Suggestion Questions)

Estas preguntas son útiles cuando el cliente tiene que ser empujado, junto con un poco de más especificidad. En cada pregunta, el terapeuta incluye algún contenido específico que señala en el sentido que considere potencialmente fructífero. Existe una amplia variedad de sugerencias puede estar integrada en una pregunta. Por ejemplo:

- ❖ Integrada a un re encuadre

- Si en lugar de pensar que tu familia está decepcionada de ti y te culpa por tu depresión, imaginas que están preocupados ¿Cómo imaginas que los podrías tratar?

- ❖ Integrada a una acción alternativa

- Y si en lugar de insultar a tu familia, les dijeras la manera en la que te estás sintiendo ¿Qué pasaría?

- ❖ Integrada a una disculpa

- ¿Crees que te haría sentir mejor el pedirle disculpas a tu hermana por el daño que le hiciste?

❖ Integrada a el perdón

- ¿Qué pasaría si perdonas a esas personas que te hicieron daño en lugar de culparlas?

• Preguntas normativas de comparación (Normative-Comparison Questions)

Las personas y familias con problemas tienden a experimentarse a sí mismos como anormales. Inevitablemente, desarrollan un deseo de ser más normales. Un terapeuta puede tomar la ventaja de este deseo de los miembros del cliente y ayudar a orientarse hacia patrones más saludables pidiéndole hacer comparaciones pertinentes. Por ejemplo:

❖ Preguntas para establecer un contraste con una norma social:

- ¿Cree usted que es más abierto acerca de sus desacuerdos en comparación con la mayoría de las personas, o menos?
- ¿Conoces a alguna persona “saludable” que sea capaz de expresar su frustración y enojo abiertamente?

❖ Preguntas para crear un contraste con una norma de desarrollo:

- En la mayoría de las personas en esta etapa de la vida, ¿Están más cerca de sus padres?

❖ Preguntas para contrastar una norma cultural:

- Si usted fuera a otro país ¿cree que habría más interacción entre su esposa y su hijo "?

- Preguntas de Distinguir –Clarificación (Distinction-Clarifying Questions)

Al ir aclarando situaciones clave se puede tener implicaciones importantes en cualquier sistema de creencias. Estas consecuencias pueden ser muy terapéuticas, especialmente cuando hay considerable confusión en torno a las cuestiones relacionadas con el problema. Algunos tipos de estas preguntas son:

- ❖ Aclarar secuencias: ¿Te has tomado las pastillas [en relación con una sobredosis] antes o después la discusión acerca de salir de casa?
- ❖ Aclarar dilemas: ¿Qué es realmente lo más importante para ti, tener un gran éxito en su carrera o tener una vida familiar?
- ❖ Aclara categorías: ¿Cuando ella está llorando, es porque ella quiere conseguir algo o llora de dolor emocional?

Se puede aclarar las preguntas ya sea mediante la separación de componentes de un patrón o mediante la conexión de elementos en un patrón, creando nuevas unidades de distinción. Esto último a veces se puede lograr introduciendo una *metáfora*. El terapeuta puede ayudar a la familia a la apertura de nuevas ideas mediante la identificación de los supuestos subyacentes cruciales y hacer preguntas para invitar a la *incertidumbre*:

- ¿Cuánto tiempo ha tenido estas ideas?
- ¿Cuándo comenzó a pensar de esa manera?

- Preguntas para introducir hipótesis (Questions Introducing Hypotheses)

Las hipótesis clínicas son explicaciones tentativas que sirven para orientar y organizar la conducta a modo de explicación para los terapeutas. Es razonable suponer que también podrían servir para orientar y organizar el comportamiento auto curación del cliente. El formato de la pregunta tiende a transmitir la vacilación que es importante en la formulación de hipótesis sistémica, en comparación con una declaración directa o una explicación que implica una mayor seguridad

Vamos a incluir sólo unos pocos ejemplos para ilustrar cómo se pueden introducir algunos aspectos de las hipótesis clínicas:

- ❖ Las preguntas pueden revelar recursividad:
  - Cuando usted se enoja y se retira, y cuando se retira y se enoja, ¿qué hacen los niños?
- ❖ Para revelar los mecanismos de defensa:
  - Cuando su esposo no puede tolerar su propia vergüenza ni la culpa, y en su lugar se enoja con usted, ¿qué es lo que se imagina que a él le podría ayudar para reconocer y aceptar el dolor?
- ❖ Para revelar respuestas problemáticas:
  - Cuando te enojas para ocultar tu vulnerabilidad ¿Tu esposa te ve como duro y vengativo, o ve simplemente ve como te proteges ti mismo, o, tal vez, se paraliza por el miedo?



- ❖ Para revelar necesidades básicas:
  - Con el fin de crecer y madurar naturalmente, ¿qué tipo de protección y el cuidado necesitas más?
- ❖ Para revelar los motivos alternativos:
  - En la búsqueda de un compañero durante el noviazgo, ¿qué tipo de esposo piensas que buscaba más?

Las preguntas también se pueden formular paradójicamente para revelar peligros de Cambio:

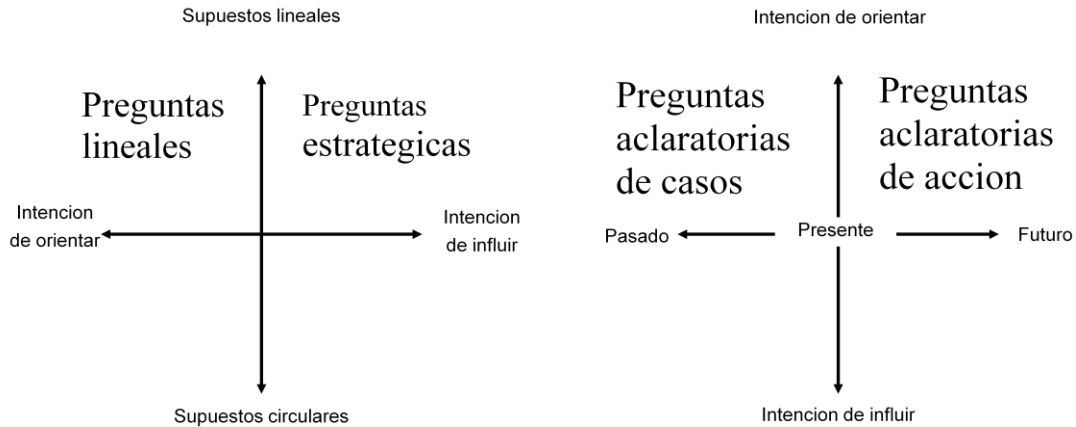
- Si él se viera obligado a reconocer sus propias contribuciones a tu depresión, a pesar de sí mismo, ¿crees que podría manejarlo?
  - ¿O te lo imaginas abrumado por la culpa y convertirse en suicida?
- Preguntas de interrupción del proceso (Process-Interruption Questions)

Es un grupo interesante de preguntas que se pueden usar para señalar el proceso inmediato de una entrevista. Por ejemplo, si un cliente comienza a quejarse de un miembro de su familia, y la crítica comienza a ser destructiva durante el curso de la sesión, el terapeuta puede tratar con preguntas para exponer el proceso actual. En ese momento se rompe la crítica y el ataque, y el paciente asume un papel reflexivo de observación. El objetivo de estas preguntas puede ser también para reflexionar sobre la relación terapéutica:

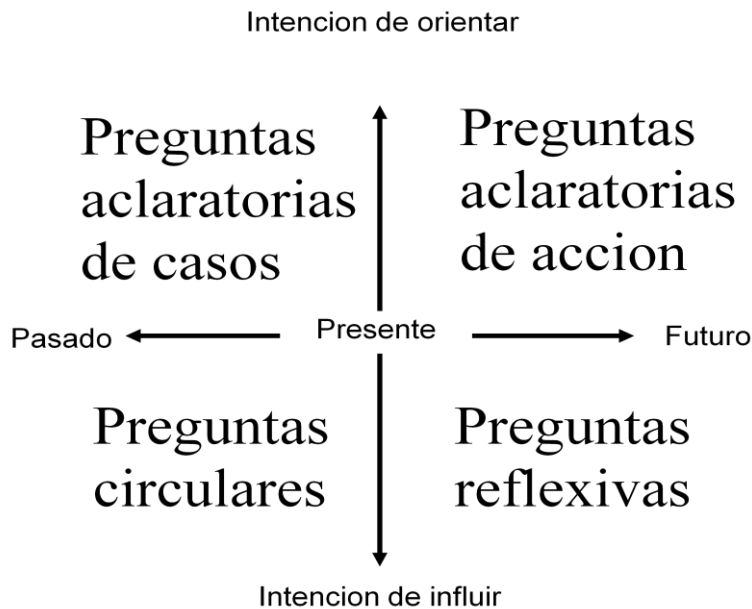
- ¿Crees que te pudiste haber ofendido mientras con alguna pregunta?

#### **6.4. Nuevo modelo de intervención**

En años recientes Karl Tomm en colaboración con Hornstrup, han propuesto un nuevo modelo de intervención, consiste en la re-etiquetación del tipo de preguntas, como menciona Hornstrup, citado por Tomm (2012), una de las razones para re etiquetar las preguntas lineales, es porque son cuestiones orientadas al pasado y futuro (lineal) y podrían aclarar la comprensión de la situación actual a los clientes y por lo tanto, los cuatro cuadrantes podrían producir preguntas sistémicas útiles (la dimensión lineal vs circular ya no es necesaria en las entrevistas y es por eso que son incorporadas en el pensamiento construccionista).



**Figura 19. Re- etiquetación de los cuatro tipos de preguntas (Tomm, 2012)**

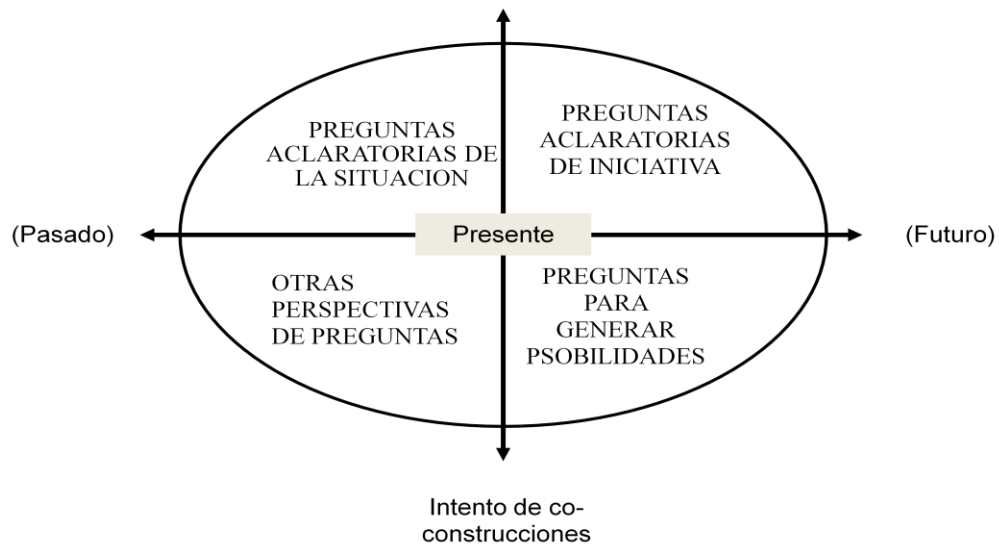


**Figura 20. Re-etiquetación del tipo de preguntas (Tomm, 2012)**

Fuente: Tomm, K. (2012). Expanding the Interventive Interviewing Framework with Contextual Questions, Meta-questions, and Enhanced Awareness. (p.7, 8) Canadá: Universidad de Calgary

Como se puede observar en la figura 19, las preguntas lineales de la anterior propuesta, se localizan en este nuevo esquema en la parte superior y como se observa en la figura 20 las preguntas circulares se ubican en la parte inferior.

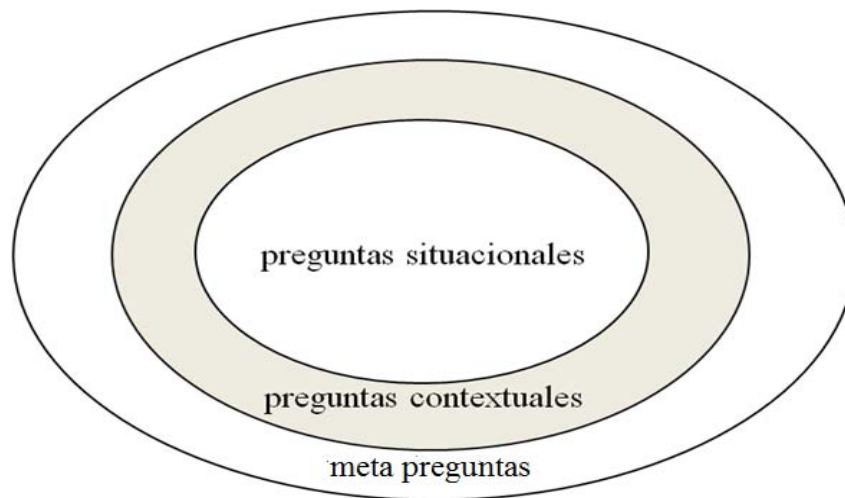
Al principio sólo se re-etiquetan los dos cuadrantes superiores, sin embargo después también los dos cuadrantes inferiores, quedando el modelo como se muestra en la figura 21.



**Figura 21. Modificación de los cuatro cuadrantes (Tomm, 2012).**

Fuente: Tomm, K. (2012). Expanding the Interventive Interviewing Framework with Contextual Questions, Meta-questions, and Enhanced Awareness. (p.12) Canadá: Universidad de Calgary.

Posteriormente se proponen la incorporación de preguntas contextuales y meta preguntas, inspiradas en la teoría de la mente de Bateson, como se observa en la figura 22, están asumen una forma de capas en forma de elipses.



**Figura 22. Muestra la incorporación de nuevos tipos de preguntas**

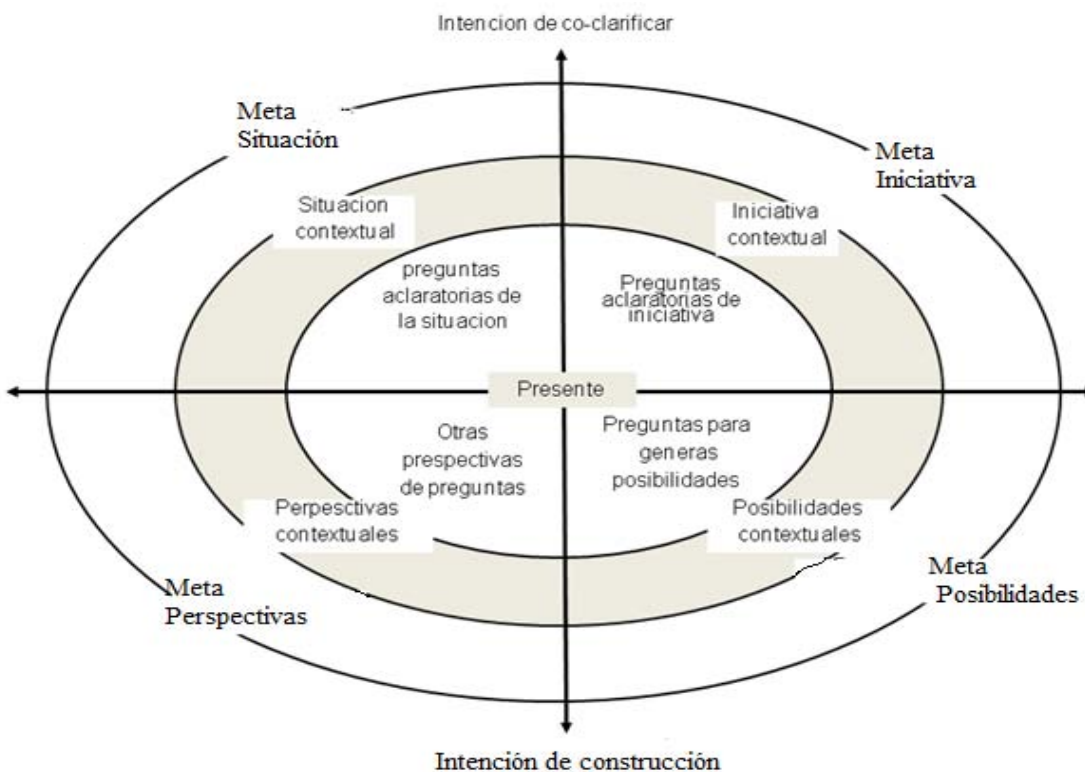
Fuente: Tomm, K. (2012). Expanding the Interventive Interviewing Framework with Contextual Questions, Meta-questions, and Enhanced Awareness. (p.14) Canadá: Universidad de Calgary.

Las tres capas de preguntas propone (Tomm, 2012, p. 15):

- Preguntas acerca de la situación (capa central) - Están destinadas a aclarar y explorar los conocimientos actuales de la situación de los clientes, y para generar nuevas ideas y posibilidades.
- Preguntas acerca del contexto (segunda capa) - Están destinadas a mejorar el conocimiento y lograr una "visión más amplia" y en descubrir cómo la situación siempre está incrustado o influenciado por un contexto más amplio.
- Meta preguntas (tercera capa) - Están destinadas a fomentar la atención en el proceso de la entrevista en sí y para reflexionar sobre los efectos de las preguntas, otras cuestiones

posibles, y además qué condiciones, supuestos e intenciones guían la atención tanto del entrevistador y el entrevistado.

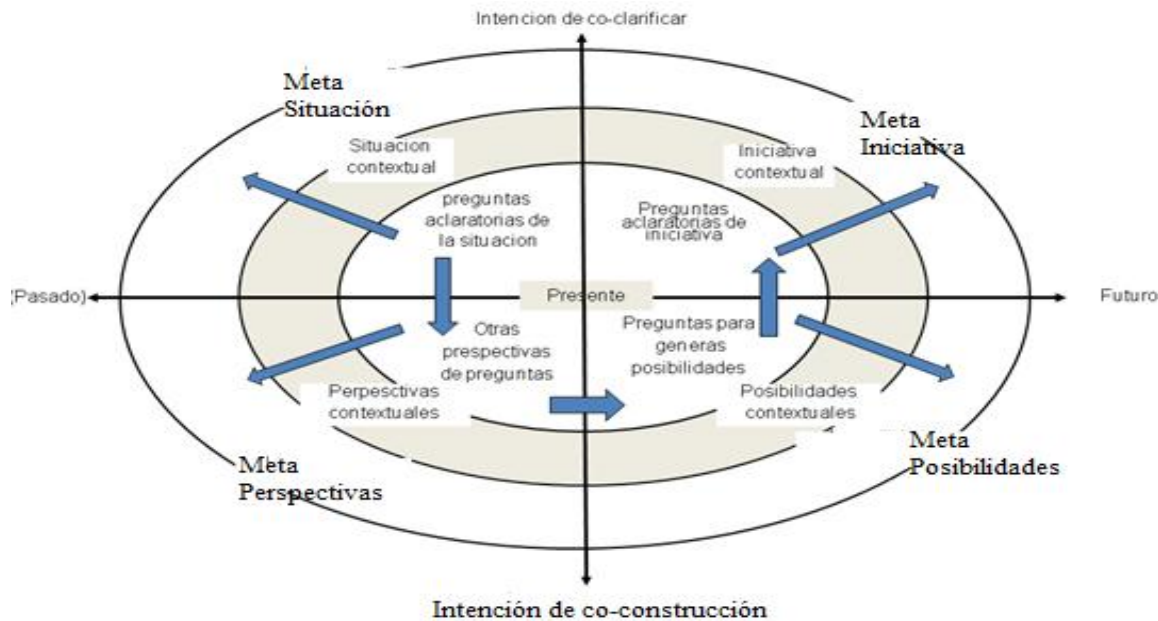
Finalmente en la propuesta de trabajo de Hornstrup & Tomm, citada por Tomm (2012) como se observa en la figura 23, las capas elípticas se superponen al diagrama de los tipos de preguntas anteriores, creando nuevas combinaciones de preguntas.



**Figura 23. Modelo final de intervención de Tomm & Hornstrup**

Fuente: Tomm, K. (2012). Expanding the Interventive Interviewing Framework with Contextual Questions, Meta-questions, and Enhanced Awareness. (p.16) Canadá: Universidad de Calgary

La propuesta de trabajo de Hornstrup & Tomm, citada por Tomm (2012) al igual que la de este trabajo se basa en la secuencia que se observa en la figura 24, es decir comenzar de las preguntas del centro para posteriormente formular las preguntas de las capas exteriores.



**Figura 24. Secuencia en la formulación de preguntas**

Fuente: Tomm, K. (2012). Expanding the Interventive Interviewing Framework with Contextual Questions, Meta-questions, and Enhanced Awareness. (p.37) Canadá: Universidad de Calgary

La secuencia se explica de la siguiente forma: se inicia por todos los tipos de preguntas del cuadrante superior izquierdo, es decir, todas las preguntas sobre la situación, iniciando por las aclaratorias, posteriormente las de contexto y finalmente las meta preguntas; posteriormente realizamos las preguntas del cuadrante inferior izquierdo, es decir, las preguntas sobre otras perspectivas, una vez iniciando desde el centro hacia afuera; proseguimos con las preguntas sobre posibilidades, en el mismo orden que las anteriores y finalizamos con las preguntas sobre iniciativas.

## **7. HERRAMIENTAS DE LA PSICOTERAPIA**

Algunas herramientas pueden ayudar a profundizar más en la situación del cliente, lo cual permite al psicoterapeuta poder generar posibles hipótesis, o sólo aclarar las situaciones presentadas. En este apartado se revisarán algunas herramientas como son es el genograma y los ciclos vitales de la familia, que serán utilizadas en la propuesta de trabajo que se propone.

### **7.1. Genograma**

La realización del genograma durante la primera entrevista permite obtener información concreta sobre quién integra la familia del cliente. Un genograma es un formato para dibujar un árbol genealógico que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones sobre –por lo menos– tres generaciones, muestran además, un vistazo rápido de patrones familiares complejos y ayuda a generar una hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar y la evolución del problema (McGoldrick & Gerson, 2000). Además en la presente propuesta, esto se complementa con el ciclo vital de la familia.

Los genogramas son principalmente usados por los médicos desde una perspectiva lineal, para resumir la información familiar, sin embargo, como menciona McGoldrick y Gerson (2000), la información de un genograma se entiende mejor desde una perspectiva sistémica, ya que los genogramas puede ayudar a los miembros de una familia a verse a sí mismos de una manera diferente, reinterpretarse y poder “unir” a las familias en la terapia. Se le permite al



entrevistador volver a formular, a desintoxicar de las cargas emocionales a la familia, creando una perspectiva sistémica que ayuda a rastrear problemas familiares a través del tiempo y del espacio. Los genogramas muestran:

- La estructura de una familia.
- Las relaciones entre los miembros de una familia.
- Información básica sobre los miembros de la familia

Lo principal de un genograma es la descripción gráfica de cómo los diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente relacionados de una generación a la siguiente. Para una mayor comprensión en el apéndice 1 se podrá encontrar las reglas básicas para realizar un genogramas.

## **7.2 Ciclo Vital de la Familia Cotidiana**

Según Virseda (2003) en su libro *Interpretación del ciclo vital de la familia* explica que la familia es un sistema en constante cambio; por lo tanto, pasa por etapas o ciclos normativos de desarrollo. En cada uno de esos ciclos hay una serie de cambios: en su estructura, en la manera de interactuar y de comunicarse de sus miembros, en el establecimiento de límites y reglas, en sus necesidades y en la expresión del afecto.

En esta propuesta para intervenir la depresión, es de suma importancia localizar en qué etapa de la vida se localiza nuestro cliente, ya que su depresión se puede deber a un mal manejo en el cambio de una etapa a otra, o puede ser de ayuda para identificar las próximas metas del cliente de acuerdo a la etapa en la que se encuentre.

Como menciona Cortés en el artículo “El proceso de reflexión” (2010, p.14) se busca trabajar con problemáticas que se presentan durante el ciclo vital del desarrollo del individuo (conflictos emocionales, etc.), la pareja (separación, divorcio emocional, etc.) y la familia (crisis en la etapa de los hijos adolescentes, desintegración familiar, etc.)

Según Virseda (2003) los ciclos por los que pasa la familia son los siguientes: el desprendimiento, la formación de la pareja (encuentro), la familia con hijos pequeños y de edad escolar (hijos), la familia con hijos adolescentes (adolescencia) , la familia con hijos adultos (reencuentro) y la familia en la etapa tardía(vejez) y se constan de las siguientes características:

La primera etapa, el *desprendimiento*, se caracteriza porque la persona se encuentra en la etapa final de la adolescencia, en la que tiene que enfrentar situaciones diversas con una mayor responsabilidad, libertad y autonomía, esta etapa no tiene una edad específica, ya que el momento en el que una persona se tenga que enfrentar a estas situaciones puede variar de cultura a cultura. El individuo en esta etapa se dirige hacia la independencia y, por lo tanto, se desprende de su familia. Es muy común que en esta etapa se enfrente a decisiones sobre su vocación, relaciones sociales más complejas o duraderas y la elección de una pareja.

El reto principal para la familia en este período es apoyar las decisiones de su hijo o hija, reflexionar acerca de cuáles son sus objetivos de vida, para este propósito resulta útil la creación de un proyecto de vida. Es conveniente que en esta etapa los jóvenes desarrollen ciertas habilidades como son, por ejemplo, la asertividad, la autoestima, la seguridad, la capacidad de

negociación y un sistema adecuado de toma de decisiones. Es importante que los padres permitan tomar a sus hijos sus propias decisiones, para generarles independencia.

La segunda etapa, *la formación de la pareja*, se caracteriza por un cambio de jerarquización. En esta etapa el reto principal del individuo reside en adoptar el rol pareja que conlleva al establecimiento de las nuevas pautas de interacción para las negociaciones, la intimidad, la economía y las interacciones familiares-sociales; así se constituye la estructura conyugal, si en la etapa anterior no se lograron adquirir las habilidades necesarias, en esta etapa pueden surgir conflictos para afrontar el rol.

*La familia con hijos pequeños y de edad escolar* es la tercera etapa. Hay una serie de características notorias en esta etapa. Antes que nada, la pareja en que la mujer está embarazada pasa por una serie de cambios físicos y emocionales y cabe destacar que estos cambios son diferentes tanto para el hombre como para la mujer, ya que cada quien lleva diferentes cargas culturales. Es muy frecuente encontrar sentimientos ambivalentes, como tristeza, felicidad y temor o sentimientos de incapacidad para manejar la responsabilidad de ser padres. Después de que nace el primogénito, hay una serie de cambios estructurales en la pareja y en la familia. Cuando los hijos ingresen a la escuela, hay que reestructurar nuevamente la pareja y hay que darles a los hijos las herramientas sociales necesarias para la buena convivencia escolar, como el respeto, la asertividad, la autoestima y la colaboración.

La cuarta etapa es *la familia con hijos adolescentes*. Este período se caracteriza por la coincidencia de la crisis de la mediana edad, por la que pasan los padres y la crisis de transición de los hijos. La crisis de la mediana edad de los padres es un período para replantearse los logros personales, conyugales y familiares; en este período, además, ocurren muchos cambios físicos y en la salud, mismos que provocan el temor a perder la juventud.

Los adolescentes por su parte enfrentan transformaciones de tipo físico, axiológico, sexual, social, cognitivo y psicológico, el reto es cómo poder manejar estos cambios y dirigirlos adecuadamente, es decir, hay que reestructurar a la familia de modo que la nueva estructura sea funcional.

La quinta etapa es la *familia con hijos adultos*. Las características de esta etapa es que los hijos adquieren un rol independiente, y tienden a desprenderse de los padres, así como estos en su momento lo hicieron en su adultez temprana; los miembros de la pareja pasan de ser padres a abuelos; se genera la crisis del nido vacío, en la que los padres sienten una ausencia emocional y existencial por el desprendimiento de los hijos; hay una reestructuración familiar y de pareja y se replantea nuevamente la relación.

La última etapa, *la etapa tardía*, se caracteriza por los muchos cambios físicos que ocurren en ella. En este período hay un notable deterioro de la salud, por lo cual requieren de los cuidados de los hijos, se dan la jubilación o la pérdida del trabajo, la pérdida del cónyuge y la recapitulación de la vida.

### **7.3 Ciclo Vital de la Familia Diversa**

Uno de los primeros modelos teóricos relacionado con las etapas del divorcio, quizá el más delineado es el de Bohanna. Este modelo señala que las seis etapas que describe pueden ocurrir en secuencias diferentes y en distintas intensidades (Rage, 1997). Sin embargo inevitablemente

cada una de ellas es experimentada en algún momento del proceso: antes, durante o después de la separación, estas etapas son las siguientes:

- 1) Divorcio emocional: Según Rage (1997) comienza cuando los esposos adquieren conciencia de sus sentimientos de inconformidad e insatisfacción implica básicamente dos cosas:
  - a) La renuncia al objeto
  - b) La adquisición de una forma de luto. En ocasiones aparece al menos uno de los esposos antes que cualquier otro aspecto del divorcio.
- 2) Divorcio legal: A través del divorcio legal, se consigue algo imposible de alcanzar por otros procedimientos: la facultad de poder un matrimonio otra vez.
- 3) Divorcio económico: en el mundo occidental la persona casada configura una unidad económica (se le puede llamar una unidad de propietarios, según el régimen matrimonial que adopten).

En el caso de divorcio, las propiedades que han pertenecido a la sociedad matrimonial deben ser divididas según el tipo de sociedad conyugal que optó al casarse. Esto, por regla general, nunca es fácil, ya que de ordinario siempre hay inconformidad en la forma de reparto.

- 4) Divorcio comunitario: en algún momento del matrimonio, la pareja puede entrar en una nueva comunidad y a la vez puede haber un desprendimiento de cierta comunidad, este cambio se vive como una nueva experiencia de crecimiento y representa un nuevo reto.

En el divorcio comunitario la persona tendrá que emplear, positivamente antiguas técnicas, quizá olvidadas, para adquirir nuevas amistades, o posiblemente puede verse condenada

a la tradicional soledad en que a veces se encuentra refugiado el divorciado en vías de organización.

- 5) Divorcio coparental: Cuando la pareja logro tener una familia con hijos es necesario que haya una convivencia o acuerdos en cuanto a la educación de los hijos y los arreglos económicos.
- 6) Separación de la dependencia (separación psíquica): en esta última etapa la persona es confrontada con el problema de la autonomía, lo cual se refiere a la separación de la personalidad e influencia del ex esposo. Esta etapa es especialmente difícil, si tenemos en cuenta, que la mayor parte de los divorcios parecen ocurrir entre personas que no han alcanzado aun esta autonomía y por ende pudieron surgir conflictos en la relación.

Las herramientas revisadas anteriormente serán utilizadas en la propuesta de intervención de este trabajo con la intención de poder profundizar y reflexionar sobre la situación actual de cliente, en caso de que su familia se encuentre en dicha transición.

## **8. PROPUESTA DE MODELO PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN CON VIDEO REFLEXIÓN BASADO EN LA INTERVENSIÓN DE KARL TOMM**

Esta propuesta surge de la preocupación del uso exclusivo de fármacos por parte del enfoque médico como una primera opción para tratar la depresión, ya que la bajó la ideología de dividir en endógena y exógena la depresión, suena coherente administrarlos si se trata de una depresión de tipo endógena, sin embargo en el caso de la depresión de tipo exógena, el uso de fármacos para tratarla puede resultar insuficiente, siendo necesario la atención psicoterapéutica, además cabe recordar el hecho de que ambos tipos de depresiones están fuertemente conectadas.

En investigaciones se ha mencionado que aunque pareciera ser que el tratamiento con psicoterapia puede resultar más cara a corto plazo, a largo plazo resulta más conveniente económicamente, ya que pueden evitar recaídas, e incluso hay más beneficios cuando se combina la psicoterapia con fármacos.<sup>17</sup>

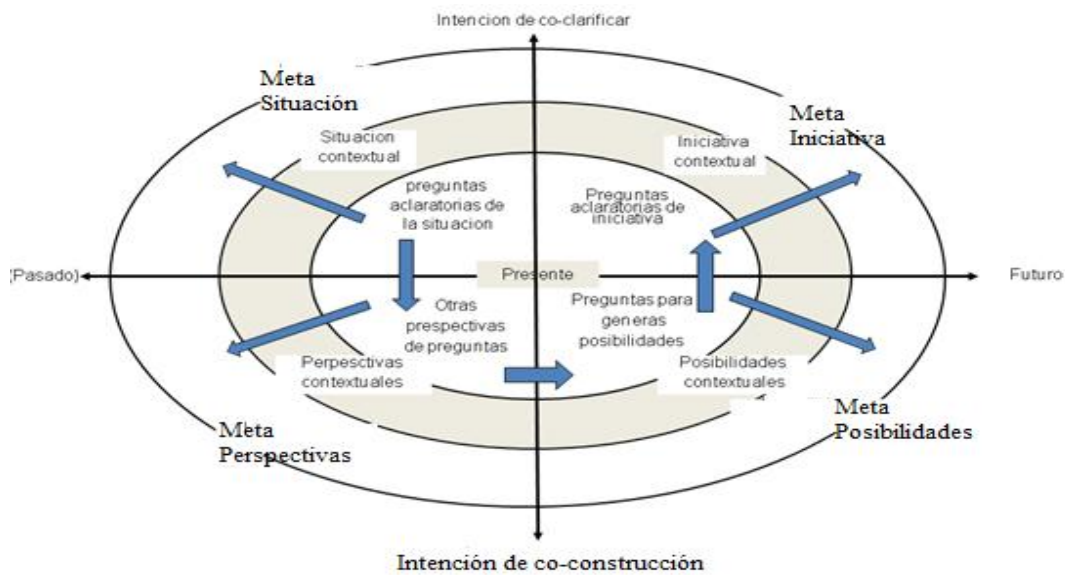
Otra debilidad del modelo médico desde un punto de vista personal, es el diagnóstico mediante el DSM, procedimiento que desde la visión sistémica, representa un error, puesto que “etiqueta” al sujeto de manera que se modifica la percepción del sujeto en cada uno de sus medios. Es por eso que a continuación se presenta una propuesta de intervención desde la postura de Karl Tomm y el video reflexión para el tratamiento de la depresión. En esta propuesta se pretende trabajar mediante psicoterapia individual.

---

<sup>17</sup> Véase Lara-Muñoz, M. del C.; Robles-García, R.; Orozco, R.; Real, T.; Chisholm, D. & Medina-Mora, M. E. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*. Vol. 33 No. 4; 301-308.

## **8.1 Secuencia de preguntas para la intervención basadas en la propuesta de Tomm & Hornstrup**

Primero se comenzará por explicar la estructura que se propone durante las sesiones, aunque cabe aclarar que ésta no es rígida y se modificar si así se requiriera durante las sesiones. Como se observa en la figura 25, la propuesta de trabajo de Hornstrup & Tomm consta de tres capas, y el orden de las preguntas va del interior hacia el exterior.

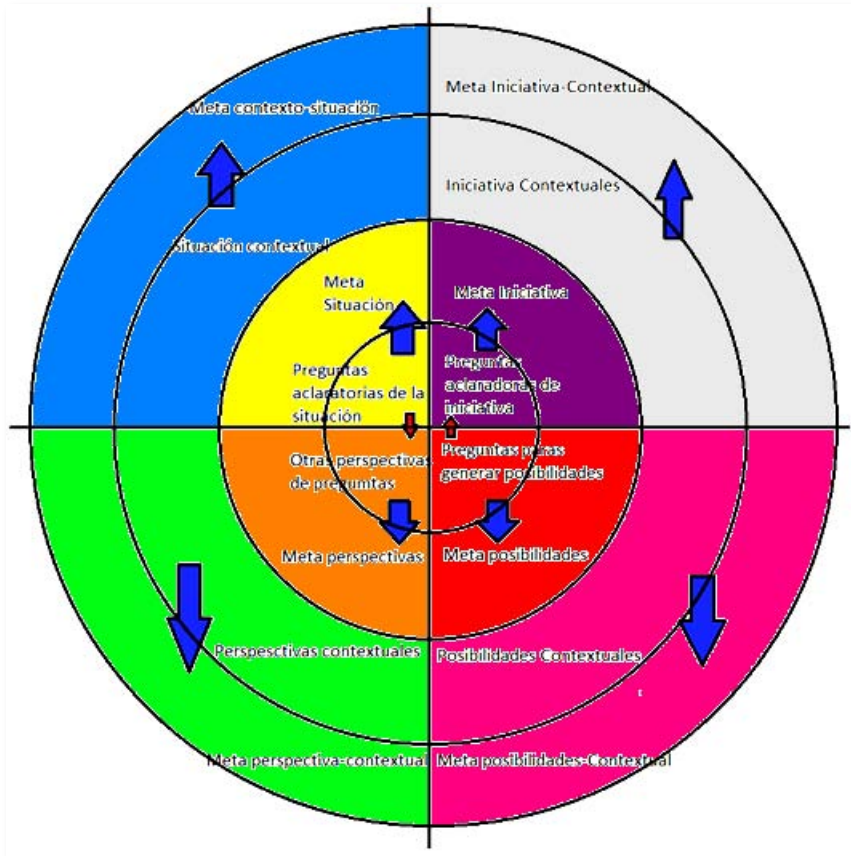


**Figura 25. Secuencia en la formulación de preguntas de Hornstrup & Tomm (2009)**

Fuente: Tomm, K. (2012). Expanding the Interventive Interviewing Framework with Contextual Questions, Meta-questions, and Enhanced Awareness. (p.37) Canadá: Universidad de Calgary



El esquema de este trabajo se muestra en la figura 26, se puede observar que se agrega una nueva capa de meta preguntas, que se formulará posteriormente de las preguntas situacionales.



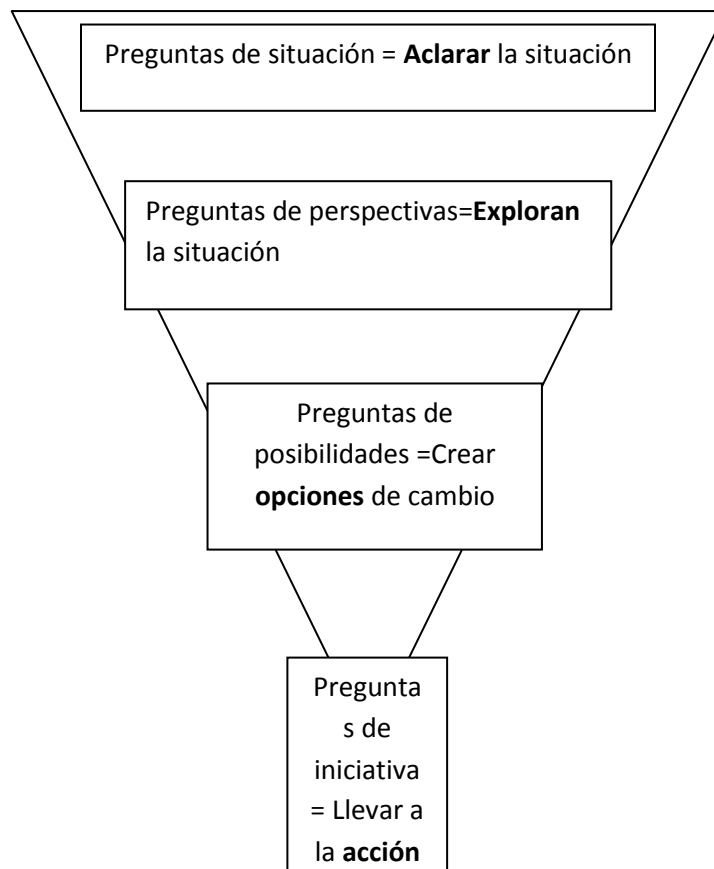
Colores	Secuencia de acción
	Preguntas Sesión 1
	Preguntas Sesión 2
	Preguntas Sesión 3
	Preguntas Sesión 4
	Preguntas Sesión 5
	Preguntas Sesión 6
	Preguntas Sesión 7
	Preguntas Sesión 8

**Fig. 26. Secuencia de la propuesta de trabajo**

La secuencia de la figura 26 se explica de la siguiente forma:

- 1) Se propone iniciar por las preguntas aclaratorias de la situación y posteriormente las meta preguntas de la situación
- 2) Continuar con preguntas de otras perspectivas y posteriormente las meta preguntas de perspectivas
- 3) Preguntas para generar posibilidades y posteriormente meta preguntas de posibilidades
- 4) Preguntas aclaratorias de la iniciativa y posteriormente meta preguntas de iniciativa
- 5) Preguntas de la situación contextual y posteriormente meta preguntas de contexto-situación
- 6) Preguntas de perspectivas contextuales y posteriormente meta preguntas de perspectiva contextual
- 7) Preguntas de posibilidades y posteriormente meta preguntas de posibilidades-contextual
- 8) Preguntas de iniciativa contextual y posteriormente meta preguntas de iniciativa-contextual

Visto de otra manera, la figura 27 muestra la secuencia básica en forma de cono, en donde se va especificando cada vez más la intervención. Se comienza con preguntas de situación, para aclararle al terapeuta y al equipo reflexivo, los motivos, por los cuales, el cliente asiste a terapia, después se propone continuar con las preguntas de perspectivas, para explorar la situación, posteriormente las de posibilidades para generar un cambio en la situación del cliente y finalmente las preguntas de iniciativa para que el cliente lleve las reflexiones a la acción, sin embargo es importante mencionar que este orden en las preguntas puede ser modificado según como se vaya desarrollando la entrevista, es decir, si el terapeuta o el equipo reflexivo consideran prudente hacer algún otro tipo de pregunta, la puede realizar.



**Figura 27. Secuencia del tipo de preguntas**

## **8.2 Sesión 1**

En la primera sesión el terapeuta recibe al cliente, durante esta sesión se le explica la manera en la que se pretende trabajar durante las sesiones, es decir, se solicita la autorización para la grabación, mediante un consentimiento informado (Apéndice 2) y la presencia del equipo reflexivo. Durante la sesión, se va a recabar información sobre la estructura familiar utilizando Genograma e identificará la etapa en la que se encuentra mediante ciclo vital de la familia normativa / diversa, el entrevistador va a proseguir a realizar las preguntas sobre la situación.

### **8.2.1. Preguntas aclaratorias de la situación**

Se usan para orientar al terapeuta acerca de la situación del cliente y se basan en suposiciones lineales sobre la naturaleza de la depresión. La intención es predominantemente de investigación, es por eso que se centran en el pasado y el futuro. La mayoría de las entrevistas comienzan con al menos algunas preguntas lineales. Esto es a menudo necesario para "unirse" a los miembros al cliente a través de su visión de la situación problemática. Con este modo de consulta, el terapeuta tiende a adoptar una postura reduccionista para tratar de determinar la causa específica del problema y por lo tanto aclararlo para el entrevistador y el equipo reflexivo (Tomm, 1986).

- ¿Cuál es su principal preocupación en este momento?
- ¿Cuál es su comprensión de cómo las cosas llegaron a este punto?

- ¿Cómo inició su depresión? (características)
- ¿A partir de que evento comenzó su depresión?
- ¿dónde inició su depresión? (algún país, localidad, residencia, etc.)
- ¿cuándo inició su depresión?
- ¿Por qué?

### **8.2.2. Meta preguntas de la situación**

Las preguntas tienen el objetivo de cuestionar al cliente sobre información que él considere importante sobre su vida, su situación, y que no se haya proporcionado, sin embargo es probable que nuestro cliente se encuentre medicado y le cueste un poco de trabajo responder este tipo de preguntas:

- ¿Con que finalidad consideras que formule las preguntas anteriores?
- ¿Qué otra pregunta que no te he hecho consideras que podría ser importante formularte?

A continuación se le va a preguntar al cliente si le gustaría oír algunas reflexiones del equipo reflexivo, una vez que el cliente dé su autorización, el equipo reflexivo intervendrá. Se proponen los tipos de preguntas reflexivas que son propuestas por Tom Andersen, aunque también pueden hacer uso de otros elementos como por ejemplo las metáforas, el equipo reflexivo puede realizar cualquier pregunta que considere pertinente de acuerdo al discurso del cliente. Al finalizar la intervención se le pregunta al cliente, si existe alguna reflexión que llamara su atención y el entrevistado continuará dialogando sobre ello. Una vez terminada la conversación, se le

pregunta al cliente si le interesaría ver el video de la sesión, una vez que el cliente observa el video, se le pregunta por algunas posibles reflexiones u observaciones. Si el entrevistador considera necesario, puede pedir otra intervención del equipo reflexivo. Este procedimiento se repetirá en cada sesión después de plantear las preguntas propuestas, así que en los posteriores apartados de las sesiones se omitirá este procedimiento.

### **8.3 Sesión 2**

Al inicio de cada sesión se puede preguntar por algún probable cambio en la situación del cliente o una nueva reflexión.

#### **8.3.1 Preguntas de otras perspectivas**

En la sesión 2, se prosigue a intentar influenciar diferentes visiones mediante este tipo de preguntas, sobretodo porque el cliente depresivo suele estar “etiquetado” bajo el rotulo de depresivo, lo cual a veces reduce las posibilidades de recuperación, ya que se centran en el pasado y el presente, se busca co-construir la situación. La intención detrás de estas preguntas es predominantemente exploratoria, el terapeuta se comporta más como un explorador, investigador o científico que está fuera para hacer un nuevo descubrimiento. Las preguntas además nos pueden ayudar a dar a luz a " patrones " que conectan personas, objetos, acciones,

percepciones, ideas, sentimientos, acontecimientos, creencias, contextos y así sucesivamente, en los circuitos, relacionados a la depresión, por lo tanto tienden a caracterizarse por una curiosidad general acerca de la conexión posible de eventos que incluyen el problema, en lugar de una necesidad específica de conocer el origen exacto del problema (Tomm, 1986).

- ¿Cómo describirían tus colegas su situación?
- ¿Qué hay del punto de vista de tu mejor amigo?
- ¿Quién crees que se preocupa más sobre tu depresión?
- ¿Quién te imaginas que se preocupa menos?”
- ¿Qué pasa con las otras personas cuando tú te preocupas?
- ¿Qué crees que signifique para otras personas que tú tengas depresión?
- ¿Cómo crees que otras personas noten que tienes depresión?
- ¿Crees que otras personas te consideren diferente?

### **8.3.2 Meta preguntas de otras perspectivas**

- ¿Por qué crees que te formulo estas preguntas?
- ¿Consideras que hay otra pregunta que me pueda ayudar a entender la perspectiva de otras personas?

### **8.4. Sesión 3**

#### **8.4.1. Preguntas para generar posibilidades**

Este tipo de preguntas es importante, ya que es momento de que el cliente empiece a generar cambios en la manera de ver su situación, una vez ya aclarada las situaciones y las perspectivas con respecto al problema. Éstas tienen el propósito de influir en el cliente o la familia de una manera indirecta o general y se basan en supuestos circulares sobre la naturaleza del proceso, que tienen lugar en el sistema terapéutico. La intención detrás de estas preguntas es predominantemente de facilitación. Se supone que el cliente es un individuo autónomo y no pueden ser instruidos directamente, por lo tanto el terapeuta se comporta más como una guía o entrenador para alentarlos para movilizar sus propios recursos para resolver sus problemas. Este tipo de preguntas se basan en el presente y el futuro, y tiene una intención co-constructiva (Tomm, 1986).

Se sugiere que el entrevistador comience con algunas preguntas como las siguientes, después de preguntar sobre posibles cambios de la situación depresiva.

- ¿Cuál es el resultado que usted prefiere al asistir a estas sesiones?
- ¿Cuáles podrían ser algunos mejores resultados incluso de lo que puedas imaginar?



### **8.4.2. Meta preguntas de posibilidades**

- ¿Por qué consideras que te formulo estas preguntas?
- ¿Consideras que te puedo formular otra pregunta que me ayude a explorar tus posibilidades?

## **8.5 Sesión 4**

### **8.5.1. Preguntas aclaratorias de iniciativa**

Se espera que el cliente comience a reflexionar sobre posibles soluciones o diferentes visiones a su situación, por lo tanto se supone que con las preguntas de iniciativa comience a delimitar el paso que debe de dar para cambiar su situación, si es que aun no lo ha hecho o puede llevarlo a realizar cambios más concretos. Este tipo de preguntas tienen el fin de influir en el cliente de una manera específica y se basan en los supuestos lineales sobre la naturaleza del proceso terapéutico. La intención detrás de estas preguntas es predominantemente correctiva. Se supone que la interacción instructiva es posible. El terapeuta se comporta como un maestro, instructor o el juez, al guiar al cliente sobre cómo posiblemente podría comportarse con base a las respuestas que él dé (aunque sea indirectamente en forma de preguntas). Sobre la base de hipótesis formuladas sobre la dinámica de la familia del cliente, el terapeuta llega a la conclusión de que

algo está " mal" y a través de cuestiones estratégicas trata de preparar al cliente para el cambio, es decir, pensar o comportarse de manera más " correcta" (Tomm, 1986).

Se propone que el entrevistado comience con algunas preguntas como las siguientes, después de preguntar sobre posibles cambios de la situación depresiva:

- ¿Cómo podría avanzar hacia esos resultados?
- Sobre la base de lo que hemos hablado hasta ahora, ¿qué pasos habría que considerar ahora?
- ¿Por qué no hablas con tu familia acerca de tus preocupaciones?
- ¿Consideras que podría ayudarte a avanzar conseguir un empleo?
- ¿Cómo podría ayudarte el dejar de considerar tu situación depresiva como limitante?

### **8.5.2 Meta preguntas de iniciativa**

- ¿Por qué consideras que te formulo estas preguntas?
- ¿Consideras que te puedo formular otra pregunta que me ayude a explorar algunas posibles iniciativas?

## **8.6 Sesión 5**

### **8.6.1 Preguntas de la situación contextual**

Una vez que el cliente comienza a generar reflexiones y cambio en cuanto a su persona, se propone que se comience a explorar, en cuanto al contexto que rodea la situación depresiva del cliente, es decir costumbres, hábitos, historia familiar, contexto familiar, etc.

- ¿Cuál es el contexto histórico en que tuvo origen a esta situación?
- ¿Qué significa la institucional, la comunidad o contexto cultural para usted?
- ¿Existe algo dentro de tu historia familiar que ayude a que te mantengas en tu situación?
- ¿Existen algunos hábitos que te mantengan en tu situación?
- ¿Existen algo en tu entorno físico (lugares) que te mantenga en tu situación depresiva?
- ¿Existen algunos juicios o valores que hagan que tu situación no mejore?
- ¿Existe algo dentro de tu historia familiar que pueda ayudar a que mejore tu situación?

Tomm (2012) propone diferenciar algunos niveles de preguntas contextuales:

- Nivel físico: comida, refugio, el espacio en el hogar, oficina, medio ambiente, ecología, genética, etc.

- Nivel de relación: la familia de origen, los amigos, los vecinos, los mentores, redes sociales, etc.
- Nivel Socio- cultural: la raza, el origen étnico, los discursos culturales, las injusticias sociales, financieras, legales, éticos, espirituales, etc.

Algunos ejemplos de este tipo de preguntas son las siguientes:

- Nivel físico
  - ¿Qué circunstancias físicas / limitaciones podría limitando su situación actual?
- nivel de relación
  - ¿Lo personal / profesional / relaciones de la comunidad podrían estar contribuyendo a su estancamiento actual?
- Nivel socio -cultural
  - ¿Qué ideas / creencias / supuestos / mandatos de la cultura podría ser opresiva o limitar su movimiento?

### **8.6.2 Meta preguntas de contexto-situación**

- ¿Cómo te sientes acerca de las preguntas que yo he hecho hasta ahora?
- ¿Por qué crees que te he hecho estas preguntas?
- ¿Qué otras preguntas podría pedir para ayudar a entender el contexto/entorno de tu situación?

## **8.7 Sesión 6**

### **8.7.1 Preguntas contextuales de otras perspectivas**

Tienen la finalidad de explorar las ideas u opiniones de otras personas en cuanto al entorno en el que se desenvuelve la situación del cliente y de hacerlo reflexionar sobre cómo el contexto está manteniéndolo en su situación.

- Si su situación se colocaron en un/a historia familia/lugar/ juicios/ valores/ hábitos diferentes, ¿cómo se ve de otra manera?
- ¿Qué otro/s historia familia/lugar/ juicios/ valores/ hábitos podrían arrojar una luz diferente sobre la situación?
- Según la opinión de alguien de tu familia ¿qué lugares/juicios/hábitos/valores te están manteniendo en tu actual situación?
- Según la opinión de alguien de tu familia ¿qué lugares/juicios/hábitos/valores te pueden ayudar a salir de tu actual situación?

Ejemplificando lo anterior con los diferentes niveles de Tomm:

- Nivel físico
  - ¿Qué otras circunstancias (físicas) podrían haber influido en su actual situación de manera diferente?

- Nivel de relación
  - ¿Qué otras posibles relaciones personales o profesionales podrían haber influido en su situación actual?
- Nivel socio -cultural
  - ¿Qué otras ideas / creencias / supuestos / mandatos de la cultura puede influir en su situación actual de manera diferente (por ejemplo, a favor de la justicia)?

### **8.7.2 Meta pregunta de perspectivas-contextual**

- ¿Acerca de qué más podría preguntarte que podría darte una visión muy diferente de tu situación?
- ¿Por qué crees que estoy haciéndote estas preguntas?

Al finalizar la sesión se le pregunta al cliente sus reflexiones y qué se propone hacer para la siguiente sesión.

## **8.8 Sesión 7**

### **8.8.1 Preguntas de posibilidades contextuales/ Preguntas contextuales para generar posibilidades**

Buscan que el cliente reflexione sobre su diversidad de entornos que le permitirían cambiar su situación o manera de pensar que mantiene actualmente.

- ¿Qué tipo de cambios de lugares/juicios/hábitos/valores te imaginas que podría permitir que usted se mueva hacia adelante?

Ejemplificando los diferentes niveles propuestos por Tomm:

- Nivel físico
  - ¿Qué nuevas circunstancias físicas podría permitir cambios constructivos en su situación actual?
- Nivel de relación
  - ¿Qué nuevas relaciones personales o profesionales pudiste imaginar que permita las posibilidades futuras?
- Nivel socio -cultural
  - ¿Qué nuevas ideas / creencias / supuestos / mandatos podría adoptar que podría liberar a usted y / o le impulsan hacia adelante en algunas de las posibilidades para el futuro?

### **8.8.2 Meta preguntas de posibilidades contextuales /Meta pregunta para generar posibilidades**

- ¿Qué otra cosa podía preguntarle acerca de su contexto podría ayudarle a avanzar a usted mismo, para pensar fuera de la caja?

## **8.9 Sesión 8**

### **8.9.1 Preguntas de iniciativa contextual**

Estas preguntas indagan en la manera para generar en el cliente ideas de iniciativa que lo ayuden a “dejar” su situación depresiva, para que finalmente las lleve al acto.

- ¿Qué pasaría si modifica esos juicios que tiene de su situación y que no le permite avanzar? ¿Cómo podría lograrlo?
- ¿Cómo podría modificar esos hábitos que lo mantienen en su situación?



Ejemplificando los niveles propuestos por Tomm:

- Nivel físico
  - ¿Qué cambios específicos en las circunstancias físicas deben aplicarse para seguir adelante?
- Nivel de relación
  - ¿Qué relaciones personales o profesionales va a celebrar para mantener su impulso?
- Nivel socio -cultural
  - ¿Qué ideas / creencias / supuestos / interdictos le privilegios y / o adoptar para formular y aplicar las políticas que necesita para seguir adelante?

### **8.9.2. Meta preguntas de iniciativa contextual**

- ¿Qué más debo estar explorando con usted para aclarar los efectos potenciales de las medidas que está considerando?

Finalmente cabe resaltar que el objetivo de que el cliente observe la grabación, es que pueda hacer un contraste en el cambio de su manera de pensar actual, y el que observa en la grabación, si el cliente observa el proceso en el que se dio la apertura en la forma de pensar, generará reflexiones sobre su situación y su visión. Finalmente el cliente tendrá recursos para

futuras situaciones problemáticas o posibles recaídas de depresión, de igual manera se busca que se dé a lugar el proceso de conocer-sentir-actuar.

Desde la perspectiva de un observador, las psicoterapias son esencialmente conversaciones. Sin embargo, no son conversaciones ordinarias, las conversaciones terapéuticas son organizadas por el deseo de aliviar el dolor y el sufrimiento mental y para producir la curación, mientras que otras conversaciones pueden no tener efectos terapéuticos.

Cada declaración plantea ciertas preguntas y cada pregunta implica ciertas declaraciones. Esta "realidad " puede ser válida desde el punto de vista de un observador que realiza un análisis en profundidad de las transacciones verbales y lo que se busca con el video-reflexión es no sólo considerar una realidad, sino contrastar la visión actual y la anterior.

Una de tantas ventajas de los terapeutas haciendo preguntas, y al abstenerse de hacer declaraciones, es que los clientes piensan en sus problemas por sí mismos. Esto fomenta la autonomía del cliente y permite un mayor sentido de la realización personal de los miembros de la familia cuando el cambio terapéutico se lleva a cabo, en lugar de la dependencia en el "conocimiento especial" del terapeuta.

Por otra parte, algunas preguntas pueden ser extremadamente molestas o amenazantes. Una larga serie de preguntas puede ser experimentada como una inquisición o como castigo. Estas posibilidades ponen de manifiesto la necesidad de terapeutas para monitorear la conversación continuamente y evitar que sus preguntas se vuelvan contraterapéuticas. Es necesario que haya un equilibrio entre el número de preguntas y las declaraciones.

## **8.10. Consideraciones para el entrevistador y/o equipo reflexivo**

Tomm (2012) menciona dos tipos generales de meta preguntas, que resultan muy útiles para mantenerse en la postura construccionista, ya que una va dirigida al entrevistado o al equipo reflexivo y otra al cliente.

- Para uno mismo
  - ¿Qué preguntas debo estar preguntando a este cliente?
  - ¿Por qué estoy haciendo esta pregunta en particular?
- Para el cliente
  - ¿Son estas preguntas significativas o relevantes para usted y su situación?
  - ¿Qué más debo estar preguntando acerca de este tema?

### -Meta Preguntas de Situación

- Para uno mismo
  - ¿Qué más podía preguntar que podrían ayudarnos a entender lo que mantiene a esta persona atrapada en esta situación?
  - ¿Qué más puedo preguntar para revelar factores / aspectos más contextuales que pueden ser opresora y / o restringir mi cliente (s)?
  - ¿Debo hacer preguntas aclaratorias adicionales aquí o es tiempo de seguir adelante?
- Para el cliente

- ¿Qué otra cosa podría estar preguntando sobre eso que ayudaría a entender su situación con más detalle?
- ¿Cómo te sientes acerca de las preguntas que me he estado preguntando hasta ahora?
- ¿Algunas preguntas acerca de la injusticia / la injusticia ha sido útil?
- ¿Está bien si me muevo ahora a otro tipo de preguntas?

#### -Meta Preguntas de Perspectiva

- Para uno mismo
  - ¿Quién más en esta situación podría ofrecer una perspectiva diferente, a quien podría preguntar?
  - ¿Qué factores / aspectos contextuales adicionales podría pedir con el fin de arrojar nueva luz sobre esta situación?
  - ¿Debo estar haciendo preguntas más alternativas de perspectiva aquí o debo seguir adelante?
- Posiblemente para el cliente
  - ¿A quién más podría preguntarle que tuviera un punto de vista muy diferente?
  - ¿La perspectiva de quién podría preguntar que ayudará a ver otro punto de vista de su situación?
  - ¿Podrían algunas preguntas desde una perspectiva de justicia social, añadir algunas nuevas ideas?

#### -Meta Preguntas de Posibilidades

- Para uno mismo

- ¿Qué preguntas puedo pedir para abrir espacio para que esta persona vea las cosas de manera diferente y en conjunto para generar nuevas posibilidades?
- ¿Qué puedo hacer para que mi cliente se mueva potencialmente adelante?
- ¿Debería hacer más preguntas sobre posibilidades aquí o debo seguir adelante?
- Posiblemente para el cliente
  - ¿Qué otra cosa podría preguntar sobre eso que ayudaría a crear nuevos conocimientos y posibilidades?

#### -Meta Preguntas de Iniciativa

- Para uno mismo
  - ¿Qué pregunta podría hacer a esta persona para ayudar a aclarar los próximos pasos a seguir?
  - ¿Debo estar preguntando por pasos muy pequeños que él / ella podría tomar o un gran salto hacia adelante?
  - ¿Qué debo hacer para llamar la atención sobre algunas de las consecuencias potenciales de tal acción?
- Posiblemente para el cliente
  - ¿Qué otras preguntas puedo pedirle para explorar nuevas iniciativas y / o consecuencias de sus próximos pasos propuestos?

## 9. CONCLUSIONES

Las herramientas propuestas en este trabajo basadas en la terapia familiar sistémica muestran una perspectiva desde el construccionismo social, dicha perspectiva rompe con el paradigma médico, donde el terapeuta es el experto de la situación y sólo existe una sola realidad. En contraste con el construccionismo social, el terapeuta guía al cliente para reconstruir las explicaciones a la situación por la cual atraviesa, que probablemente sean las causas de sus sintomatología depresiva, por lo cual el cliente es el experto, que mediante una serie de preguntas identifica su propia percepción de la situación depresiva y ya que la realidad es algo que se construye también es posible re-construirla.

También es importante resaltar que en la interpretación de la conversación del cliente, está presente invariablemente la subjetividad del terapeuta, justamente sobre eso es de lo que nos habla la hermenéutica, pero en la interpretación del discurso el terapeuta se vuelve parte del sistema, logrando hacer un “reajuste” en la situación del cliente y justamente a esto se refiere otra de las bases de ésta propuesta de trabajo, la cibernética de segundo orden. El planteamiento de este trabajo le permite al terapeuta darse cuenta que es muy importante su intervención, ya que como parte del sistema, tiene la posibilidad de modificarlo, sin embargo también el psicoterapeuta se deslinda del papel de experto en el caso, permitiéndole al cliente asumir este rol.

Además, en el presente trabajo se unen dos herramientas dentro de la terapia familiar sistémica con enfoque conversacional, el equipo reflexivo y el proceso de video reflexión, el enfoque conversacional nos permite mediante el dialogo crear nuevas percepciones con respecto

a alguna situación, en este caso, la depresión, ya que cuando dejamos de verla como una etiqueta que el cliente adquiere, y se le da una nueva visión que le permite al cliente reflexionar de qué manera y qué factores están manteniendo el síntoma depresivo y qué podría hacer el cliente para cambiarlo.

El equipo reflexivo es una herramienta muy valiosa, ya que nos permite compartir con el cliente diferentes reflexiones que le puedan ayudar a “salir de la caja” , además de que cada miembro del equipo reflexivo genera su propio dialogo interno (sentir-conocer-actuar), lo cual aporta diferentes puntos de vista, enriqueciendo la visión del cliente; dicha herramienta en conjunto con el proceso de video reflexión le permite al cliente observarse a sí mismo en el proceso de reflexión, esto a su vez le puede ayudar a darse cuenta de qué manera se mantienen o se mantenían sus síntomas, creando nuevas realidades o nuevas visiones hasta donde él mismo cliente desee transformarlas, ya que siempre se respeta su integridad, por eso se hace mucho hincapié en observar cada signo que éste manifieste.

Las preguntas que propone Karl Tomm en su modelo de intervención son una valiosa herramienta para poder guiar al cliente a abrir la perspectiva sobre su realidad y encontrar nuevos significados a su discurso, en los diferentes tipos de preguntas se encuentran preguntas que buscan primeramente aclarar la situación, cuya finalidad es que el terapeuta entienda el fenómeno de la manera en qué lo ve el cliente; posteriormente las preguntas sobre otras posibles perspectivas de la situación, tienen la finalidad de invitar al cliente a ver su situación de otra manera; en cuanto a las preguntas sobre las posibilidades que puede generar el cliente, buscan invitarlo a “salir de la caja” y finalmente las preguntas sobre posibles acciones de iniciativas, que lo invitan a generar una acción concreta para cambiar su situación. Parte de la riqueza en el modelo de Karl Tomm también se encuentra en que no sólo se aclara la situación en el presente,

también permite hacer cada una de las preguntas mencionadas anteriormente con una visión en el contexto y finalmente proponen que junto con el cliente se cuestionen el por qué de dichas preguntas, es decir, propone meta preguntas.

El conjunto de todas estas herramientas (equipo reflexivo, proceso de video-reflexión y modelo de intervención de Karl Tomm) para generar una nueva propuesta de intervención para tratar dicha condición, resulta valiosa en la práctica psicoterapéutica, en comparación con la intervención médica en donde se le suelen dar fármacos a los clientes para su recuperación, dejando de lado la importancia de la psicoterapia, ya que esta visión propuesta evita diagnosticar al cliente de forma rígida con base al DSM o CIE que solo genera que el cliente se etiquete a sí mismo como un depresivo y también el modelo de intervención resulta útil ya que recuerda que la depresión no siempre es generada de forma fisiológica sino que puede ser desencadenada por determinadas situaciones o sucesos experimentadas por el cliente. Es importante recordar que la psicoterapia en conjunto con la administración de fármacos es uno de los métodos más costo-efectivos en el tratamiento de la depresión, un trastorno cada vez más común en la población mundial.

Este trabajo pretende crear conciencia en los profesionales de la salud mental para considerar la psicoterapia como una alternativa eficaz a diversas enfermedades mentales, sobre todo para la depresión; se espera que se reconsidere el uso exclusivo de fármacos a favor de una visión más humanista y menos mecanizada para las personas con sintomatología depresiva.

La intervención aquí presentada, representa una visión completamente diferente a la psicoterapia acostumbrada por dos razones, la primera de ellas es porque aboga por el uso de la tecnología, en este caso del video, como un apoyo que le permita al cliente observarse a sí mismo desde “afuera”, algo que sin el video sería muy difícil; la segunda razón es porque las



preguntas de Karl Tomm son cuestionamientos que nunca se han hecho los clientes y le permiten replantearse completamente su realidad o inclusive al observarse en el vídeo pueden darse cuenta que poseen más herramientas para responder a las mismas preguntas, la unión de estas grandes herramientas fortalecen la intervención rompiendo con algunos esquemas establecidos en psicoterapia tradicional.

También se puede considerar aplicar estas herramientas, cuando alguna intervención no funcione para algún cliente, o se quiera complementar las intervenciones tradicionales. Algunas de las preguntas de la presente propuesta pueden resultar complicadas para personas con bajo nivel educativo o personas medicadas, pero poco a poco puede generar mayor apertura cognitiva; probablemente resulte inefectiva para niños, por lo cual se propone aplicar dicha propuesta en diferentes edades para observar la efectividad.

## 10. REFERENCIAS

- Aguilar, M. (2010). *Análisis de la reelaboración narrativa a través de poemas dentro de un proceso psicoterapéutico individual sistémico-narrativo. Estudio de caso con una joven con policonsumo de marihuana, cocaína y alcohol en la ciudad de Quito*. (Tesis de postgrado). Universidad Politécnica Salesiana, Ecuador.
- Albrecht, A. T. (2007). *100 preguntas y respuestas sobre la depresión*. Madrid: Edaf.
- Alcalá, C. R. (2002). *Hermenéutica: teoría o interpretación*. México: Plaza y Valdés.
- Alonso-Fernández, A. (2009). Las cuatro dimensiones de la depresión. *Revista de Salud Mental*, 32(6), 443–445. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252009000600001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018533252009000600001&script=sci_arttext)
- Álvarez, G. A. (2006). *La variación lingüística y el léxico conceptos fundamentales y problemas metodológicos*. México: Universidad de Sonora.
- Álvaro, E. J. L., Garrido, L. A., Schweiger, G. I. & Torregrosa, P. J.R. (2007). *Introducción a la psicológica social sociológica*. Barcelona: Editorial UOC
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (2008, junio). Innovaciones en el proceso reflexivo. En taller en homenaje a Tomm Andersen. Documento presentado en la reunión *Adventures in collaborative practices: Relationships and conversation that makes difference in therapy, research, training and organizations & across cultures*, Riviera Maya, México.
- Andrade, P. P.; Betancourt, O. D.; Vallejo, C. A.; Celis, O. S. B. & Rojas, R. R. M. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Revista Salud Mental*, 35

- (1), 29-36. Recuperado de  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100005)
- Ángeles, H. M. & Ramírez, H. M. (2007). *Tendencias narrativas en psicoterapia*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Arráez, M.; Calles, J. & Moreno, de T. L. (2006). La hermenéutica: una actividad interpretativa. *Revista universitaria de investigación*, 7(2), 171-181. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41070212>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4<sup>a</sup> ed., Texto rev.). Washington, DC.
- Baylon, C. & Fabre, P. (1994). *La semántica*. Barcelona: Paidós.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*. 55(1), 74-80. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11.pdf>
- Beuchot, M. (2004) *La semiótica: teorías del signo y el lenguaje en la historia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beuchot, M. (2008). *Perfiles esenciales de la hermenéutica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bosques, I. & Gutiérrez, H. J. (2009). *Fundamentos de sintaxis formal*. Madrid: Akal.
- Botella, L. & Vilaregut A. (2000). *La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*. Recuperado de <http://jmonzo.net/blogeps/terapiafamiliarsistemica.pdf>

- Cabrera, C. S. N., Quezada, H. P.A. & Romero, R. B. J. (2011). *Psicoterapia familiar sistémica para superar el trastorno depresivo en mujeres víctimas de maltrato intrafamiliar denunciados en la comisaria nacional de policía del canton pasaje año 2011*, (Tesis de licenciatura). Universidad Técnica de Machala, Ecuador.
- Calderón, N. G. (1990). *Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Cárdenas, V. (2010). La relación entre semántica y sintaxis desde la perspectiva de la producción del lenguaje escrito. *Tópicos del Seminario*. 23, 241-289. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/594/59415631008.pdf>
- Caro, G.I. (1997). *Manual de psicoterapias cognitivas: estados de la cuestión y procesos terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Caroniti, E. & Peraya D. (1979). *Elementos de semiótica general*. Barcelona: Gustavo Gili.
- Casetti, F. (1980). *Introducción a la semiótica*. Barcelona: Fontanella.
- Chadler, D. (2001). *Semiótica para principiantes*. Quito: Abya – Yala.
- Cobo, G. J. V. (2005). El concepto de depresión. Historia, definición (es), nosología, clasificación. *Psiquiatria.com*. 9 (4), 1-14. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/283/268/>
- Coseriu, E. (1983). *Introducción a la lingüística*. Recuperado de <http://textosenlinea.com.ar/academicos/Introduccion%20a%20la%20linguistica.pdf>
- Dhalke, R. (2010). *Terapias efectivas contra la depresión*. Barcelona: Ediciones Robinbook.
- Dorado, C. A. (2008). *Desenmascarar el pensamiento heteronormativo de la educación en la educación afectivo-sexual: guías didácticas en Cataluña. Una óptica psicosocial crítica*, (Trabajo de investigación). Universidad de Girona, España.
- Eguiluz, R. L. de L. (2004). *Terapia familiar*. México: Editorial Pax México

- Ellis, R. & McClintock, A. (1993). *Teoría y práctica de la comunicación humana*. Barcelona: Paidós comunicación.
- Faini, T. C. (2010). *La terapia sistémica-relacional como tratamiento para el trastorno depresivo mayor: un estudio de caso* (Tesis de licenciatura). Universidad de San Francisco de Quito, Ecuador.
- Feixas, I. V., G.; Muñoz, D.; Dada S. G.; Compañ F. V. & Arroyo A., S. (2009). Terapia sistémica de pareja de la depresión. Un estudio de caso único. *Apuntes de Psicología*, 27, 273-287. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/147>
- Fermoso, E. F. (2001). *Teoría de la educación*. México: Trillas.
- Fernández, V. C. (2003). *Psicologías Sociales en el umbral del siglo XXI*. Madrid: Editorial Fundamentos
- Fernández, G.A.R, Hervás, S. & y Báez, V. (1989). *Introducción a la Semántica*. Madrid: Cátedra.
- Gaviria, M. & De León, O. (1988). *Depresión: aspectos clínicos y tratamiento. Programa de cooperación internacional en salud mental Simón Bolívar*. Chicago: El Centro de la Familia Hispana.
- González, C. J. M. (2006). *La gramática, concepto y partes. Morfología y sintaxis*. Madrid: Liceus
- Guadarrama, L., Escobar, A. & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina*. 49 (2), 66-72.
- Guervitz, M. & Alegría, M. (2012). *Teorías de la comunicación*. Buenos Aires: Universidad Tecnológica Nacional

- Hall, B. (2010). La construcción de sentido: el caso de los enunciados metafóricos y el discurso académico. *Tópicos del Seminario*. (23), 191-220. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-12002010000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-12002010000100006&script=sci_arttext)
- Heinze G. & Camacho P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. editores: S. Berenzone, J. Del Bosque, J. Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales)
- Helm- Estabrooks, N. & Albert, M. L. (2005) *Manual De la afasia y de la terapia de la afasia*. Madrid: Médica Panamericana.
- Henken, H. T., Huibers, M.J.H., Churchill, R., Restifo, K. & Roelofs J. (2008). Terapia familiar para la depresión (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, (4). Recuperado de <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006728>
- Hernández, A. (2007) *Conductas Suicidas: Solución a los problemas familiares. Reporte Profesional maestría en psicología*. México: UNAM.
- Hernando, C. L. A. (1995) *Introducción a la teoría y estructura del lenguaje*. Madrid: Editorial Verbum.
- Jiménez, R. J. L. (2010). *Lingüística general*. España: Editorial Club Universitario.
- Jiménez, V. J. M. (2005). *Aproximación teórica al pensamiento sistémico del enfoque terapéutico de Milán*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Karam, T. (2004). La Idea de Comunicación en la Terapia Familiar Sistémica de Virginia Satir. *Razón y palabra*. (40). Recuperado de <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n40/tkaram.html?iframe=true&width=90%&height=90%>
- Kaplún, M. (2010). *Una pedagogía de la comunicación*. España: Ediciones de la Torre
- Kenneth, G. J. & Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias. *Sistemas Familiares*, 17 (1), 11-27. Recuperado de [http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA\\_TERAPIA.pdf](http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/LA_TERAPIA.pdf)
- Kenney, B. P. (2002). *Aesthetics of the change*. NY. Guilford Press.
- Klienkenger, J. M. (2006). *Manual de semiótica general*. Bogotá: Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano
- Lara-Muñoz, M. del C., Robles-García, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D. & Medina-Mora, M. E. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*, 33 (4) ,301- 308. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000400001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400001)
- Martínez C.B. (2011). *Estudio de caso: Terapia Sistémica para la ansiedad y la depresión subclínicas*. (Tesis de licenciatura). Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.
- Martínez, C. E. (1998). *Lingüística: teorías y aplicaciones*. Barcelona: Masson.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (2000). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gerson.
- Menéndez, S. M. (2010). Opción, registro y contexto: El concepto de significado en la lingüística sistémico-funcional. *Tópico del Seminario*. (23) ,221-239. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-12002010000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-12002010000100007&script=sci_arttext)

- Molina, M.M.L. & Romero, S.B. M.C. (2004). *Modelos de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico en trabajo social*. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.
- Moreno, A. & Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35 (4), 315-328. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000400007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000400007)
- Natera, G. & González-Forteza, C. (2012). Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva. *Salud Mental*. 35(1), 1-2. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58223290001.pdf>
- Navia, A. M. & Rodríguez, V. A. (2008). *Hermenéutica: interpretaciones desde Nietzsche, Heidegger, Gadamer y Ricoeur*. Venezuela: Universidad de los Andes.
- Obediente, E. (2007). *Fonética y fonología*. Venezuela: Consejo de publicaciones de la universidad de los Andes.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud Mental: un estado de bienestar*. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Pérez, B. A. E. (2011). Significado extendido de la metáfora: aproximación e interpretaciones en fragmentos discursivos sobre éxito y fracaso en adultos mayores de Colima, México. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*. 32 (128), 71-95. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/137/13721074003.pdf>
- Pincemin, B. (2010). Semántica interpretativa y textometría. *Tópicos del Seminario*. (23), 15-55. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-12002010000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-12002010000100002&script=sci_arttext)
- Pinker, S. (2007). *El mundo de las palabras: Una introducción a la naturaleza humana*. Barcelona. Paidós.



- Proceso de video reflexión, una alternativa en psicoterapia. (2010). *Gaceta Comunidad Zaragoza, UNAM. 14(5)*, 14.
- Polaino-Lorete, A. (1985). *La depresión*. Barcelona: Martínez Roca
- Rage, A. E. J. (1997). *Ciclo vital de la pareja y la familia*. México: Universidad Iberoamericana.
- Rastier, F. (2011). Lingüística interpretativa y fundamentos semióticos de la traducción. *Tópicos de Seminario. (25)*, 15-52. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-12002011000100002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-12002011000100002)
- Reyes, G. (1994). *La pragmática lingüística*. Barcelona: Montesinos.
- Reyes, S. F. & Tapia, S. A. E. (2008). *El proceso de video-reflexión en la terapia familiar con enfoque sistémico*. (Tesis de licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Sánchez, J. B., Hernández, T. M. & Lartigue, B. T. (2008). Violencia Conyugal y depresión durante el embarazo. *Salud Pública Méx. 50 (5)*, 353-354. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000500004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500004)
- Serrano, S. (1981). *La semiótica: una introducción a la teoría de los signos*. Barcelona: Montesinos.
- Tamayo, J. M., Rosales-Barrera, J. I., Villaseñor-Bayardo, S. J. & Rojas-Malpica, C. (2011). Consenso latinoamericano basado en la evidencia sobre el diagnóstico y manejo de las depresiones resistentes/refractarias al tratamiento. *Revista Salud Mental. 34 (3)*, 267-273. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000300010&script=sci_arttext)
- Tamba-Mecz, I. (2004). *La semántica*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Tójar, H. J.C. (2006). *Investigación cualitativa: Comprender y actuar*. Madrid: Editorial la muralla
- Tomm, K. (1985). *Interventive Interviewing: Part I. Strategizing as a Fourth Guideline for the Therapist*. Recuperado de <http://www.familytherapy.org/documents/InterventiveI.PDF>
- Tomm, K. (1986). *Interventive Interviewing: Part II. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing*. Recuperado de <http://www.familytherapy.org/documents/Interventive2.PDF>
- Tomm, K. (1988). *Interventive Interviewing: Part III. Intending to Ask Lineal, Circular, Strategic or Reflexive Questions*. Recuperado de <http://www.familytherapy.org/documents/Interventive3.PDF>
- Tomm, K. (1989). *Externalizing the problem and internalizing personal agency*. Recuperado de [http://www.familytherapy.org/documents/externalize\\_%20the\\_prob.pdf](http://www.familytherapy.org/documents/externalize_%20the_prob.pdf)
- Tomm, K. (1990). *A critique of DSM*. Recuperado de <http://www.familytherapy.org/documents/CritiqueDSM.PDF>
- Tomm, K. (1991). *Beginnings of a "HIPs and PIPs" Approach to Psychiatric Assessment*. Recuperado de <http://www.familytherapy.org/documents/HIPsPIPs.PDF>
- Tomm, K. (2012). *Expanding the Interventive Interviewing Framework with Contextual Questions, Meta-questions, and Enhanced Awareness*. Canada: Universidad de Calgary
- Ulloa, F. R.E., De la Peña, O. F. & Nogales, I. I. (2011). Tratamiento multimodal de niños y adolescentes con depresión. *Salud Mental*. 34 (5), 403-407. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000500002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500002)

- Vélez, C. G. J. (2005). Semiótica y acción comunicativa: una ruta entre Pierce, Apel y Habermas. *Andamios*. 1(2), 173-195. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-00632005000300008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632005000300008)
- Veytia, L. M., González, A. L. F. N. I., Andrade, P. P. & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*. 35 (1), 37-43. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223290006>
- Vidales, D. I. (1992). *Teoría de la comunicación*. México: Noriega
- Virseda, H. J. A. (2003) *Interpretación del ciclo vital de la familia*. México: UAEM
- Wagner, F.A., González-Forteza, C., Sánchez García, S., García Peña, C. & Gallo, J.J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 35 (1), 3-11. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000100002&script=sci_arttext)
- Wiener, N., (1985). *Cibernética o el control y comunicación en animales y maquinas*. Barcelona: Tusquets.
- Yañez, C. C. (2007). *Una introducción a la lingüística general*. Quito: Editorial Abya Yala

## APÉNDICE 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad nacional autónoma de México

Facultad de estudios Superiores Zaragoza

Carrera de Psicología

Forma de consentimiento de la filmación de las sesiones

Esta forma de consentimiento para filmar las sesiones puede contener términos que usted(es) no entienda(n) por favor pregunte a su terapeuta para que se le explique con claridad.

La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza brinda atención de psicoterapia sistémica en sus modalidades; individual, pareja y familiar. Uno de los terapeutas, el Mtro. Eduardo Cortés Martínez, quien tiene como alumnos a estudiantes de sexto y séptimo semestre de la carrera de psicología.

Con el propósito de que los alumnos conozcan nuevas técnicas, en el proceso de su formación profesional, trabajaremos con un terapeuta y dos equipos, uno de los equipos por detrás y otro por en frente del espejo de visión unidireccional. Su presencia será para fines didácticos, y será de enorme beneficio para el tratamiento, debido a que se encontraran varios expertos comentando y buscando alternativa para las situaciones difíciles o desconcertantes que está viviendo.

La herramienta que utilizaremos es el proceso de video reflexión, el cual consiste en filmar las sesiones terapéuticas, el video será observado al final de las sesiones posteriores para crear reflexiones. Estos videos solo podrán ser observados, por el equipo, el terapeuta y usted(es).

El Mtro. Cortés se hará cargo del resguardo de las grabaciones bajo una estricta normatividad ética y profesional de confidencialidad y privacidad.

Es por tales motivos que pedimos su consentimiento para filmar las sesiones necesarias de acuerdo al proceso terapéutico.

Autorizo a grabar en video las entrevistas de las sesiones con objeto de llevar a cabo el proceso de video-reflexión para los propósitos descritos anteriormente y, eventualmente, ser utilizadas con fines educativos. Manifiesto haber leído y entendido la presente forma además de estar de acuerdo con la metodología de trabajo implementada en las sesiones terapéuticas.

---

Nombre

---

Firma de terapeuta

---

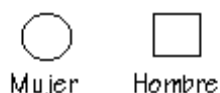
Firma

---

Fecha

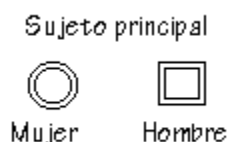
## APÉNDICE 2. REGLAS PARA ELABORAR GENOGRAMA

Cada miembro de la familia se representa como un cuadrado o círculo dependiendo de su género (Fig. 1).



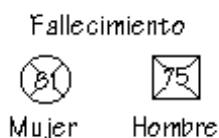
**Fig.1. Representación del género**

La persona clave, o quien nos proporciona la información (o cliente identificado) alrededor de quien se construye el genograma se identifica con una línea doble (Fig.2):



**Fig. 2. Señalización del cliente**

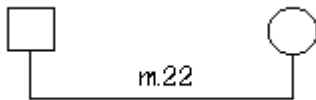
Para una persona muerta, se pone una X dentro del círculo, usualmente indicando la edad al fallecer. Las fechas de nacimiento y muerte se indican a la izquierda y la derecha sobre la figura. Sólo las muertes relevantes son indicadas en dichos genogramas, hay veces que los genogramas abarcan más de la tercera generación y se da por hecho que ya los miembros ya fallecieron (Fig.3).



**Fig. 3 Señalización de fallecimiento**

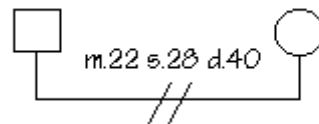
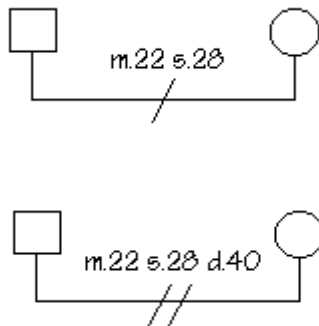
- Matrimonios

Los símbolos que representan miembros de la familia están conectados por líneas que representan sus relaciones biológicas y legales. Dos personas que están casadas están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha. Una letra “M” seguida por una fecha indica cuando la pareja se casó (Fig.4) (p.27).



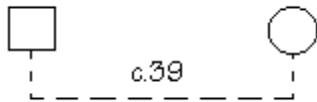
**Fig. 4. Señalización de matrimonio**

La línea que los une también es el lugar donde se puede indicar las separaciones y divorcios mediante líneas cruzadas: 1 diagonal indica separación y 2 para un divorcio (Fig.5).



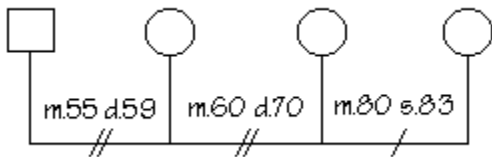
**Fig. 5. Señalización de separación y divorcio.**

Las parejas no casadas se señalan igual que las casadas, pero con una línea de segmentos. La fecha importante aquí es cuando se conocieron o empezaron a vivir juntos y se indica con una “C” (Fig.6).



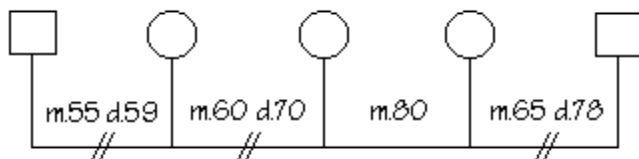
**Fig. 6. Señalización de parejas no casadas**

Los matrimonios múltiples agregan complejidad que es difícil de representar, la regla es que: cuando sea factible los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final. Por ejemplo: un hombre que tuvo tres esposas (Fig. 7) (p.28):



**Fig. 7. Señalización de múltiples matrimonios, un hombre con tres esposas.**

Esto no es posible de hacer cuando una de las esposas, ha tenido un matrimonio anterior a su vez; en tal caso, se listan los matrimonios más recientes al centro (Fig.8) (p.28):

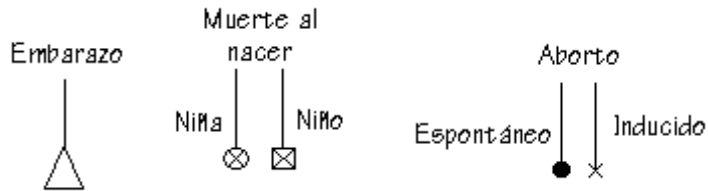


**Fig. 8. Señalización de matrimonios múltiples, cuando una de las esposas ha tenido un matrimonio anterior.**



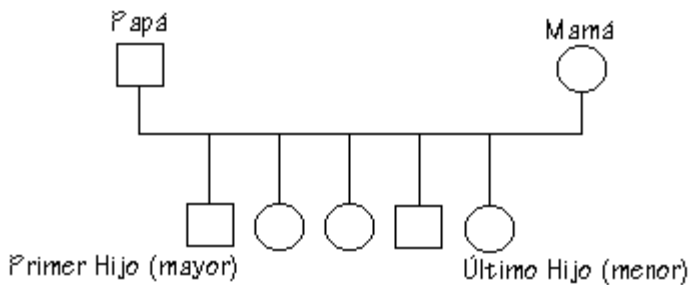
- Hijos

Símbolos para: embarazos, abortos y muertes al nacer. (Fig. 9)



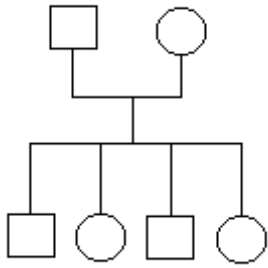
**Fig. 9. Señalización de embarazo, muerte al nacer y tipos de aborto.**

Si una pareja tiene hijos, ellos cuelgan de la línea que conecta la pareja; los hijos se dibujan de izquierda a derecha, comenzando con el más viejo (Fig. 10) (p.30).



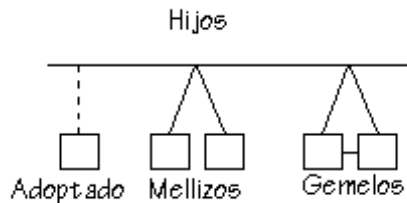
**Fig. 10. Señalización de hijos**

El siguiente es un método alternativo para los hijos, usual en familias más numerosas (Fig. 11) (p.30)



**Fig. 11. Método alternativo para señalar los hijos**

Otros tipos de hijo también pueden aparecer (Fig. 12) (p.30):



**Fig. 12. Señalización de otros tipos de hijos**

- Relaciones en la familia

Un genograma puede variar en detalle dependiendo del alcance y profundidad de la información disponible. El tipo de relaciones en la familia es el elemento más diferencial de un genograma: esto involucra delinear las relaciones entre miembros de la familia. Tales caracterizaciones se basan en informes de los miembros de familia y observación directa. (Fig. 13.)



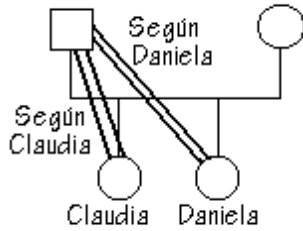
**Fig. 13. Señalización de relaciones interpersonales**

- Relaciones entre dos miembros

Lo usual es que se incluyan algunas de estas alrededor del sujeto del estudio.

La información del genograma se puede obtener entrevistando a uno o varios miembros de la familia. Claramente, el obtener información de varios miembros de la familia entrega la oportunidad de comparar perspectivas y observar directamente las interacciones. A menudo, cuando se entrevista varios miembros de la familia, se obtiene el efecto Rashomon, nombre tomado de una famosa película japonesa en que un suceso es mostrado desde la perspectiva de varios distintos personajes, recordando que cada visión es parte del multiuniverso y todas pueden ser validas.

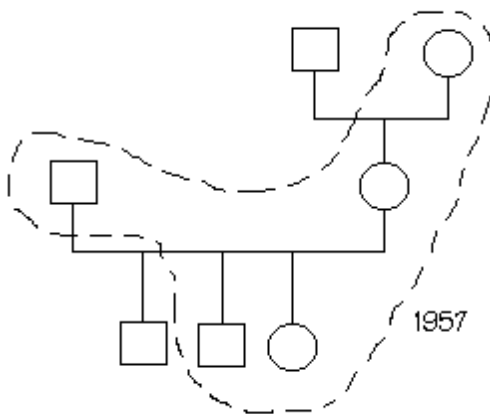
En el ejemplo, dos hijas compiten por el afecto de su padre; se anotan ambas perspectivas (Fig.14):



**Fig. 14. Ejemplo de señalización de competición por afecto**

- Relaciones habitacionales

Una señalización importante es saber cuáles miembros de la familia comparten el espacio físico. Una familia viviendo en un mismo lugar se señala con una línea punteada alrededor de los integrantes que comparten habitación; alrededor de dicha línea puede ir indicado el período en el cual la familia está junta (Fig. 15) (p.57).



**Fig. 15. Señalización de una familia viviendo junta**