



**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“Factores que Contribuyen a la Efectividad de la  
Terapia Breve Sistémica: Identificación y Análisis de  
las Percepciones de Terapeutas y Pacientes”**

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A

**Alejandra Ambriz Figueroa**

**Directora:** Dr. Jaime Montalvo Reyna

**Dictaminadores:** Mtra. Carmen Susana González Montoya

Mtra. María Rosario Espinosa Salcido



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 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

En primerísimo lugar quiero agradecer a mi madre a quien amo infinitamente, Georgina Figueroa, no sólo por la vida que me dio, sino por el sacrificio, esfuerzo, paciencia, amor incondicional, tolerancia y apoyo que siempre me ha mostrado, el valor y el coraje de criar y sostener una familia, ella sola y darme la esencia de su ser en cada palabra y hecho. Y que fue gracias a ella que forje mi camino y ser el día de hoy psicóloga.

Agradezco a mi familia, a mi abuela Tere Martínez por ser la cuidadora incansable e inseparable de mí y de quien aprendí a luchar en contra de la corriente y que cualquier arte culinaria y de habilidad para la vida diaria, son reflejo de ella. A mi abuelo Jorge Figueroa, que partió antes de ver este logro y que sé que me escucha desde arriba, quien me enseñó que la vida sólo se vive una vez, que el coraje, el agradecimiento y el humor son esenciales en la vida y quien fue mi verdadero papá.

A mi familia, a mis primos, Brau y Fer, mis casi hermanos, que me toleran, aman y apoyan, lo más que pueden.

Te amo familia.

Continuo con el agradecimiento para mi amigo, compañero de carrera y vida Isaac Suarez, gracias por tú amor, tú tolerancia, tú respeto, tú comprensión, por creer en mí, soportarme, valorarme y dejar que yo te valore, las noches de tareas, de desvelos por proyectos, las discusiones, los fracasos, errores, tristezas, triunfos y alegrías que hemos vivido y que estoy segura que seguiremos viviendo y escribiendo el libro de nuestra propia vida juntos, gracias por nuestro nuevo comienzo. Te amo Isaac.

Gracias a DIOS, la vida y el destino, por tener hoy el gran orgullo de pertenecer a la máxima casa de estudios, La Universidad Nacional Autónoma de

México y por haber sido formada en la mejor instancia académica, La Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Gracias a todos mis profesores, compañeros, amigos, docentes, trabajadores y pacientes, que contribuyeron a mi formación, aprendizaje y profesionalidad. Agradezco a mis amigos que durante mi residencia en la carrera de Psicología, facilitaron, motivaron, creyeron en mí, aconsejaron, regañaron, enseñaron, toleraron, amaron y que aun caminan conmigo en este viaje, Mony Cruz, Luca Santana, Andy Vásquez, Fernanda Quijano, Elizabeth Jiménez, Monse Jasso y Andrea Rivera.

A mi amiga, hermana y confidente, que nunca me ha dejado caer, te amo hermanita Mony Cruz.

Un agradecimiento mega especial al Dr., Jaime Montalvo Reyna, mi director de tesis y quien fue piedra angular en el destino de mi formación actual como psicóloga, agradezco las oportunidades que me ha dado, el conocimiento que me transmite, por lo que he logrado ser y hacer con su ayuda, las facilidades de aprendizaje y formación continua que me ha otorgado.

Agradezco a mis asesoras de tesis, La Mtra. Carmen Susana González Montoya , La María Rosario Espinosa Salcido, por su gran confianza, compromiso, dedicación y apoyo.

Un agradecimiento muy importante al equipo de INFASI, ACT., a Lulu, quien con su paciencia, tolerancia y apoyo he logrado mucho; a Lucy por tolerarme, auxiliarme y siempre estar al pendiente de todo; a Ale Andrade por sus enseñanzas en la terapia y en la vida; a todos los terapeutas que conforman este equipo, y que gracias a su valiosa información, que fue, de vital importancia en este proyecto y en mí hacer como psicóloga.

Agradezco de forma especial a la Mtra. Angélica Pérez, por haber sido una luz en mi camino, ofreciéndome su ayuda, dándome claridad, apoyo y paciencia.

A los participantes de esta investigación, por su confianza, valor, honestidad, gracias, ya que su información fue vital relevancia y es la base de este proyecto.

Gracias a Dios, a la vida y al destino, por un logro más cumplido y por darme tanto y permitirme continuar con mi viaje, al que llamamos vida.

***Muchas Gracias***

*Alejandra Ambriz Figueroa*

*2015.*

## RESUMEN

A partir de la famosa investigación de H. J. Eysenck publicada en 1952, han surgido investigaciones de todas las corrientes y abordajes psicológicos, con el fin de refutar los planteamientos de Eysenck y probar que la terapia sí es efectiva.

La Terapia Breve Sistémica (TBS), por su parte ha demostrado en gran cantidad de investigaciones su utilidad en diversos problemas psicológicos, resolviendo estos en un mínimo de sesiones (Selvini y cols., 1998; Nardone y Watzlawick, 1992) aportándole gran efectividad y eficacia.

Las investigaciones actuales han demostrado que la efectividad y eficacia ya no sólo está presente o justificada por las técnicas particulares de cada corriente, encontrando que son más factores los que interviene en la efectividad y eficacia de la terapia. Diversas investigaciones han evaluado factores en aislado que contribuyen al cambio terapéutico, sin embargo pocas investigaciones contemplan más de 3 factores, y aún menos consideran las opiniones de terapeutas y pacientes.

De esta manera el objetivo del presente reporte fue comprobar la eficacia de la Terapia Breve Sistémica, así como identificar y comparar los puntos de vista de pacientes y terapeutas, sobre los factores o variables que determinaron el éxito de la terapia, centrándonos en la etapa del ciclo vital matrimonio con hijos pequeños, matrimonio con hijos en edad escolar y matrimonio con hijos adolescentes.

Encontrando que los factores que interfieren para la efectividad de la terapia, se relacionan con la empatía, las técnicas, la relación, la confianza, la hipnosis, la idea de que el terapeuta sea experto, entre otros. Pero también se resaltan otros factores que contribuyeron al cambio.

## ABSTRAC

From the famous research of H. J. Eysenck posted in 1952, have emerged research, all the trends and approaches psychological, in order to refute the ideas of Eysenck and prove that the therapy is effective.

Systemic brief therapy (TBS) for its part has shown lot of research in its usefulness in various psychological problems, solving these at least are sessions (Selvini et al., 1998; Nardone and Watzlawick, 1992) providing great effectiveness and efficiency.

Current research has shown that effectiveness and efficiency not only is already present or justified by the particular techniques of each stream, finding that further factors are which intervenes in the effectiveness and efficiency of the therapy. Several studies have evaluated in isolated factors that contribute to therapeutic change however little research include more than three factors, and a few more considered opinions of therapists and patients.

Thus the aim of the presented report was to test the efficacy of brief systemic therapy, as well as identify and compare the views of patients and therapists, on the factors or variables that they determined the success or failure of therapy focusing on the stage of the life cycle with young children wedding, marriage with children in school age and marriage with teenage children.

Finding that the factors that interfere to the effectiveness of the therapy, relate, techniques, relationship, trust, empathy, hypnosis, the idea that the therapist is an expert, among others. But it also highlighted other factors that contributed to the change.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO 1. Historia, fundamentos y principales modelos de la terapia sistémica</b>	<b>13</b>
1.1 Historia de la Terapia Sistémica	13
1.2 Fundamentos Teóricos de la Terapia Sistémica	18
1.3 Principales Modelos Teóricos de la Terapia Sistémica	31
1.4 Ciclo vital de la familia	47
<b>CAPÍTULO 2. Investigación en Psicoterapia y Factores que contribuyen a la efectividad de la Psicoterapia</b>	<b>52</b>
2.1 Investigación en Psicoterapia	52
2.2 Investigación de Resultados	54
2.3 Investigación de Proceso	58
2.4 Factores que contribuyen a la Efectividad en Psicoterapia	60
<b>CAPÍTULO 3. Factores que contribuyen a la Efectividad de la Terapia Breve Sistémica: Identificación y Análisis de Las Percepciones de Terapeutas y Pacientes</b>	<b>65</b>
3.1 Método	65
3.2 Participantes	66
3.3 Condiciones de Investigación	66
3.4 Materiales e instrumentos	66
3.5 Definición de Variables	68
3.6 Procedimiento	70
<b>CAPÍTULO 4. Resultados</b>	<b>72</b>

4.1 Resultados cuantitativos	72
4.2 Resultados cualitativos	81
<b>DISCUSIÓN y CONCLUSIONES</b>	<b>88</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>92</b>
Anexos	97

# INTRODUCCIÓN

Actualmente la psicoterapia parece haber tomado un lugar estable y consolidado en la sociedad, reconociendo su importancia ya que el estilo de vida contemporáneo es casi impensable el funcionamiento de las organizaciones y sus individuos sin la labor de los psicólogos, y en especial de la psicología clínica.

La práctica de la psicoterapia es tan antigua como la humanidad misma; sin embargo el desarrollo profesional se sitúa hasta el siglo XIX, a partir de entonces la psicoterapia ha incorporado distintos paradigmas, enfoques y modelos, cuyo objetivo es aliviar los problemas humanos y facilitar el funcionamiento de la persona en sociedad.

La terapia sistémica, es un modelo innovador, que ha evolucionado en las últimas décadas, situándose como uno de los abordajes más importantes en el ambiente clínico por sus importantes contribuciones teóricas y científicas para la explicación y solución de diversas dificultades de carácter intrapsíquico (el mundo interior del individuo), interpersonal (el mundo relacional).

De esta manera en la terapia sistémica, sus principales formas de aplicación, abarcan el tratamiento terapéutico individual, de parejas y familiar, incluso incursionando en ambientes laborales y educativos.

Es así que desde el enfoque sistémico la familia es de vital importancia, ya que la forma como se organizan sus miembros, el papel que juega cada uno de ellos y la forma en que se comunican, van a determinar el tipo de relaciones que se establecen en dicho sistema familiar; lo que a su vez, posibilitará o no la presencia y/o mantenimiento de problemas psicológicos (Soria, 2010).

El enfoque sistémico, refleja una compleja comprensión de la realidad, la cual no estamos acostumbrados a concebir, promueve un cambio de conceptualización del mundo, ya que deja de estudiar al individuo en asilado, en individual, para pasar a una concepción en la que se contempla y se pone énfasis en la interacción, en la totalidad, el interés recae en las pautas de interacción, con sus sistemas de pertenencia, (familia, pareja, amigos, etc.), en donde las

interacciones entre los miembros del sistema son los que interfieren en las problemáticas personales de los individuos.

En palabras de Trujillo (2008), la terapia familiar es un campo de investigación y práctica influido por un cambio epistemológico que se basa en las nuevas suposiciones sobre la interacción y el comportamiento humano, por lo cual observa no sólo a la familia, sino al proceso terapéutico en conjunto en donde claro influye el terapeuta.

La Terapia Breve Sistémica (TBS), por su parte ha demostrado en gran cantidad de investigaciones su utilidad en diversos problemas psicológicos, resolviendo estos en un mínimo de sesiones (Selvini y cols., 1998; Nardone y Watzlawick, 1992) aportándole gran efectividad y eficacia.

La efectividad de la terapia Sistémica se ha corroborado en distintas investigaciones, contemplando distintos padecimientos, poblaciones y modelos teóricos.

Sin embargo, la psicoterapia apenas tiene más de un siglo de desarrollo y su lugar dentro de la ciencia no ha estado exento de cuestionamientos. A partir de la famosa investigación de H. J. Eysenck publicada en 1952, la psicoterapia ha tenido sus detractores, desde entonces los psicólogos clínicos e investigadores se plantearon la idea de probar que la terapia funcionaba, promoviendo la motivación e interés de terapeutas e investigadores en llevar a cabo estudios para demostrar que la terapia sí es efectiva y refutar las conclusiones de Eysenck.

La terapia sistémica no se ha quedado atrás y en diversos estudios como los de Guerrero y García (2008); Espina, Ortego, Ochoa (2002); Selvini y cols. (1971 y 1987); Knekt y Lindfors (2004, en Aranda, Beyebach, Herrero, 2006); Zimmerman, Jacobsen, MacIntyre y Watson (1996); Austin (2005), Szapocznik, López, Prado, Schwartz y Panti (2006), Thompson (2005) y, Staunton y Toda (1982) (citados en Marcos y Garrido, 2010), han demostrado la eficacia y efectividad de la terapia sistémica, por mencionar algunos.

De esta manera, la mayoría de los modelos han intentado justificar y evidenciar que la terapia es efectiva, actualmente las investigaciones han

encontrado que la terapia funciona, pero que existen factores que van más allá de las técnicas e intervenciones que generan cambios en los pacientes.

Investigaciones como las de Lambert y Anderson (1996 en García y Fantin, 2010); García y Fantin, (2010); Romero (2008); Santibáñez; Román y Vinet (2009); LaCrosse (1980, en: García y Fantin, 2010) y Krause (2006), han aportado diversos factores que han contribuido al cambio en la terapia,

Sin embargo no podemos dar por hecho que solo estos factores que de cierta manera se toman en aislado son esenciales para que suceda el cambio en el paciente, por lo que debemos buscar qué otros aspectos pueden favorecer este cambio, y así, lograr una integración más global y sistémica de los factores que intervienen en la efectividad y eficacia de la terapia sistémica, con lo cual en palabras de Miller, Duncan y Hubble, (1997 en Herrero, Beyeabeach y Lázaro, 2001), permita que mejore la eficacia (costos, tiempo) de la terapia con el fin de mejorar el servicio y calidad de la terapia clínica.

Por lo tanto el objetivo del presente reporte de investigación fue comprobar la eficacia de Terapia Breve Sistémica e Hipnosis Ericksoniana, así como identificar y comparar los puntos de vista o versiones de pacientes y terapeutas, sobre los factores o variables que determinaron el éxito de la terapia para poder retroalimentar a la supervisión de futuros terapeutas con base en la información obtenida, en los ciclos vitales matrimonio con hijos pequeños, matrimonio con hijos en edad escolar y matrimonio con hijos adolescentes.

La finalidad de la presente investigación pretende detectar aspectos que favorecen al cambio en los pacientes durante su proceso terapéutico, así como la continuidad de los cambios tiempo después de concluir la terapia; la idea de esto es poder retroalimentar a los terapeutas en formación, permitiendo observar que las técnicas, la relación terapéutica y los modelos no sólo promueven el cambio.

El presente reporte de investigación, es una parte de la macro investigación titulada Identificación y Análisis de las percepciones de los terapeutas y de los pacientes sobre la efectividad de la terapia breve sistémica para retroalimentar la supervisión de nuevos terapeutas, dirigido por Jaime Montalvo Reyna, María Rosario, Espinosa Salcido, Carmen Susana González Montoya, Piña Loeza

Alejandra, Cirilom, H. García Cadena, Angélica Pérez Arredondo, Alejandra Andrade Ramos.

De esta manera dicho trabajo de investigación presenta una descripción de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica, reseña de los principales modelos que integran este abordaje y diversas investigaciones que justifican su eficacia y efectividad, para centrarse en los factores que se han encontrado generan cambios en la terapia.

El reporte está integrado por cuatro capítulos. El capítulo 1 inicia con los orígenes y aspectos históricos de la terapia sistémica, fundamentos teóricos, principales modelos, así como una descripción del ciclo vital de la familia. En el capítulo 2, se habla acerca de la importancia de la investigación en psicoterapia, siguiendo con investigaciones que corroboran la eficacia y efectividad de la terapia, centrándose en las líneas de investigación de procesos y resultados, para concluir con los principales factores que influyen en la efectividad de la terapia sistémica desde la perspectiva del paciente y de los terapeutas. Continúan con el capítulo 3, en donde se describe la metodología empleada para el reporte de investigación presentada.

Finalmente concluye en el capítulo 4, que está conformado por los resultados cuantitativos y cualitativos de la investigación, resaltando las diferencias significativas del motivo de consulta, escalas de bienestar de pacientes, y factores que se consideraron importantes en el proceso de cambio y mejora de los pacientes. Concluyendo con la significancia de investigaciones de su tipo, los aspectos relevantes e importantes que se encontraron, así como futuras líneas de investigación

# **CAPÍTULO 1**

## **Historia, fundamentos y principales modelos de la terapia sistémica**

### **1.1 Historia de la Terapia Sistémica**

De acuerdo con (Trujillo, 2008), a principios del siglo veinte ya existían formas de consejo matrimonial y orientación infantil que incluían a otros miembros de la familia en el tratamiento, aunque el énfasis seguía siendo entender al individuo, y con ese fin eran incluidos.

A finales de los treinta se crearon en Estados Unidos las primeras asociaciones familiares, como la American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT). En esta época de predominio psicoanalítico, dicho enfoque tuvo una función ambigua: por un lado pone en manifiesto que las relaciones familiares son muy importantes en la génesis de los conflictos neuróticos, pero por otro lado, para protección de la regla de la abstinencia terapéutica, se consideró inadecuado el contacto del terapeuta con la familia de su paciente.

De esta manera la Terapia Familiar Sistémica, surge en la década de 1950, inicia como una alternativa auxiliar en profesiones como la Psiquiatría, Psicología, Pedagogía y Sexología, independizándose y convirtiéndose en una disciplina con fundamentos teóricos.

Su origen se desarrolla como una alternativa ante los métodos psicoanalistas predominantes de la época, tiempo en que la posguerra abría un campo de acción rápida y eficaz en el estudio de urgencias en situaciones traumáticas, así como de diferentes problemas psicológicos que habían quedado como secuela, (Riveros, 2008).

Su desavenencia fundamentalmente estaba orientada a cuestionar el carácter individual de los síntomas, la naturaleza intrapsíquica de los problemas, la idea de causas subyacentes y la necesidad de ir a al pasado en busca de factores que determinaran las raíces de los síntomas (Riveros, 2008). Es así como se fue generando un cambio de mentalidad favorecido por el clima cultural psiquiátrico

(Bertrando y Toffanetti, 2004), en donde la naturaleza de los problemas y el mismo proceso terapéutico fue pasando de los procesos internos a los interpersonales.

Este movimiento surge de forma independiente de la mente de diversos terapeutas, que deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático. La experiencia de observar la dinámica familiar desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los componentes de la familia, es así que a partir de este momento se trata de explicar cómo influyen tales relaciones en la patología del paciente (Ochoa, 2004).

Su nacimiento tiene lugar en Alemania entre 1929 y 1932 con Hirschfeld y en Estados Unidos, en 1930 con Popenoe. Otro pionero de la terapia familiar fue la Dra. Emily Mudd, quien estableció la práctica de terapia familiar en Filadelfia y desarrolló el primer programa de evaluación.

Taschman citado por Jones (1980, en Ochoa, 2004), indica que John Bell, profesor de Psicología de la Universidad de Clark en Worcester, Massachussets, se le puede llamar “el padre de la terapia familiar moderna” por sus publicaciones en el Saturday Evening, además de acuñar el término de “terapia familiar” para designar una nueva modalidad terapéutica que trabaja con la familia, como unidad de tratamiento.

Nathan W. Ackerman es considerado como el precursor de la terapia familia, por ser el primero en incluir en su enfoque terapéutico, otorgándoles la misma importancia, a los conceptos intrapsíquicos e interpersonales (Foley citando en Ochoa, 2004). Así mismo, en 1937 Ackerman, publica su artículo “La familia como unidad social y emocional”, colocándose como precursor de la tesis de que la familia influye en el desarrollo de síntomas de uno de sus miembros.

Ackerman, través de la psiquiatría infantil comprendió el papel de la dinámica familiar en la patología del paciente. En 1960 fundó el Family Institute en Nueva York, que actualmente tiene el nombre de Ackerman Institute. Ackerman sostiene que existe una continua interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del cual interactúa y que el conflicto interpersonal precede al conflicto intrapsíquico, siendo el resultado de conflictos interpersonales interiorizados. Afirma que la patología

familiar se debe a la falta de adaptación a nuevos roles establecidos por el desarrollo de la familia.

Theodore Lidz fue uno de los fundadores de la terapia familiar durante la década de 1940-1949, se especializó en el trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos y fue el primero en explorar el rol de los padres en el proceso de la esquizofrenia, así como las relaciones destructivas entre padres e hijos (IBPS, A.C., 2010).

En 1954, Murray Bowen ingresó al National Institute of Mental Health of Washington en donde inició una investigación con pacientes con esquizofrenia y sus madres, con la finalidad de investigar la hipótesis simbiótica, que consideraba la enfermedad mental del hijo como resultado de un trastorno menos severo que el de la madre. Observó que las familias que ingresaban a terapia familiar conjunta presentaban mayores avances que las familias que continuaban en terapia individual; de igual forma, resultó evidente que la relación madre-hijo era un fragmento de la unidad familiar más amplia, y que toda ella estaba implicada en el proceso patológico. Es así que define la familia como un sistema que incorpora una combinación de variables emocionales y relacionales (Ochoa, 2004).

En 1952 Gregory Bateson, inicia el proyecto de investigación sobre la comunicación, en donde se interesaba por los procesos de clasificación de mensajes y cómo pueden dar lugar a paradojas. Una paradoja sucede cuando los mensajes de una comunicación encuadran a otros mensajes de manera conflictiva; es decir, si al receptor se le indica cierta orden, omitirá la orden o la incumplirá (Ochoa, 2004). Antes de enfocar su atención a la dinámica familiar, Bateson investigó la estructura familiar de las tribus de las islas de Bali y Nueva Zelanda junto con su esposa Margaret Mead. Fue uno de los primeros en estudiar la teoría de los sistemas y la cibernética, considerado actualmente como uno de los fundadores del campo de la terapia familiar, no era terapeuta sino antropólogo y filósofo.

A partir del proyecto de Bateson se desarrolla el escrito más importante sobre el doble vínculo, llamado, "Hacia un teoría de la esquizofrenia". En su libro Pasos para una ecología de la mente, Bateson divide los créditos de los conceptos

del doble vínculo de la forma siguiente; a Haley le dio el crédito por reconocer que los síntomas de la esquizofrenia sugerían una falta de habilidad para discriminar los tipos lógicos, esto fue ampliado por Bateson, quien agregó que los síntomas y etiología puede ser descritos en términos de un doble vínculo sobre la homeostasis familiar (Trujillo, 2008).

Dos años más tarde, Bateson se asocia con Don Jackson quien practicaba la psiquiatría individual, es así que investigan la comunicación de los psicóticos, y desarrolla la teoría del doble vínculo, que describe el contexto comunicacional de los esquizofrénicos: el doble vínculo alude precisamente a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico (Bateson, 1956, en Ochoa, 2004). Esta contribución resultó la separación con el psicoanálisis, ya que los síntomas psiquiátricos pasaron a ser conductas comunicativas en las personas y no como fenómeno intrapsíquico.

Es así que en 1952, obtuvo fondos de la Fundación Rockefeller para continuar sus investigaciones en este campo junto con Jay Haley y John Weakland, de esta investigación, se llegó a la conclusión que la teoría del doble vínculo no era suficiente para explicar la etiología de la esquizofrenia, pero sí una explicación sustentable; pero es a partir de esto que se inclinó por una teoría más general de la comunicación.

Es entonces que en 1959 en Palo Alto California, se conjugan un grupo de personas con experiencia y conocimientos en terapia familiar formando el Mental Research Institute (MRI), al que pertenecieron personalidades como Don. D. Jackson, William F. Fry, Jay Haley, Robert E. Cantón, Jules Riskin, Virginia Satir, Paul Watzlawick y Hohn H. Weakland (IBPS, A.C., 2010). La orientación del MRI se centra en las interacciones entre los miembros del sistema familiar e incorpora principios de la cibernética, y de la teoría general de los sistemas (sustentos sumamente importantes de la terapia familiar sistémica) (Ochoa, 2004).

Los integrantes del instituto asumen que los problemas psiquiátricos se derivan de modos en que la gente interactúa dentro de la organización familiar, y que al no poder acceder en las percepciones de las personas, la terapia operará en las interacciones, con las conductas observables que se producen entre los

individuos que viven dentro de contextos organizados como la familia, escuela, el trabajo, etc. Posteriormente algunos de los integrantes se dirigieron hacia diversas orientaciones.

Milton H. Erickson fue una gran influencia en cuanto a la utilización del lenguaje de cambio, en donde se caracterizó por ser hipnoterapeuta, dándole importancia al poder del lenguaje, la metáfora, la paradoja, la prescripción del síntoma y la utilización de los recursos personales para la solución de problemas (Enríquez, 2008). Posteriormente Jay Haley estableció contacto profesional con Milton Erickson y su trabajo de hipnosis y llegó a ser el mejor expositor de sus teorías. Los modelos ericksonianos de la teoría estratégica así como los de la paradoja, se convirtieron en la piedra angular de la terapia familiar.

Después de la muerte de Don D. Jackson, el grupo conformado por Paul Watzlawick, Arthur Bodin, John Weakland y Richard Fisch, bajo la dirección de éste último estableció el Centro de Terapia Breve y publicaron dos textos con la perspectiva de intervenciones breves. Estos textos relevantes fueron: *"Change Principles of Problem Formation"* (1974) y *"The tactics of change. Doing Therapy Briefly"* (1982) (IBPS, A.C., 2010).

Por otro lado Salvador Minuchin, de origen argentino hijo de inmigrantes judíos-rusos, quien es considerado como el principal representante del modelo estructural (Montalvo, 2009) ; fue director de la Philadelphia Child Guidance Clinic en 1970 donde maduraron y se expandieron sus contribuciones y conceptos e invitó a colaborar integrantes del grupo de MRI (Mental Research Institute) entre ellos la Psicóloga Bernice Rosman y Jay Haley, al igual que el pediatra Lester Baker, Ronald Liebman (Bertrando y Toffanetti, 2004). Este grupo estableció un sistema de supervisión llamado On Line en que supervisaban todas las sesiones por equipos de especialistas desde la cámara de Gessell manteniendo intercomunicación de la sala de terapia a la de supervisión (IBPS, A.C., 2010).

Las aportaciones del grupo integrado por Minuchin y Haley llegaron a conocerse como "Terapia Estructural". Minuchin manifestó gran interés en el estudio de las familias que inducen problemas psicósomáticos como anorexia (Minuchin, Rosman y Baker, 1978, en IBPS, A.C., 2010).

De igual forma Mara Selvini-Palazzoli, quien se interesó en el trabajo de Bateson y Ackerman, fundó en Milán, Italia, en 1967 el Instituto de la Familia junto con sus colegas: Luigi Boscolo, Guliana Prata y Gianfranco Cecchin, esta unión fue el primer paso para formar lo que será conocido como «grupo de Millán», que representan la separación definitiva del psicoanálisis y la adopción del modelo sistémico en la versión procedimental (Bertrando y Toffanetti, 2004). En ese mismo año, el grupo viajó a los centros terapéuticos de los Estados Unidos y enriqueció sus estrategias de trabajo. Posteriormente, el grupo se dividió en dos: el grupo Selvini-Palazzoli y Prata y el grupo Boscolo y Cecchin.

Es así que los años ochenta y noventa se caracterizan por el constante desarrollo de las concepciones particulares de cada uno de los autores que fueron mencionados con anterioridad, y que aunaron sus esfuerzos para sacar adelante el movimiento de la terapia sistémica.

## **1.2 Fundamentos Teóricos de la Terapia Sistémica**

La terapia familiar breve es un tipo de tratamiento psicológico que se enfoca sobre el grupo familiar más que sobre el individuo, lo cual la convierte en un tratamiento clínico significativamente distinto a otras formas de tratamiento.

Este tratamiento refiere un proceso que alienta la forma habitual de funcionamiento de la familia, en donde estará en juego el cómo se comunican, los roles que juegan cada integrante de la familia, las reglas establecidas dentro de la familiar, los patrones de relación que ocurren y las formas de control que se usan entre ellos (Eguiluz, 2001).

El conocer las bases epistemológicas resultan importantes para dar sentido a la práctica del terapeuta, el entender y justificar las acciones, decisiones y direcciones ante su quehacer terapéutico (Enríquez, 2008). Además de estas bases orientan la estructura del conocimiento.

Simón, Stierlin y Wynne (1997, citados en Enríquez, 2008) indican que la epistemología se ocupa de todo los aspectos relativos a la adquisición de conocimientos. Cada terapeuta clínico parte de modelo epistemológico, para encaminar y organizar su trabajo.

En ese sentido la epistemología sistémica se focalizan aspectos, ecológicos y contextuales, donde se consideran los sistemas totales, así como la interacción entre los elementos que los conforman. (Enríquez, 2008).

El enfoque sistémico, refleja una compleja comprensión de la realidad, en la que estamos acostumbrados a concebir, promueve un cambio de conceptualización del mundo, ya que deja de estudiar al individuo en asilado, en individual, a pasar una concepción en las que se contempla y se pone énfasis en la interacción, en la totalidad, en donde las interacciones entre los miembros del sistema son los que interfieren en las problemáticas personales de los individuos.

En palabras de Trujillo (2008) la terapia familiar es un campo de investigación y práctica influido por un cambio epistemológico que se basa en las nuevas suposiciones sobre la interacción y el comportamiento humano, por lo cual observa no solo a la familia, sino al proceso terapéutico en conjunto en donde claro influye el terapeuta.

Es así que el desarrollo de los modelos sistémicos se encuentra unido a la evolución de la terapia familiar, y el concepto básico que unifica a los diversos modelos es el sistema, el cual enfatiza las propiedades supersumativas que resultan de la interacción de los elementos de un sistema, (Feixas y Miró, 1993). Según Trujillo este paradigma (circular) tiene una serie de influencias entre las cuales se destacan:

- La teoría general de sistemas de L. Von Bertalanffy.
- Las ideas cibernéticas de Norbert Wiener.
- La teoría de la comunicación humana desarrollada por Watzlawick, Beavin y Jackson.

### **La teoría general de los sistemas**

De acuerdo con el modelo reduccionista o mecanicista, se parte de la de la premisa de aislar los elementos de un universo observado, fragmentándolo para analizarlo y estudiarlo con el fin de determinar o predecir de cierta manera el comportamiento. De esta manera a finales del siglo XX, se presenta un paradigma

científico con una esencia nueva, permitiendo que ciencias como la física, química, sociología, informática, antropología, biología, psicología, etc., den un giro total en la forma de percepción y concepción de las mismas, lo cual promueve una nueva visión de la realidad.

De esta manera surge un nuevo punto de vista sistémico en el que se enfatiza el no fragmentar los elementos, no aislarlos, sino relacionarlos entre ellos para comprender la interacción contextual e intrínseca entre sus elementos.

La teoría de los sistemas surge como una necesidad para entender de una manera más amplia los fenómenos relacionales, los problemas teóricos, las ciencias biológicas y las ciencias mecanicistas, es así que se visualiza a los organismos biológicos no como entes aislados, sino como un todo.

El biólogo Ludwing Von Bertalanffy, quien en la década de 1930 y 1940 comienza a emplear por primera vez el concepto de “Teoría General de los sistemas” (TGS), empleando para hacer referencia a una nueva aproximación científica que pretendía buscar cierta unificación en cuanto al trabajo científico en múltiples campos, señala que el tema de dicha teoría es la formulación y derivación de aquellos principios que son válidos para los “sistemas” en general, sin importar que sean de naturaleza física, biológica, o sociológica.

Eguiluz (2004) marca que entre los objetos principales que buscaba Bertalanffy estaban a) la formulación de principios que pudieran ser aplicados a diversos sistemas, b) el poder encontrar isomorfismos (similitudes que permitieran un puente o conexión) entre las ciencias, c) encontrar un lenguaje común que sirviera como punto de partida entre diversas disciplinas.

Esta noción propone que la ciencia estudie sistemas globales, totalidades y no elementos aislados en un ambiente controlado como se realizaba en la tradición científica.

Según Ritvo y Glick (2003), Bertalanffy consideraba que la tradición reduccionista y mecanicista de la ciencia resultaba insuficiente para explicar el comportamiento de los organismos vivos, dado que tal enfoque dependía de una serie lineal de ecuaciones graduales de causa efecto; es así que el enfoque de los

sistemas destaca la relación entre las partes de un todo complejo y el contexto en que ocurren estos sucesos, en lugar de aislar los sucesos de su contexto.

Bertalanffy (1987, en Soria, 2010), definió a un sistema como una serie de elementos interrelacionados con un objetivo común, que se afectan unos a otros, y la característica que los une es la composición que tienen, es decir, la totalidad, la cual no es sólo la suma de las partes, sino también la relación entre ellas, además, cada elemento tiene una función e interactúan entre ellos. Hay diferentes niveles de complejidad de elementos en el sistema (jerarquías diferenciadas) y los elementos se necesitan uno al otro para funcionar.

Por su parte Buckley (1982, en Riveros, 2008 ) define el sistema como un complejo de elementos o componentes directa o indirectamente relacionados en una red causal, de modo que cada uno relaciona por lo menos con algunos otros, en forma más o menos estable en un lapso dado. Un sistema no se comporta como un compuesto simple de elementos independientes, sino como un todo coherente e inseparable, cada una de sus partes está ligada a las demás de tal manera que un cambio en una de ellas provoca uno en los demás y en el sistema total.

Eguiluz (2004), refiere que la familia es como un sistema, lo cual implica explicarla como una unidad interactiva, como un “organismo vivo”, compuesto por distintas partes que ejercen interacciones recíprocas; es así que considera a la familia como un sistema abierto construido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento, en donde cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada y al mismo tiempo influye es influida por otras que conforman el sistema.

Es así que una familia es un sistema abierto, compuesto por subsistemas (parental, conyugal, fraterno), que -a su vez- contienen otros subsistemas individuales en interacción no solo entre sí, sino también con otros sistemas sociales. Desde esta óptica los fenómenos son entendidos en su totalidad, tomando en cuenta el todo que los comprende y del que forman parte a través de su interacción, de los patrones relacionales y del contexto en que ocurren. Un sistema siempre está compuesto de un conjunto de partes o elementos que están

en una relación dada consistente u organización. En toda organización se dan ciertas características básicas: totalidad, límites, jerarquía, control, homeostasis, entropía, tiempo y espacio.

Montalvo (2009), señala que existen dos tipos de sistemas; los sistemas abiertos y sistemas cerrados. Un sistema abierto, es aquel que tiene comunicación con otros sistemas, e intercambia información, energía o algo con otros sistemas, estos sistemas tienen vida, estos sistemas pueden ser el individuo, la familia, la escuela, la colonia, etc., estos sistemas son objeto de estudio de las ciencias del hombre

Mientras los sistemas cerrados, Montalvo (2009) nos indican que estos sistemas no se comunican con otros sistemas, además de no tener vida, son estudiados por la física, la química.

De acuerdo con Montalvo (2009) y Ochoa, 2008 los sistemas abiertos poseen ciertas características las cuales son:

- Totalidad. Esta característica hace referencia que la conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, es decir se trata de algo cualitativamente diferente, que incluye las relaciones que existen entre ellos, (Ochoa, 2004). En donde si un elemento es afectado y a su vez afecta a los demás, utilizando un lema recuperado por la gestal “el todo es algo más que la suma de sus partes”, lo cual significa que la familia es algo más que los padres más los hijos, implica las relaciones entre los miembros y elementos que forma parte de él, es decir el sistema es un todo.
- Circularidad. En donde existen patrones interactivos, repetitivos de interacción, un patrón que se repite, en donde A tiene un efecto en B, a su vez B afecta a C, esté a D y D le regresa información a A, es decir todos los elementos están implicados en el proceso interactivo (Montalvo, 2009).
- Retroalimentación. Esta característica se relaciona con el intercambio de información, es decir la comunicación que sucede tanto intrasistémicamente como intersistémicamente y existen dos tipos, una positiva y la otra negativa. La primera se refiere al intercambio de información que provoca

transformaciones importantes del sistema, hasta la destrucción y estas transformaciones se les llama cambios tipo 2. Y con respecto a la retroalimentación negativa, es un mantenimiento de la estructura del sistema, y en la cual se logran cambios pequeños, estos son cambios tipo 1 (Montalvo, 2009).

- Autorregulación. Es la característica que tiene todo sistema de establecer sus propias reglas de funcionamiento y ritmo de desarrollo.
- Equifinidad o equifinalidad. Hace alusión a un fin, el cual se puede obtener por distintos caminos, y desde distintos orígenes o inicios (Montalvo, 2009). Es decir el sistema puede alcanzar el mismo resultado terminal aunque sea variante su punto de partida.
- Equicausalidad: Implica que la misma condición inicial puede llevar resultados distintos. Tanto esta propiedad como la equifinalidad establecen la convicción de que el terapeuta abandone la búsqueda de una causa pasada originaria del síntoma, considera que no hay causalidad lineal o mecánica. Enríquez (2008,) menciona que para ayudar a la familia a resolver el problema hay que centrarse fundamentalmente en el momento presente, en el aquí y ahora.
- Teleología: El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa (ciclo vital) a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial (Enríquez, 2008).
- Homeostasis. Esta característica se relaciona con la tendencia a que en los sistemas, se busque el equilibrio, la constancia y permanencia sin transformaciones en la estructura, se relaciona con los cambios tipo 1 (Montalvo, 2009).
- Morfogénesis. Hace alusión a un periodo de cambio, el cual puede ser drástico en un sistema, se relaciona con los cambios tipo 2 (Montalvo, 2009).

## Las ideas cibernéticas

Casi al surgimiento de la teoría general de los sistemas en 1948 surge la Teoría Cibernética desarrollada por Norber Wiener, quien en la época de la posguerra busca construir máquinas “autoreguladoras” para desarrollar cañones antiaéreos capaces de hacer blanco, en aviones; es así que dicha máquinas constan de un polo de entrada, uno de salida y un sensor, el cual informaba al artefacto sobre el estado de los efectores, al mismo tiempo requiere un elemento de comparar dicho estado con estado ideal, generando así las correcciones necesarias para disminuir la discrepancia entre el estado actual de los efectores y el estado ideal (Ramón, 2007).

Wiener define a la Teoría Cibernética como “la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes” (Eguiluz, 2001), es así que para nombrar el término griego kubernetes que significa timonel o gobierno. De esta manera se trata de encontrar un paralelismo entre las máquinas, los organismos vivientes y las sociedad, proporcionando a la vez un lenguaje común mediante el cual los descubrimientos de una rama científica sean empleados en otra rama de forma fluida y viceversa (Ramón, 2007).

Wiener se encontraba convencido de que la cibernética era una alternativa para la explicación del comportamiento humano (Sánchez, y Gutiérrez, 2000, en Barrios, 2008). Pertenece a la ciencia de la pauta y la organización, en ella se puede identificar dos clases de sucesos de manifestaciones de la pauta, lo que envuelven lo material y los inmateriales.

De acuerdo con Kenney, 1987 en Trujillo, 2008), es fundamental para ver un mundo cibernético, modificar nuestro hábito de ver lo material exclusivamente, a la vez de evitar toda dicotomía lineal progresiva entre lo material y la pauta.

Pakman (1991, en Ramón 2007) indica que las relaciones tempranas entre cibernética y terapia familiar consistieron en el surgimiento de modelos terapéuticos que fueron llamados interaccionales, con lo cual se aplicaron nociones cibernéticas al campo de las interacciones humanas y de la resolución de problemas.

En consideración de Ramón (2007), los sistemas biológicos y sociales tienen estructuras de control que les permiten adaptarse al medio, y así manteniéndose sin cambio o cambiando su estructura dependiendo de las alteraciones externas, es de esta manera que la cibernética proporciona una base para la investigación y la intervención de los sistemas complejos, dinámicos e interconectados como el sistema familiar.

El principal paso conceptual para el surgimiento de la cibernética fue reconocer el proceso de regulación de los sistemas de todo tipo: el retorno de la información para formar un lazo de control cerrado, la retroalimentación. De esta manera la retroalimentación es el proceso donde la información acerca de comportamientos pasados es alimentada de regreso al sistema, son mecanismos auto-correctivos que incrementan la supervivencia del sistema. (Trujillo, 2008).

Barrios (2008) refiere que la aportación más significativa de esta teoría es la idea de la retroalimentación, la cual es definida por Wiener (1945, en Barrios, 2008) como el método mediante el cual se controla un sistema mediante la reintroducción de sus desempeño del pasado, un sistema, las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás, de forma que favorecen determinadas acciones en ellos o las corrigen.

Es así que resulta relevante hacer la distinción entre cibernética de primer orden y cibernética de segundo orden, de esta forma la cibernética de primer orden corresponde a los sistemas observados y la cibernética de segundo orden es de los sistemas observantes (Soto, 2007, Sánchez y Gutiérrez, 2008, en Ramón, 2008).

### Cibernética de primer orden

En la cibernética de primer orden se considera que el sistema observado está fuera del observador, en el caso de la terapia el terapeuta es considerado como un observador externo de lo que sucede dentro del sistema.

Dentro de la cibernética de primer orden se considera la información como concepto esencial, como sistemas vivos son abiertos, no sólo intercambiando

materia sino también información, para su mantenimiento de forma básica se considera la retroalimentación negativa o feedback, a partir de ellos se explica la supervivencia de cualquier sistema, con la morfogénesis, que es un proceso que todo sistema utiliza para mantener su continuidad a pesar de las variaciones, en la retroalimentación positiva le permite al sistema cambiar de estructura básica y ampliar sus desviaciones (Soto, 2007).

Dentro de la terapia familiar la conducta de cada miembro sirve de información para devolverla al sistema individual y que influye en los otros miembros.

En la terapia la cibernética de primer orden representa la pauta y la organización: terapeuta-paciente, desde un perspectiva observado- observador (Soto, 2007), el terapeuta interactúa y observa al sistema para después cambiar partes del sistema.

La mayoría de los encuadres terapéuticos caen dentro del parámetro cibernético de primer orden al referirse a la pauta y a la organización, ejemplificando terapeuta-paciente, en donde al organización de ese sistema está como la pauta, están dadas desde un perspectiva observador-observado, lo cual excluye al terapeuta de la pauta de interacción del sistema.

### La cibernética de segundo orden

Lo que refiere a la cibernética de segundo orden, sus implicaciones teórico-metodológicas tuvieron un gran impacto en la terapia sistémica, ya que implico un cambio de visión, porque se incluye a quien calibra (Enríquez, 2008). En otras palabras se sitúa al terapeuta como un observador que forma parte del sistema, están sujeto a las restricciones de su retroalimentación.

El terapeuta trata de insertarse de una forma sutil al mundo de la familia, y en donde no es un agente que opera cambios en ella, sino que es un receptor de la realidad de la familia a través del significado de ésta, quitando la línea que diferencia al observador del observado.

La cibernética de segundo orden se centra en las pautas que se dan en los procesos recursivos de la observación, situando al observador como parte integral del sistema observado. Soto (2007) menciona que la cibernética de la cibernética incluye el mecanismo de la alimentación anticipada, y que su función es dar cuenta de la actividad proactiva y planificadora del ser humano, y sus efectos en curso posterior de la acción, sitúa al observador en el núcleo de lo observado

De esta forma en la terapia familiar, el terapeuta no es un agente que opera cambios en la familia, sino es parte y receptor de la realidad observada a través del significado de ésta, el terapeuta no es neutral, insertándose en el mundo de la familia, dando de puntos de vista alternativos.

### Concepción de la realidad

Por su parte Montalvo (2009) refiere que la noción de la realidad es un proceso clave en el quehacer psicológico en general y en la terapia familiar en lo particular, ya que en gran medida determinará la forma de abordar lo que se considera “lo psicológico”, existen dos posiciones al respecto de la realidad: una supone una realidad implícita, en donde está independiente del observador (considerando todas las aproximaciones positivistas), están los que suponen la realidad depende del observador (constructivismo) y es en ésta en la que se sustenta nuestra labor desde el enfoque sistémico.

Lo anterior tiene implicaciones directas para la terapia familiar, ya que la cibernética proporciona una base científica para aproximarse hacia la investigación y la intervención de los sistemas complejos, dinámicos e interconectados como el sistema familiar, donde el individuo no puede explicarse sin incluir en la interacción familiar (Ramón, 2007).

### Concepción del ser humano

De igual manera un concepto fundamental dentro de esta teoría es la concepción del ser humano y existen, Montalvo y cols. (2014), refiere al menos tres concepciones:

1. Visión pesimista. Que considera que se nace con problemas, con instintos negativos, siendo los problemas psicológicos “profundos” requiriendo para su solución sesiones en terapia de largos periodos o incluso años. Aceptando que las personas tiene enfermedades mentales o trastornos incurables.
2. La visión neutral, en donde se considera que se nace de cero, todo depende del aprendizaje y la relación con el medio ambiente. Desde esta concepción, la terapia es una tipo de educación, en donde los problemas son aprendizajes inadecuados que se tienen que modificar.
3. Y la concepción del ser humano optimista, en la que se nace con recursos, potencialidades y capacidades. Esta visión dentro de terapia permite al terapeuta hacer que las personas hagan uso de sus capacidades inconscientes con la intención de despertar estas características para solucionar sus problemas o prevenir problemas futuros, concibiéndolo como agente cambio (Montalvo y cols., 2014).

### **Teoría de la comunicación**

Enríquez (2008) considera que a mediados del siglo pasado hubo una expansión de las ciencias del comportamiento, generándose gracias al enfoque comunicacional o interaccional o sistémico, es así que se originen se nutre de campos tales como la ingeniería de comunicaciones, la cibernética, antropología y la teoría general de los sistemas. De igual manera puntualiza que precisamente esta característica es la que otorgó la cualidad expansiva, dando como resultado un modelo general que puede ser aplicado tanto a ciencias psicológicas como sociales.

En libro de teoría de la comunicación humana de Watzlawick, Beavin y Jackson (1986), en dicha obra, se basa en una epistemología circular e incorpora el concepto de retroinformación de Wiener; es en esta obra que los autores identifican el efecto de la comunicación en las relaciones humanas, donde la

comunicación es más que solo un mensaje, sino un compromiso entre la naturaleza de la relación y el contenido, constituida en relaciones de igualdad y diferencia.

Para el entendimiento de la comunicación humana, se resalta la importancia de tener una visión que permita abarcar más situaciones, ya que en ocasiones un fenómeno puede parecer inexplicable cuando la observación resulta insuficiente para incluir el contexto en el dicho fenómeno tiene lugar. Por lo cual Trujillo (2008), resalta que es necesario estudiar u observar la relación entre las partes de un sistema más amplio, es así que el observador de la conducta humana para de un estudio deductivo a un estudio de las manifestaciones observables de la relación y cuyo vínculo es la comunicación.

Las aportaciones de la Nueva Teoría de la Comunicación son importantes para la terapia familiar al identificar que la comunicación entre dos personas tiene consecuencias sobre la relación y que el mensaje recibido depende de la relación, resaltando la importancia del contexto para encontrar el significado (Ramón, 2007) Watzlawick, Beavin y Jacksson (1986) en su libro La Teoría de la comunicación Humana proponen 5 axiomas de la comunicación humana:

Dichos axiomas son:

- 1) *Toda Conducta es comunicación, como no hay no conductas, es imposible no comunicarse.* Este axioma implica el considerar que todo tipo de comportamiento lleva un mensaje consciente o inconsciente, la comunicación se da en todo momento, no sólo a través del lenguaje (conducta verbal vocal). Los problemas de comunicación tienen que ver con los intentos (inútiles) de no comunicarnos o de comunicarnos erróneamente,
- 2) *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido (referencial) y un aspecto relacional (conativo) tales que el segundo califica al primero y es, por ende, una metacomunicación.* Los mensajes son el primer aspecto, el segundo es cómo deben de entenderse dichos mensajes. Entendiendo que los

problemas de comunicación aparecen cuando a) No hay congruencia entre un aspecto y otro; b) cuando hay desacuerdos en el contenido, entre los comunicante, entre dos o más de los comunicantes; c) cuando hay desacuerdo en el aspecto relacional entre los comunicantes; y, d) cuando existen desacuerdos en ambos aspectos entre los comunicantes.

3) *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.* Dicho axioma tiene que ver con la concepción de la realidad que tiene cada persona que interactúa, ya que dependiendo de esta concepción, cada individuo establecerá cierto orden, entonces a mayor realidad en la puntuación de segundo orden compartida entre los comunicantes mayor igualdad y menos problemas existirán entre esas personas, menos igualdad en la puntuación y por lo tanto, mayores problemas tendrán los comunicantes

4) *Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.*

El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica demasiado compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones (Montalvo, Andrade y Pérez, 2014, p.14). De esta forma el lenguaje digital refiere a palabras y el lenguaje analógico al comportamiento no verbal vocal, tales como movimientos corporales, voz, muecas, expresión, postura, cadencia de la palabra, etc., y los problemas aparecen cuando no hay congruencia entre estos dos tipos de comunicación, presentando dificultades al traducir algo de un lenguaje a otro.

5) *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad (simétricos) o en la diferencia (complementarios).* Se considera que cuando dos personas se comunican y se consideran iguales en términos de estatus, poder,

conocimiento etc., se habla entonces de que la comunicación es simétrica, si ambos o una de ellos se considera diferente en algún aspecto antes mencionado, la comunicación es complementaria. Este axioma contempla que cualquier intercambio comunicativo es de un tipo o del otro, dándonos cuenta o no, y entonces cuando aparecen problemas.

Montalvo (2009) propone un axioma más. *En toda comunicación existe un nivel racional y otro emocional.* Esto hace referencia que como personas solemos utilizar más un tipo de lógica, por ejemplo los hombres utilizan más la lógica para “convencer” a las mujeres de algo, mientras que las mujeres utilizan las emociones para “convencer al hombre de algo, esto sucede a nivel inconsciente, por lo cual los problemas se originan debido a que los comunicantes están en distintos niveles de comunicación.

Ramón (2008) refiere que la teoría de la comunicación propuesta por Watzlawick, Beavin y Jackson, es importante para la terapia familiar al identificar que la comunicación entre dos personas tiene consecuencias sobre la relación y que el mensaje recibido depende de la relación.

Es así que la teoría general de sistemas, la cibernética y la teoría de la comunicación proporciona un marco importante que ha promovido el desarrollo de diversas propuestas para tratar a los sistemas y en este caso la familia.

Las aportaciones de la nueva teoría de los sistemas, la teoría cibernética y la nueva teoría de la comunicación aportan un panorama más amplio de los factores que afectan a los sistemas humanos, proporcionando al mismo tiempo un marco teórico importante que ha promovido el desarrollo de diversas propuestas metodológicas para tratar sistemas familiares (Ramón, 2007).

### **1.3 Principales Modelos Teóricos de la Terapia Sistémica**

La Terapia Familiar Breve Sistémica es una modalidad de terapia breve, entendiendo en este caso como "breve" un tratamiento cuya duración oscila entre una y diez sesiones.

Ochoa (2008) refiere la denominada terapia familiar se han convertido en una sastre que engloba numerosas y dispares formas de hacer terapia, a las que les sigue el apelativo de “familiar”.

El desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica se promovió debido a ciertos cambios sociales, políticos y económicos, lo cual dio como resultado que el área clínica y terapéutica sufriera cambios, para dar resolución a las afectaciones que dejaban las guerras y los nuevos ordenes sociales. De acuerdo con Cibanal (2009, en Montalvo, Andrade y Pérez, 2014) en el campo de la psiquiatría estadounidense surge un gran interés en la década de los años cuarenta, por el estudio de la familia debido a que ésta se vio afectada en su integridad y en su unión.

Es así que desde la década de los años 50' los estudios de las familias desde la orientación sistémica, comenzaron a articularse con la práctica clínica, en donde se comienza a pensarse que las conductas sintomáticas del individuo son el reflejo de una patología familiar más amplia (Montalvo, Andrade y Pérez, 2014).

Es entonces que surgen diferentes tendencias y escuelas, pero hasta la década de los años 60' se establecen conceptos fundamentales y con cierta sistematización de sus procesos clínicos.

Los modelos de terapia breve surgen de la necesidad de ofrecer tratamientos de menor duración, debido a las problemáticas mentales que causó la segunda guerra mundial, esto hizo que los profesionales de la psicología se dieran a la labor de tener tratamientos breves y que además fueran efectivos.

Es así que se entiende cómo terapia breve, son aquellas intervenciones terapéuticas que buscan resolver en tiempos breves las necesidades de los pacientes, se busca producir cambios breves, con una actitud más activa y rápida, para acelerar el cambio.

Algunos modelos se apegan más a los marcos epistémicos que otros, sin embargo entre los mismos modelos se puede hallar diferencias en su forma de proceder y conceptualizar las problemáticas, sin embargo se consideran que poseen ciertas características principales.

Montalvo (et al, 2014) menciona que las características de los modelos breves son:

- Se centra en el aquí y el ahora, y se elimina así toda posibilidad de crear víctimas y victimarios por agentes causales; por tanto, cualquier relación que se tenga con el pasado no importa dado que actualmente la conducta problemática se mantiene por los relaciones actuales que se tienen dentro del sistema.
- Lo que subyace es un fenómeno social donde el problema está en la forma de relacionarse del paciente
- Establece objetivos claros y a corto plazo, no hay entrada a una reflexión exhaustiva de la epistemología personal; se resuelven problemas concretos y previamente establecidos por lo que es muy útil en instituciones públicas de salud.
- Aunque no se establece un tiempo determinado para el proceso terapéutico dentro del modelo de TB, esta no puede exceder de 8 a 10 sesiones, es decir, puede durar 10 semanas (o menos) hasta años, pero sin exceder el número de sesiones. Aquí es importante retomar el concepto de que el cambio es espontáneo por lo que habrá pacientes que necesiten de más tiempo entre sesión y sesión para lograrlo y quienes de una semana a otra lo logren.
- Se trabaja con un solo problema por tratamiento terapéutico, es decir, una vez establecido el objetivo terapéutico se trabaja para lograr el cambio y una vez alcanzado se da por terminada la terapia, sin embargo, el hecho de lograr cambiar la perspectiva de que los problemas están basados en la relación que se establecen con las situaciones o los objetos logra que en un futuro los pacientes tengan nuevas habilidades para resolver diferentes problemáticas.

### **Modelo estructural**

El Modelo Estructural de Salvador Minuchin se basa en el concepto de familia, no como un conjunto de aspectos biopsicodinámicos individuales de sus miembros, sino más bien como un sistema en donde su miembros se relacionan con reglas que constituyen a la familia (Montalvo, 2009).

Presupone que las familias tienen cierto tipo de estructura, y que llegan a tener cierto tipo de interacciones las cuales pueden ser funcionales o disfuncionales (Montalvo, Sandler, Amarante y de Valle Gutiérrez, 2005).

Es así que una familia puede ser funcional en la medida en que realiza bien sus funciones necesarias, que son, dar apoyo y sustento, estableciendo límites generacionales y liderazgos eficaces potenciando la separación e individuación evolutiva de los hijos, negociando los conflictos y comunicándose eficazmente.

El Modelo Estructural, como también los otros modelos sistémicos, se guía por algunos principios básicos de la Teoría General de los Sistemas, considerando que la familia es un sistema vivo y abierto en el que su totalidad lo conforman no solamente sus elementos (miembros de la familia) sino también las relaciones que éstos establecen entre sí, de igual forma como un sistema tiende a al equilibrio (homeostasis) y al cambio (morfogénesis), que se autorregula, además la familia también posee subsistemas, al existir un conflicto familiar cuando se produce una disfunción en las interrelaciones que se establecen entre sus miembros.

Es así que bajo esta mirada la familia está conformada por subsistemas u holones, el término de holón significa que se es un todo, y una parte al mismo tiempo, es así que se considera que la familia es un todo (el sistema familia), y que a su vez es parte de otros más grandes como la comunidad. Se indica que existen varios holones que forman parte de la estructura familia.

- Holón individual (cada individuo es un sistema).
- Holón conyugal (subsistema de pareja).
- Holón parental (subsistema de los padres)
- Holón fraterno (subsistema formado por los hermanos)

Usualmente una familia es definida como funcional en la medida en que realiza bien sus funciones necesarias, que son, dar apoyo y sustento, estableciendo límites generacionales y liderazgos eficaces potenciando la separación e individuación evolutiva de los hijos, negociando los conflictos y comunicándose eficazmente (Minuchin y Fishman 1981).

Minuchin establece que en la estructura familiar se pueden identificar los límites, los cuales “están constituidos por las reglas que definen quiénes participan

y de qué manera lo hacen en la familia . . . tienen la función de proteger la diferenciación del sistema” (Minuchin, 2003 en Soria, 2010).

Los límites indican cuáles individuos pueden estar en un holón o subsistema y cómo deben interactuar.

Los límites internos se identifican entre los miembros de los subsistemas familiares, mientras que los límites externos se reconocen por las reglas de interacción entre la familia y el medio ambiente externo. Se reconoce 4 tipos de límites:

- Claros

Son aquellas reglas que pueden definirse con precisión como para permitir a los miembros del sistema el desarrollo de sus funciones sin interferencias entre subsistemas, permitiendo el contacto entre los miembros de los diferentes holones.

- Difusos

Son aquellos que no se definen con precisión; no queda claro quién debe participar, cómo y cuándo, habiendo falta de autonomía entre los miembros del sistema, quienes están aglutinados mostrando invasión entre subsistemas.

- Rígidos

En las familias con este tipo de límites, la comunicación entre sus miembros se torna muy difícil; cada uno funciona en forma autónoma con desproporcionado sentido de independencia, careciendo de sentimientos de lealtad y pertenencia. Sólo un alto nivel de estrés afectando a un miembro puede activar los sistemas de apoyo de la familia.

- Flexibles

Caracterizados por la capacidad de modificación y adaptación a las necesidades de desarrollo del sistema y de los subsistemas

Otros conceptos relacionados con la estructura familiar son: la jerarquía, centralidad, periferia, alianzas, coaliciones y triangulaciones, que también son parte de la estructura familiar (Soria, 2010).

- La jerarquía se refiere al miembro que ostenta el poder en la familia, es decir, al que establece reglas, las hace obedecer, toma decisiones individuales y grupales, etcétera.
- La centralidad hace referencia al miembro en el que recae la mayor parte de las interacciones familiares, porque destaca por características positivas o negativas.
- La periferia tiene que ver con el miembro con menos participación en la organización e interacción familiares.
- Las alianzas son la unión de dos o más miembros del sistema familiar para obtener beneficios sin dañar a otros.
- Las coaliciones son la unión de dos o más miembros de la familia en contra de otro.
- Y finalmente, las triangulaciones (una forma de coalición) hacen referencia a la existencia de un conflicto entre dos miembros de la familia, los cuales usan a otro para perjudicarse por vía de éste.

### **El Modelo de Terapia Estratégica**

El modelo estratégico fue desarrollado principalmente por Jay Haley y Cloe Madanes al dirigir el Instituto de Terapia Familiar de Washington, encontrándose directamente influido por las ideas de Milton Erickson.

Es así que desde este enfoque, cómo su nombre lo dice, diseñar estrategias únicas para cada paciente, o familia, partiendo de la idea de que la solución está dentro de la situación en la que se desenvuelve el cliente.

Trujillo (2008) refiere que no es una teoría en particular, sino que abarca varias modalidades de terapia con el común denominador de que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente sobre la gente y elabora un método particular para cada problema. Entre sus actividades primordiales se encuentra identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones, monitorear si están siendo efectivas o diseñar las correcciones.

De acuerdo con Haley (1973, en Ramón 2007), en esta propuesta terapéutica, se asume la responsabilidad de planear una estrategia que resuelva los problemas del cliente, establece objetivos claros que siempre entrañan la solución del problema presentado, no se aplica un mismo método a todos los casos, sino que se diseña una estrategia específica para cada problema, considera que su tarea reside en programar una intervención social en la que se el cliente se encuentra.

El objetivo terapéutico para el modelo estratégico es solucionar dentro del marco familiar los problemas presentados y dichos problemas deben ser manejados con técnicas diseñadas para ese cliente y esa situación específica.

Es necesario ayudar a los pacientes a superar a crisis que presentan, sin intentar modificar la psicodinámica o la estructura familiar, lo cual significa que no se toca de manera prioritaria sentimientos o emociones (Sánchez y Gutiérrez, 2000 en Trujillo, 2008)

Una de las tareas fundamentales tiene que ver con definir la unidad social que él puede cambiar para resolver el problema que le presenta un cliente, este punto es clave, ya que se considera que la eficacia del terapeuta es evaluada en términos del resultado de su terapia. El terapeuta debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo, además si ha de resolver una variedad de problemas, no debe adoptar una enfoque rígido y estereotipado con respecto a la terapia, se necesita flexibilidad y espontaneidad, capacidad para aprender de su propia experiencia y para repetir aquellos métodos que hayan dado buen resultado (Haley, 2002 en Ramón, 2007).

El enfoque se focaliza en la solución del problema, por lo que esta terapia no está orientada al crecimiento personal, ni se preocupa por el pasado, el acento se coloca en la comunicación en tiempo presente, el problema no es de un individuo, el análisis se establece entre dos o más miembros que interactúan (Ramón, 2007).

De acuerdo Soto (2007), el modelo estratégico se basa en tres tipos principales de intervenciones: las cognitivas, mismas que cambian la forma de pensar del paciente con respecto a algo (el síntoma); las conductuales que

generalmente cambian las conductas sintomáticas o algunas conductas relacionadas con el síntoma; los rituales introducen una nueva perspectiva o una conducta en el sistema familiar; se apoya en la idea de que el sistema no es libre de no responder cuando se introduce algo nuevo en él, por lo que el paciente tiene que extraer una consecuencia que presumiblemente impacta la intervención.

### **Terapia Ericksoniana**

Este enfoque terapéutico surge de los trabajos de Milton H. Erickson, psicólogo y psiquiatra estadounidense, quien es conocido por su labor en el campo de la hipnosis, que posteriormente tuvo un peso fundamental en la terapia familiar breve, es gracias a autores como Haley, O'Hanlon, Rosen y Zeig, que el trabajo de Milton Erickson se dio a conocer, ya que dichos autores cumplieron la tareas de exponer el trabajo documentado por el autor.

Milton H. Erickson fue una gran influencia en cuanto a la utilización del lenguaje de cambio, en donde se caracterizó por ser hipnoterapeuta, dándole importancia al poder del lenguaje, la metáfora, la paradoja, la prescripción del síntoma y la utilización de los recursos personales para la solución de problemas (Enríquez, 2008). Posteriormente Jay Haley estableció contacto profesional con Milton Erickson y su trabajo de hipnosis y llegó a ser el mejor expositor de sus teorías.

Erickson consideraba aspectos únicos y poco utilizados por terapeutas, con lo cual se terapia era no convencional y eso provocaba resultados realmente favorecedores, entre los recursos que Haley (1991) considera que usaba Erickson son; concepción del ser humano como una fuente de recurso y capacidades, la mayoría de ellos inconscientes, terapia estratégica asumiendo las responsabilidad de que él influía directamente en las personas, prescribir el síntoma, ofreciendo alternativas, provocando cambios por medio de metáforas, escenificación en terapia, enfatizando lo positivo, utilizando lo que ofrece el paciente como la postura, considerar las etapas del ciclo vital en la metas terapéuticas, evitar explorar el sí mismo, uso de amnesia y el control de la información.

## **El modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas**

La terapia familia, desde la perspectiva de la Terapia Breve Orientada a problemas, se centra en el paciente incluido en un contexto de interrelaciones familiares y en contexto más amplios, como los laborales y comunitarios, se enfoca también en la conducta, se enfoca en la conducta observable en el presente. Cuando una conducta se concibe como problemática, está se entiende en relación con su contexto inmediato, es decir con la conducta expresa precaución acerca de una conducta, acciones, pensamientos o sentimientos desarrollados por él o por alguna otra persona con la que se encuentre relacionada significativamente. La conducta problemática es descrita con desviada infrecuente, inadecuada o incluso anormal, aflictiva dañosa de modo inmediato o potencia para el sujeto o para los demás.

Desde esta perspectiva el terapeuta es un agente activo de cambio que debe lograr una visión clara de la conducta problemática y de las conductas que sirven conservarla. Su tarea es identificar el cambio más estratégico en las soluciones y los pasos que estimulan los cambios para solucionar el problema del cliente la modificación en la puta del problema, se inicia mediante un cambio inicialmente pequeño en la interacción, en el circulo vicioso y mediante el aminoramiento de la solución, lo cual conduce a un aminoramiento del problema. Cuando un individuo o familia se enfrenta a un problema intenta resolverlo realizando un cambio, en ocasiones es capaz de resolver el problema haciendo uso del sentido común, en otras ocasiones el problema empeora.

De acuerdo a este modelo, para que una conducta que llegue a ser sintomática ha de presentar las siguientes características (Cibanal, 2009, en Montalvo et al, 2014):

- Los problemas comienzan por una dificultad de la vida cotidiana, generalmente ligada a un momento de transición, que se maneja de una forma pobre. No es necesaria una situación traumática para explicar la aparición de un síntoma.

- La conducta se hace reiterativa.
- El contexto social "mantiene" dicha conducta.
- El contexto social aplica diferentes soluciones al problema, que lejos de solucionarlo, lo perpetua.

El modelo de TBCP específicamente interviene en las llamadas "soluciones intentadas" siendo éstas aquellas respuestas que dan las personas al problema con la intención de resolverlo, pero que finalmente no logran con ello poner una verdadera solución, sin embargo su "solución intentada" la siguen aplicando una y otra vez, creyendo que si hacen más de lo mismo lograrán solucionar su problema. De hecho el término de "solución intentada" Paul Watzlawick (1994, en Montalvo, 2014) lo maneja como un concepto dentro de la teoría sistémica y pone mucho énfasis en ella.

En palabras de Hernández (2008), la terapia centrada en problemas se centra en el paciente no en aislado ni solitario, si no en su contexto social primario, la familia. La atención en la comunicación y a la interacción dentro de la familia conduce a un énfasis mayor sobre la conducta real, la que tiene lugar de forma observable en el presente. El no considerar aisladamente la conducta problemática, sino en relación con su contexto inmediato, los demás miembros de la familia, significa algo más que un mero cambio concreto de punto de vista, ya que esta visión propone que la tarea del terapeuta no se reduzca a comprender el sistema familiar, y el lugar que ocupa en el problema, sino que también ha de tomar alguna medida que cambie el sistema disfuncional, con objetivo de solucionar el problema.

Este enfoque propone que esas soluciones intentadas son las que mantienen el problema que los lleva a terapia o por decirlo de otra forma, consideran que una dificultad se llega a convertir en un verdadero problema cuando a esa dificultad se le da una solución y ésta no da resultado, pero a pesar de ello se vuelve a aplicar incrementándola aún más.

La meta terapéutica fundamental es la de introducir alguna variación en el esquema de solución del problema que viene utilizando el paciente en relación con

su propio síntoma, o los allegados en relación con el síntoma del paciente (Watzlawick, 1994). Esta meta viene definida tanto por el paciente que señala cuál es el cambio mínimo que supondría estar en el camino de la solución del problema, como por el terapeuta que ha de diagnosticar cuál es el tipo básico de solución intentada por el paciente. En este contexto la meta es cambiar el tipo de solución intentada por la estrategia opuesta.

Finalmente, ante un problema concreto el terapeuta deberá desde este enfoque terapéutico:

- a) Definir exactamente el problema.
- b) Fijar los objetivos a alcanzar.
- c) Analizar las soluciones intentadas hasta el momento.
- d) Definir las estrategias para el cambio.
- e) Evaluar la eficacia y corregir las estrategias si es necesario.

### **El modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones**

La Terapia Centrada en Soluciones es una modalidad de terapia breve desarrollada en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y su equipo. Sus premisas teóricas y planteamientos técnicos están muy influidos por el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, así como por el enfoque clínico desarrollado en el MRI (Beyebach, 1999, en Montalvo, et al, 2014).

En comparación con el enfoque Centrado en el Problema que se limita a explorar el problema y en descubrir que sostiene ese problema, este enfoque se extiende en todos aquellos momentos (excepciones) en los que no se presenta el problema o cuando la situación problemática la logra controlar el cliente, identificando con ello aquellas pautas de solución, poniendo énfasis en su desarrollo y establecimiento (Montalvo, et al, 2014).

En la Terapia Breve Centrada en Soluciones, está parte del constructivismo según el cual la realidad sólo se conoce cuando uno se tropieza con ella, y lo que sucede con los problemas es como algo generado por una deformada construcción de la realidad. Bastaría entonces, cambiar esta realidad del cliente para que la persona tenga una mejor percepción de sí misma y del problema en particular. La clave es, desde la TBCS; dejar de centrarse en los problemas y acudir a las soluciones, realizando un proyecto encaminado a la consecución de las mismas.

Las implicaciones de este punto de vista radical (y tan contrario a las premisas tradicionales que comparten la inmensa mayoría de las psicoterapias) son claras: *no hace falta conocer el problema para solucionarlo.*

La labor del terapeuta es apoyar al que el paciente reconstruya su realidad, pero también a que él reconozca sus recursos; la tarea del terapeuta es movilizar estos recursos propios, para ayudar al cliente a que se ayude a sí mismo, y hacerlo además en el menor tiempo que sea posible.

De acuerdo con Montalvo (et al, 2014) ésta se centra activamente en los recursos de los clientes, es decir, en aquellas ocasiones en las que no se da el problema (excepciones) o en aquellos aspectos relacionados con un futuro sin el problema (objetivos). En otras palabras, la terapeuta apenas se interesa por lo problemático o lo que no funciona, sino que se ocupa principalmente de analizar aquello que sí funciona y satisface a los clientes.

Además, en la TBCS se dedica una mayor atención al proceso de mantener y generalizar estos cambios, a "generar una nueva historia" en torno a ellas y a situarlos en un contexto interpersonal y temporal más amplio.

Erickson (Hernández, 2008) mencionaba que el terapeuta debía emplear todo lo que el cliente le presentara, eso incluye las resistencias, síntomas, creencias rígidas, conductas compulsivas, etc., y utilizarlos como parte de la solución, con lo cual se considera que el cliente tiene en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales los recursos necesarios para realizar cambios que ayudaran a la solución de sus motivo de consulta.

La atención primordial de la terapia centrada en soluciones se centra en futuro y en crear expectativas de cambio, se reorienta a la persona o a la familia a fijarse en las cosas buenas y positivas de su situación y observar más las cosas que van bien, lo cual genera más aspectos positivos.

El objetivo de la terapia es realizarla en el menor número de sesiones posibles con la misma efectividad que un tratamiento de mayor duración, haciendo lo mejor posible durante este periodo para lograr un ahorro de recursos, ya se económicos, sino de sufrimiento para las soluciones que se pueden aplicar a la situación que los aqueja en el momento actual (De Shazer, 1986, citado en Hernández, 2008).

El modelo está enfocado en favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, poniendo énfasis en las excepciones o soluciones eficaces ante el problema, resalando y ampliando las cosas eficaces para resolver los problemas.

Algunos de los supuestos básicos con los cuales opera la terapia centrada en soluciones son (O' Hanlon, Weiner-Davis, 1993, citados en Hernández, 2008 y Trujillo, 2008):

- El cambio es inevitable
- El cambio es constante
- Sólo se necesita de un pequeño cambio
- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas
- Los problemas son intentos fallidos de resolver las dificultades
- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla
- No es necesario conocer las causa o la función de una queja para resolverla
- Hay muchas maneras de considerar una situación, ninguna es menos correcta que la otra
- El cambio o resolución de problemas pueden ser rápidos
- Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse
- El terapeuta debe centrarse en el cambio, identificarlo y ampliarlo
- Los clientes definen los objetivos

## **El modelo de Milán**

La escuela de Milán se desarrolló en la década de 1971 a 1980 a través de las investigaciones del equipo formado por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata (Montalvo, et al, 2014).

El objetivo es determinar el sistema de relaciones, creencias y valores familiares dentro de los cuales aparece el síntoma para así saber el papel que tal síntoma desempeña en el sistema de relaciones, y para poder modificar el juego familiar a través de un cambio de segundo orden, promovido por el cuestionamiento circular, la connotación positiva y los rituales, entre otras intervenciones.

La piedra angular del modelo es el llamado “juego familiar”, que se refiere a las relaciones de los miembros del sistema familiar, a las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos, y de la familia en conjunto. Se dice que en las familias patológicas el juego deja de ser adaptativo (Trujillo, 2008).

El equipo de Milán comenzó a trabajar con dos hipótesis centrales según (Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988; Rodríguez, 2004, en Negrete):

La familia es un sistema que se gobierna a sí mismo y se autocorriga a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando que es permitido o no en la familia y en la relación de cada uno de sus miembros con los demás.

Toda conducta verbal o no verbal es comunicación que afecta a otros y provoca en ellos una respuesta que a su vez es una conducta comunicacional.

De estas dos hipótesis se desprende una tercera: las familias que manifiestan conductas que tradicionalmente se diagnosticaban como patológicas.

En uno o más de sus miembros, se rigen por normas peculiares en las que las conductas, la comunicación y la respuesta mantienen estas reglas. Entonces, si las conductas no son patologías, sino que son la expresión de relaciones particulares, bastará con intentar cambiar las reglas para que las conductas sintomáticas desaparezcan. Para intentar cambiar dichas reglas en la familia se

desarrollaron diversas estrategias que apuntaban a trabajar con las relaciones y con las reglas que implícita y/o explícitamente la familia había establecido.

De acuerdo con Melo (2008, p.57) las principales premisas de este modelo son:

- La familia es un sistema autocorrectivo, que se autogobierna por medio de reglas que se crearon a través de ensayo y error
- El síntoma cumple una función
- La intervención consiste en identificar el juego familiar y alterarlo
- El objetivo de la terapia es liberar a la familia de la rigidez de su sistema
- El objetivo es romper la pauta relacional, introduciendo un mensaje contradictorio al funcionamiento paradójico de la familia

Los tres principios básicos que se manejan en este modelo, son hipotetizar, circularidad y neutralidad, los cuales son indispensables para entrevistar de manera más adecuada a la familia:

*Hipotetizar.* La capacidad del terapeuta para construir una hipótesis basada en las informaciones que posee del sistema. Con esa hipótesis el terapeuta determina el punto de partida de su propia investigación. Es así que el terapeuta encamina sus esfuerzos por corroborar dicha hipótesis o reformularla. Para su elaboración se debe de contemplar a todos los miembros de la familia (Barrios, 2008) Su función radica en la obtención de información sobre el sistema y su organización.

*Circularidad.* La habilidad del terapeuta para realizar preguntas circulares, que den información de la familia. Se trata de indagar sobre las relaciones que entablan los miembros, sobre las diferencias y en lo que se refiere al cambio. Al proponer preguntas de tipo circular, además de obtener informaciones, se alcanza simultáneamente el objetivo de introducir en la familia "inputs", conexiones entre distintos hechos, permitiéndole adquirir una nueva visión del problema.

*Neutralidad.* La capacidad del terapeuta de no tomar partido por ninguno. Considerando que Cuanto más asimila el terapeuta la epistemología sistémica, más interesado está en provocar realimentaciones y recoger informaciones, y menos en hacer juicios moralistas de cualquier clase (Montalvo, et al, 2014). El hecho de emitir un juicio cualquiera, sea de aprobación o de desaprobación, implica, implícita e inevitablemente, una alianza con alguna de las partes. Poniéndose especial cuidado en captar y neutralizar lo antes posible cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada con nosotros realizada por algún miembro o subgrupo de la familia.

### **Terapia Narrativa**

A Michel White, se le conoce como el principal exponente de la Terapia Narrativa. Su desarrollo vio influenciado por los trabajos de Gregory Bateson, de quien retomó las ideas sobre la importancia epistemológica en el proceso de la construcción de la realidad, las diferencias básicas en los sistemas vivos y de las pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas.

En la narrativa se afirma que los seres humanos son “interpretantes”, en donde se interpretan sus propias experiencias a lo largo de la vida, y también les atribuyen significados, determina qué aspectos de cada historia vivida se expresarán y de qué forma; la abstracción del pensamiento narrativo surge de las imágenes y no sigue una lógica lineal; funciona por analogías, por semejanzas. Las imágenes se juntan una con la otra y se ponen en secuencias por semejanzas de contenido, por similitud de tonalidades emotivas.

La terapia narrativa es una contextualización que combina efectos, imaginación y creatividad del terapeuta y del cliente, en este modelo se trata de cambiar la historia de la familia haciéndole ver otra realidad sobre sus problemas, remontándola al pasado, al presente y al futuro, trabajando con la historia no con el problema, reescribiendo una historia diferente.

Una de sus premisas contempla que "La persona nunca es el problema, el problema es el problema". Muchas de las creencias que mantenemos no son más

que el gran bagaje cultural que es posible que hayamos absorbido, creencias de que no somos buenos, que sólo las mujeres delgadas son bellas, que un hombre de verdad sabe cómo mantener a una mujer, etc. Es por ello que es importante aprender a reconocer el efecto negativo de esas creencias, y no verlas como una parte integrante de nosotros mismos. Esto es una de las más importantes aportaciones del enfoque narrativo, una especie de conversación liberadora que busca extraer o externalizar esos problemas y creencias.

Es por esto que la Terapia Narrativa se caracteriza por *deconstruir historias dominantes*, muchas veces las personas no tenemos conciencia de estas historias dominantes por lo que son vividas como certezas y “verdades” que oprimen, limitan y causan malestar. Las historias dominantes son la forma en que activamente interpretamos nuestras experiencias a medida que corre la vida, para White (1997 en Montalvo, et al. 2014) son obras de los relatos o historias como las personas juzgamos nuestras propias vidas y la vida de los demás al encontrar sentido de la experiencia.

#### **1.4 Ciclo vital de la familia**

La familia como sistema humano social tiene ciertas propiedades (Montalvo, Sandler, Amarante y de Valle Gutiérrez, 2005), entre las cuales se hace mención del ciclo vital que hace alusión a la estabilidad y cambio y es un aspecto teórico-metodológico, este se refiere al proceso de nacimiento, desarrollo y muerte del sistema familiar.

Son diversos los autores que recuperan el ciclo vital de la familia, tales como Sorokin, Zimmerman y Galpin (1931); Duvall (1957); Feldman (1961); Rodgers (1962) (citados en García y Nuño 2008).

Sin embargo Minuchin es considerado el principal teórico en proponer la división del ciclo vital de la familia; según Minuchin y Fishman (2001, en García y Nuño, 2008) proponen cuatro etapas del ciclo vital familiar: La formación de pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar o adolescentes y la familia con hijos adultos.

Al ver a la familia como un sistema vivo, esta se encuentra en un constante evolución, crecimiento, decremento, expansión, conclusión y reconstrucción, y cualquier etapa producen cambio a que requieren ajustes en reglas de relación del sistema, por lo que cambiar de una etapa a otra, está marcada por desajustes, inestabilidad, y crisis, y las cuales se consideradas como la oportunidad para hacer cambios, crisis que no necesariamente son vistas como negativas. De igual forma las etapas fase del ciclo vital, no son estáticas ni rígidas, y no se encuentra obligadas a presentarse en tiempos ni edades predeterminadas.

### **Etapas de ciclo vital de la familia**

La familia vista como sistema, implica explicarla como una unidad interactiva, un “organismo vivo”, que se encuentra compuesto por distintas partes que ejercen interacciones reciprocas; es así que se considera a la familia como un sistema abierto construido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento, en donde cada parte del sistemas e comporta como una unidad diferenciada, que al mismo tiempo influye y es influida por las partes que la conforman como sistema.

Debido a que el sistema familiar es un sistema vivo, pasa por un ciclo de desarrollo normativo: nace, crece, se reproduce y muere. De esta manera la familia como sistema está en constante cambio porque se acopla a los distintos momentos de desarrollo por los que atraviesa.

La familia al ser un sistema activo, llegan aparecer tensiones generadas en el paso de una etapa a otra, en parte causadas por los cambios dentro del sistema, todo cambio requería un proceso de ajuste y de adaptación de los miembros de la familia las nuevas condiciones internas y externas para conservar su estructura.

La formación de la pareja. En la primera etapa se elaboran las pautas de interacción que estructuran el holón conyugal, se establecen fronteras con los diversos contextos (familias de origen, amigos, trabajo, vecindario, etc.), se definen nuevas pautas de interacción con los demás, se armonizan expectativas y

valores mediante el contacto y con afecto, se crean reglas (intimidad, jerarquías, especializaciones y cooperación), se percibe lo importante para el otro y se llega a acuerdos sobre el hecho de no compartir todos los valores, se aprende a resolver conflictos, se modifican las reglas que antes satisfacían a cada individualidad y se alcanza cierto equilibrio en el sistema (Minuchin y Fishman, 1981).

La familia con hijos pequeños. La segunda etapa comienza con el nacimiento del primer hijo. En ese momento se crean los holones parental, paterno, materno y filial. Aquí se reorganiza el holón conyugal para realizar nuevas tareas y elaborar nuevas reglas, puede correr peligro el sistema, se pueden formar coaliciones. Se constituyen vínculos con abuelos, tíos y primos, se deben negociar nuevos contactos (hospitales, escuelas, industria de ropa, alimento y juguetes infantiles), se establecen pautas que permitan libertad y garanticen la autoridad manteniendo el control y alentando el crecimiento. Cuando nace otro hijo, se quiebran las pautas y es preciso instituir un mapa más complejo y diferenciado de la familia, incluyendo el holón de los hermanos (Minuchin y Fishman, 1981).

La familia con hijos en edad escolar se abre a fuentes extrafamiliares como la escuela, la familia con los amigos de los hijos y los nuevos compañeros. Esta es una etapa crucial en la evolución de la familia. Es el primer desprendimiento del niño del seno familiar. Se unirá a una nueva institución con maestros y compañeros y realizará nuevas actividades fuera del hogar. En cierta medida es la puesta a prueba de todo lo que la familia inculcó en los primeros años al niño (límites, relación con la autoridad y pares, si es correcto preguntar o no, etc.). La red social del niño se amplía y se comenzará a relacionar con otros adultos significativos (maestros). Estas nuevas experiencias pueden ser transmitidas al niño como algo bueno, donde el crecimiento tiene una connotación positiva o pueden ser vividas como una pérdida o un abandono, lo cual hará que el niño se encuentre en una situación muy conflictiva (de elección entre familia y afuera) y dificulte su adaptación (Ritvo, Glick, 2003).

Conforme los hijos interactúan con personas externas a la familia, los padres quedan en libertad de tomar la búsqueda de sus propios intereses. Es aquí

en donde la familia debe elaborar nuevas pautas, roles, reglas y actitudes, e incluso estos temas llegan a ser de discusión.

El crecimiento de los hijos va introduciendo nuevos elementos. El rol filial o fraterno cobra mucho poder con el que tiene que interactuar la familia para reacomodarse. Se tienen que renegociar la autonomía y el control.

De igual forma los abuelos pueden contribuir a la apertura del sistema familiar ya que inician a los nietos en experiencias pertenecientes a distintos contextos.

Es característico de esta etapa un leve desequilibrio. Aquí comienza el proceso de separación y eso resuena en toda la familia. Es fuerte la tendencia a recrear estructuras habituales introduciendo un nuevo miembro en pautas establecidas (Minuchin y Fishman, 1981).

Ocurren nuevas pautas, las cuales se refieren situaciones relacionadas con la escolarización y las nuevas condiciones de socialización que van a vivir los hijos. Hay que regular formas de ayuda en las tareas escolares, quién debe hacerlo, hora de acostarse, tiempo para el estudio y para el esparcimiento, actitudes frente a las calificaciones escolares, relaciones de los hijos con sus iguales, adquisición de hábitos para el desarrollo, la educación, el orden, la higiene, las relaciones (Ritvo, Glick, 2003).

La familia con hijos en edad escolar o adolescentes. La tercera etapa se produce cuando los hijos empiezan a ir a la escuela. Aquí la familia debe elaborar nuevas pautas, roles, reglas y actitudes. El crecimiento de los hijos va introduciendo nuevos elementos. El rol filial o fraterno cobra mucho poder con el que tiene que interactuar la familia para reacomodarse. Se tienen que renegociar la autonomía y el control. Pueden empezar a influir los abuelos. Es característico de esta etapa un leve desequilibrio. Aquí comienza el proceso de desesperación y eso resuena en toda la familia. Es fuerte la tendencia a recrear estructuras habituales introduciendo un nuevo miembro en pautas establecidas (Minuchin y Fishman, 1981).

Ahora bien lo que respecto a la etapa de familias con hijos adolescentes Minuchin y Fishman (1981), refieren que con la adolescencia, el grupo de pares se

hace más importante, además de pasar a ser una cultura por sí misma, con sus propios valores sobre sexo, drogas, alcohol, vestimenta, política, estilo de vida, y expectativas del futuro. Es entonces cuando la familia comienza a interactuar con un sistema poderoso y a menudo competidor.

Es entonces cuando los hijos presionan para obtener mayor autonomía, de igual forma la familia comienza a lidiar con deseos contradictorios de cercanía y libertad familiar, al mismo tiempo en la adolescencia dan lugar a conflictos sobre retener y cuando dejar ir, la familia en crecimiento enfrenta la pérdida al promover la independencia y el desarrollo de nuevos apegos. Es así que la principal tarea de la familia consiste en continuar el proceso de separación (Ritvo, Glick, 2003).

La familia con hijos adultos. En la última etapa, los hijos ya adultos tienen sus propios compromisos, su estilo de vida, carrera, amigos o cónyuge. La familia de origen vuelve a ser de dos. Esta etapa requiere una reorganización en base al tipo de relación que se quiera tener como adultos. Se llama "nido vacío". El subsistema conyugal vuelve a ser esencial y si hay nietos, habrá nuevas relaciones. Puede verse como etapa de pérdida puede ser de gran desarrollo si se aprovechan las experiencias, sueños y expectativas para realizarse.

## **CAPÍTULO 2**

### **Investigación en Psicoterapia y Factores que contribuyen a la efectividad de la Psicoterapia**

#### **2.1 Investigación en Psicoterapia**

La psicoterapia se ha convertido en una práctica socialmente aceptada, sin embargo su lugar dentro de la ciencia no ha estado exento de cuestionamientos (Kuhne, Moncada, 2003).

La relevancia de mejorar la terapia no es un tema nuevo, después del famoso artículo de Eysenck publicado en 1952, en donde se demuestra que la psicoterapia producía los mismos resultados que la abstinencia total de tratamiento, los psicólogos clínicos e investigadores se plantearon la idea de probar que la terapia funcionaba, promoviendo la motivación e interés de terapeutas e investigadores en llevar a cabo estudios para demostrar que la terapia si es efectiva y refutar las conclusiones de Eysenck. Demostrar que la psicoterapia es eficaz en comparación con el no tratamiento, lo que da el inicio a la etapa de investigación en psicoterapia.

Echeburúa y Corral (2001, en Santibáñez, Román y Vinet, 2009) señalan que la evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica es un tema de relevancia social, considerando que es necesario delimitar los componentes críticos de las intervenciones apoyadas en la evidencia, a fin de ajustar el desarrollo de la Psicología al progreso científico, y con ello responder a las características cada vez más complejas de la sociedad, ajustándose a las necesidades propias de la población.

La evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas es una necesidad, importante e incluso urgente. De acuerdo con Echeburúa y Corral (2001), la importancia radica en tres aspectos principales: 1) El progreso científico de la psicología clínica requiere la delimitación de terapias eficaces, así como de conocer los componentes activos de la misma. 2) La psicología se enfrenta a retos

cada vez más complejos. Y 3) las terapias psicológicas se comienzan a integrar a los servicios de salud pública, por lo cuales e deben de incorporar y ofrecer terapias y tratamientos eficaces, con las mismas condiciones y breves.

Teniendo así que existe una gran proliferación en la necesidad de psicoterapia en la vida moderna, ya que la población asume una carga psicosocial que se ha definido como una limitación en la calidad de vida, manifestándose el estrés crónico asociado a incertidumbre y las condiciones laborales, accidentes violencia, abusos de alcohol y drogas, falta de identidad, individualismo, competitividad. En este contexto aumenta la necesidad de tener servicios institucionales que den apoyo efectivo en psicología (Santibáñez, Román y Vinet, 2009).

Destacando que este campo se encuentra en pleno desarrollo y expansión desde mediados el siglo pasado, y que desde entonces se han manifestado un conjunto importante de ideas florecientes (Lister-Ford, 2007 en García, Fantin, 2010). Sin embargo también se señala que la psicoterapia vive un periodo de crisis. Existe evidencia sobre un cuestionamiento a su núcleo teórico y práctico por parte de los/as psicólogos/as, que obedece al menos a un doble interés: la genuina preocupación de superación y, por otro lado, demostrar el grado de efectividad de la práctica psicológica (García, 2005, en García, Fantin, 2010).

De acuerdo con Orlinsky, (2009, en Oropeza, 2012) la investigación en psicoterapia involucra la observación sistemática y el análisis de tres clases de fenómenos: 1) los eventos que ocurren en la relación entre clientes y terapeutas, 2) el impacto de estos eventos en la vida y la personalidad de clientes y terapeutas y 3) la relación entre esos eventos y el impacto psicológico, social, cultural y biológico en los cuales estos eventos ocurren.

Desde un punto de vista muy general, la investigación en psicoterapia parece apuntar a que la mayor parte de los cambios en cualquier terapia se produce en las diez primeras sesiones, y que aquellos pacientes que no experimentan mejoría alguna en las tres primeras tienen pocas probabilidades de mejorar ulteriormente (Miller, Duncan y Hubble, 1997, en Herrero et al., 2001).

De esta forma dentro del campo de la investigación en psicoterapia se han clasificado dos líneas de investigación, la investigación de resultados y procesos.

## **2.2 Investigación de Resultados**

Las investigaciones de resultados corresponden a la también llamada la “etapa de justificación” (Jiménez, 1999), en la cual el énfasis estaba simplemente en probar que la psicoterapia sí obtenía buenos resultados, es decir, que sirve. Sin embargo se ha obtenido que tanto distintas corrientes y modelos, son eficaces en resultados favorables en diversos padecimientos psicológicos. En definitiva, parece que si bien los modelos teóricos para explicar el cambio y las técnicas específicas para lograrlo son distintas, los resultados son casi iguales (Kühne y Moncada, 2002). Esto ha motivado a los investigadores a ir más allá en su búsqueda.

La investigación de resultados tiene como objetivo “evaluar los méritos de una o varias técnicas, procedimientos o estrategias de intervención para la resolución de un tipo de problema o en situación relativamente bien especificados” (Botella, 2000, p.176).

En todos estos años la evaluación de resultados terapéuticos en el ámbito de la psicoterapia ha pasado a ser un tema central de estudio y su importancia radica en que sus conclusiones permiten tanto un avance en la comprensión del cambio psicológico, como una optimización de la práctica clínica (Santibáñez, 2001, en Santibáñez, Román y Vinet, 2009).

La eficacia y efectividad de la terapia psicológica es un tema que está generando actualmente un importante debate y que es clave tanto desde un punto de vista científico como aplicado. La investigación de la eficacia y efectividad de los diferentes tipos de intervenciones un tema clave para que la Psicología adquiera el estatus de una disciplina científica (Hamilton y Dobson, 2001, en García y Fantin, 2002).

Muchos han demostrado lo útil que es la terapia psicológica en distintos tipos de problemas (Jiménez, 1999). Se ha probado que los pacientes en

psicoterapia tienen más cambio que los sujetos de un grupo control o los que reciben tratamiento placebo (Kühne y Moncada, 2002).

El concepto de efectividad o utilidad clínica de las intervenciones implica tres aspectos: a) generalizabilidad de los resultados de los estudios realizados en condiciones artificiales a los contextos clínicos reales, lo que implica verificar que los resultados obtenidos con los sujetos y terapeutas “experimentales” y con los métodos de trabajo que se utilizan en los contextos artificiales sean reproducibles en la práctica clínica real; b) viabilidad de la intervención: aceptabilidad de la misma por parte de los clientes (coste, malestar, duración, efectos secundarios, etc.), probabilidad de cumplimiento, facilidad de difusión entre los profesionales; y c) eficiencia: relación costes/beneficios para el cliente y para la sociedad (Bados, García y Fusté, 2012).

La Terapia Breve Sistémica (TBS) por su parte ha demostrado en gran cantidad de investigaciones su utilidad en diversos problemas psicológicos, resolviendo estos en un mínimo de sesiones (Selvini y cols., 1998; Nardone y Watzlawick, 1992) aportándole gran efectividad y eficacia. Es así que Roth y Fonagy (2005 en Arratia, 2007), en su libro *What Works For Whom?*, en el cual se determinaron la efectividad de cada terapia generando un soporte empírico, con el cual el A.P.A emite un sello de aprobación para 22 enfoques entre los que destacaba el método de terapia sistémica estableciendo que un 15% de la mejoría del paciente era explicada por las técnicas empleadas, mientras que otro 30% es explicado por la relación terapéutica que se daba en esta terapia (Lambert, Ogles, y Masters 1992 en Hubble et. al., 1999 en Arratia, 2007).

La efectividad de la terapia Sistémica se ha corroborado en distintas investigaciones, contemplando distintos padecimientos, poblaciones y modelos teóricos.

En su investigación *Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres*, Guerrero y García (2008), reportan que la terapia sistémica logró cambios en mujeres que sufrían violencia familiar, demostrando que había una disminución en síntomas

psicopatológicos de varios tipos como la depresión, baja autoestima, estrés postraumático.

Por su parte Espina, Ortego, Ochoa (2002) sobre trastornos alimenticios en donde compararon la intervención de la Terapia Familiar Sistémica (TBS), en comparación con la combinación de terapia familiar sistémica y grupos de apoyo a familiares y pacientes durante un periodo de un año en pacientes que padecían bulimia y anorexia, evidencian que se tuvieron mejores resultados, en la utilización de terapia familiar combinada con terapias de apoyo para padres y pacientes, obteniendo valores significativos en la disminución de niveles de ansiedad y depresión, resaltando que la mayoría de los pacientes ya habían estado en procesos terapéuticos anteriores sin tener resultados, de igual forma se deja en evidencia que el tratamiento fue breve, reportando cambios en pocas sesiones, lo que redujo el abandono de los pacientes.

Uno de las investigaciones que resalta la importancia de la efectividad de la terapia que contradice lo dicho sobre la poca validez, es el estudio realizado por Selvini y cols. (1971 y 1987), quien entre esos años, atendieron entre 143 pacientes que padecían anorexia y bulimia, interesados en saber los resultados a largo plazo, encontrando que de las 143 ex-pacientes, sólo 15 aun presentaban sintomatología (anorexia bulímica 5,3% anorexia restrictiva 4,3%, fallecidas 1,4%), el resto se no presentaba síntomas (89%), en cuanto al promedio de sesiones osciló entre 1 y la 3 sesiones, el tiempo esperado para realizar el seguimiento fue de un mínimo de 8 años a un máximo de 24 años (media de 13 años). Con respecto a las técnicas se usaron 3 diferentes: paradójica, prescripción invariable, revelación del juego, resaltando que tenía favorables resultados con respecto a la no recaída (hospitalización después de la terapia), al bienestar global. Sin embargo, tanto la técnica paradójica como la de revelación del juego sobresalen en el bienestar global. Dicha investigación impacta en los efectos a largo plazo que genera la Terapia Familiar Sistémica y su efectividad en cuanto a trastornos complejos.

En el estudio clínico realizado con terapia centrada en soluciones (TCS) por Knekt y Lindfors (2004, en Aranda, Beyebach, Herrero, 2006) investigaron la

efectividad de cuatro tratamientos diferentes para pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad: terapia centrada en las soluciones, psicoterapia psicodinámica breve (PPB), psicoterapia psicodinámica de larga duración y psicoanálisis, cabe resaltar que dicha investigación aún continúa y los resultados preliminares arrojan, la comparación de los dos primeros modelos, la TCS y la PPB, hasta los 12 meses, muestra total consistió en 326 pacientes atendidos en los servicios psiquiátricos de Helsinki entre 1994 y 2000 y asignados de forma aleatoria a uno de los grupos de tratamiento, todos los pacientes tenían un diagnóstico de trastorno depresivo mayor o de ansiedad en el DSM-IV, y no hubo diferencias entre los grupos en el pretest. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario para la Depresión de Beck, (BDI) y las Hamilton Depression Rating Scales (HDRS) para la depresión, y la Symptom Checklist Anxiety Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) para la ansiedad. Estos instrumentos se aplicaron a todos los clientes antes de iniciar los tratamientos y a los 3, 7, 9 y 12 meses. Encontrando que ambos tratamientos produjeron un rápido decremento en los síntomas depresivos y de ansiedad durante los primeros meses de la terapia, siguiendo una evolución prácticamente idéntica en los dos grupos. La única diferencia se encontró en la remisión de los síntomas depresivos en el BDI, que fue más rápida en la TCS que en la PPB.

Zimmerman, Jacobsen, MacIntyre y Watson (1996) estudiaron los efectos de un grupo centrado en soluciones para padres de adolescentes problemáticos. Los padres fueron reclutados mediante un anuncio en un periódico local y asignados de forma aleatoria al grupo experimental (N=30) y a lista de espera (N= 12). Los padres del grupo experimental recibieron una intervención centrada en soluciones de seis sesiones, durante seis semanas. Los dos instrumentos empleados (*Parenting Skills Inventory* y *Family Strengths Assessment*) indicaron que se produjo una mejoría estadísticamente significativa en el grupo experimental, y no en el grupo de control.

La Terapia Sistémica ha demostrado su eficacia en diferentes problemáticas sobre adicciones, como los estudios de Austin (2005), Szapocznik, López, Prado, Schwartz y Pantin (2006), Thompson (2005) y, Stanton y Todd (1982) (citados en

Marcos y Garrido, 2010) que utilizaron la terapia estratégica para demostrar su eficacia en tratamientos de abuso de drogas por parte de adolescentes, utilizando la terapia centrada en soluciones De Shazer.

Por su parte Stanton y Todd (1982) demostraron la efectividad de la terapia sistémica utilizando los modelos estructural-estratégico con problemas de adicción teniendo tres objetivos principales: 1) el abandono del uso de drogas, 2) uso productivo de tiempo, 3) que el adicto consiga una situación estable y autónoma, para esto fue relevante trabajar con la familia, en la creación de metas alcanzables, pero sin perder el objetivo de la terapia, el abandono del uso de las drogas, y sólo cuando hay un periodo de un mes de abstinencia se empieza a enfocar en el proceso de independencia y autonomía funcional del paciente. Para estos autores la confrontación no es de gran utilidad ya que las familias se presentan de forma defensiva y resistente, y con este tipo de estudios desarrollaron estrategias para que las familias se integraran en el proceso terapéutico.

### **2.3 Investigación de Proceso**

La siguiente etapa en la investigación en psicoterapia es la llamada “investigación de procesos” en la que el objetivo de la investigación es establecer exactamente qué es lo que hace que la terapia funcione, a pesar de su diversidad de estilos. Estos estudios buscan identificar los factores que ayuden en la psicoterapia, y de esta manera el identificar estos componentes activos permitiría mejorar la técnica psicoterapéutica y sus resultados.

La investigación sobre el proceso terapéutico es un área relativamente nueva dentro del campo del estudio científico de la psicoterapia. En palabras de Oropeza (2012, p. 179) tradicionalmente se le ha definido como cualquier estudio que contiene total o parcialmente datos directos e indirectos de medidas del cliente, del terapeuta o de la díada terapeuta-cliente en el contexto de la entrevista terapéutica y dicha definición proyecta un marco de referencia para definir los límites de la investigación sobre el proceso en la terapia.

De forma particularmente los estudios sobre el proceso se enfocaron en lo que ocurre dentro de los confines espacio-temporales de la sesión terapéutica, mientras que los cambios fuera de la sesión fueron del dominio de las investigaciones sobre los resultados.

De esta forma la investigación de proceso se ha enfocado al estudio de los procesos de cambio, en particular con los tipos de observación directos con el uso de aparatos de videograbación, que permitieron a los investigadores tener acceso a las sesiones de trabajo terapéuticas de manera abierta.

Esta tendencia de investigación se ha enfocado en especificar qué funciona en psicoterapia y cómo opera para producir cambios.

Los investigadores se han centrado en tratar de conectar efectos específicos con variables específicas, aportando nuevos diseños, procedimientos de muestreo y métodos de análisis estadístico. Los primeros intentos de relacionar las variables de proceso con los efectos, consistieron en medir la misma variable de proceso durante el tratamiento hasta la terminación de la terapia, midiendo los resultados y haciendo un seguimiento. Este tipo de diseño se basa en la creencia que un evento o grupo de eventos de una variable específica medidos en un punto determinado del tratamiento se relaciona consistentemente con los resultados de la terapia, lo cual deja sin resolver la cuestión de la posible intervención de otras variables intra o extraterapéuticas durante el curso del tratamiento y que pudieran afectar los resultados (Oropeza, 2012, p. 179).

Se conoce que en la actualidad la psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia. Además, la psicoterapia comprende actuaciones en todos los niveles de edad de las personas, desde los niños hasta adultos de edad avanzada y no presupone una orientación o enfoque científico- profesional especializado (Santibáñez, Román y Vinet, 2009, p.271).

A partir de diferentes estudios de procesos psicoterapéuticos, muchos investigadores llegaron a la conclusión de que el cambio del paciente en el proceso deriva de la acción de variables inespecíficas o factores comunes compartidos por los diferentes enfoques (Opazo, 2001).

De esta manera las variables o factores serían entendidos como aquellos aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, que son comunes a cualquier psicoterapia, independientemente de las técnicas o marco teórico empleado (Frances, 1985; Omer, 1989, citados ambos en Bagladi, Carrasco & Lira, 1992 en Santibáñez, Román y Vinet, 2009).

#### **2.4 Factores que contribuyen a la Efectividad en Psicoterapia**

García y Fantin (2010), menciona que en las revisiones que se han realizado sobre el avance en psicoterapia, oscila entre el 66 y 73%, en comparación con las personas no tratadas.

Según los estudios meta-analíticos realizados por Lambert y Anderson (1996 en García y Fantin, 2010), reportan que las variables relacionadas con el cliente explican hasta un 40% de la mejoría experimentada en psicoterapia. La relación terapéutica y las variables contextuales explicarían otro 30% de la varianza de los resultados; en tanto que las expectativas que se generan en torno al tratamiento explicarían un 15% de la varianza, valor semejante al que se le atribuye a las técnicas utilizadas.

Por su parte Frank (1982 en: García y Fantin, 2010) propone 6 factores que determinan la eficacia de la terapia como lo son:

- 1) la relación de confianza entre paciente y terapeuta
- 2) confianza y aceptación por parte del paciente con respecto al tratamiento proporcionado
- 3) entrega de información del terapeuta y la oferta de nuevas oportunidades de aprendizaje

- 4) las expectativas del paciente al recibir la ayuda
- 5) brindar experiencias exitosas con la finalidad de que allá aumento en sensaciones de dominio y autoeficacia
- 6) facilitar la vida emocional del paciente

Romero (2008) realizo un investigación sobre las percepciones atribuciones de la efectividad de la terapia a terapeutas que trabajaban en Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental, encontrando que la mayoría de los terapeutas consideraban que los factores comunes eran en mayor porcentaje los responsables en la mejora y avance terapéutico, dichos factores comunes se relacionan con la empatía, la capacidad de escucha, la interacción terapéuticas, las que explicarían un mayor porcentaje del cambio terapéutico. Dentro de los factores comunes que menciona, pueden a su vez distinguirse tres conjuntos de variables: las relativas al paciente, al terapeuta y a la interacción terapéutica.

De igual forma investigaciones como Santibáñez, Román y Vinet en el 2009 y Herrero, Beyeabeach y Lazon en el 2010 resaltan la importancia de la alianza terapéutica ya que este puede ser un predictor de mejoría para los pacientes, y a su vez esta alianza mejora las intervenciones (técnicas) implementadas por el terapeuta.

Otra variable relacionada a la efectividad de la terapia fue la encontrada por LaCrosse (1980, en: García y Fantin, 2010) que habla de la visión que tiene el paciente de que su terapeuta es un experto creíble y confiable, pero de forma contraria existen investigaciones que reportan que el manifestar una lugar más abajo y menos concedor ante los pacientes alienta y favorecen la terapia.

Por su parte García y Fantin (2002), resalta que en la mayoría de estudios no se controla adecuadamente si los pacientes reciben otros tipos de intervención (grupos de autoayuda, manuales de autoaplicación, fármacos, terapias paralelas, etc.) durante el tratamiento o el seguimiento.

Krause (2006) proponen una serie de indicadores de cambio. Estos indicadores son genéricos, en el sentido que pueden observarse en diferentes formas de psicoterapia, y cada indicador representa un tipo específico de cambio de acuerdo al contenido o la naturaleza de aquello que está cambiando.

## Indicadores Genéricos de Cambio

1. Aceptación de la existencia de un problema.
2. Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
3. Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
4. Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).
5. Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones habituales (“fisura”). Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.
6. Expresión de la necesidad de cambio.
7. Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”.
8. Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
9. Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva.
10. Aparición de sentimientos de competencia.
11. Establecimiento de nuevas conexiones entre:
  - Aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.)
  - Aspectos propios y del entorno (personas o sucesos)
  - Aspectos propios y elementos biográficos.
12. Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas. Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
13. Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno incluyendo problemas y síntomas.
14. Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
15. Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
16. Reconocimiento de la ayuda recibida.

17. Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta.

18. Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador global).

Romero (2008) menciona que las variables psicoterapéuticas consideradas relevantes en el proceso de cura de 1 a 5 (donde 1 era “no influye nada en la mejora del paciente” y 5 “influye mucho en la mejora del paciente”). Tales variables fueron los siguientes: 1) Enfoque terapéutico; 2) Técnicas o procedimientos utilizados; 3) Expectativa de cura del paciente; 4) Implicación del paciente; 5) Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente; 6) Empatía del terapeuta; 7) Directividad/apoyo del terapeuta; 8) Percepción del terapeuta de la implicación; 9) Capacidad del terapeuta de influir en el paciente; 10) Grado de aceptación, interés y ánimo mostrado por el terapeuta; 11) Experiencia del terapeuta; 12) Establecimiento de alianza terapéutica.

De esta manera en la terapia familiar Breve los psicoterapeutas se enfrentan a la necesidad de monitorizar el proceso de cambio de sus clientes a lo largo de la terapia, pero es de esencial relevancia en este enfoque ya que los procesos de intervención y evaluación van tan unidos que cualquier maniobra terapéutica tiene valor tanto de intervención como de evaluación (Minuchin, 1974 en Herrero, Beyeabeach y Lázaron, 2001).

Sin embargo no podemos dar por hecho que solo estos factores que de cierta manera se toman en aislado son esenciales para que se dé el cambio en el paciente es por lo cual debemos de buscar qué otros factores pueden favorecer este cambio, y buscan una integración más global y sistémica de los factores que intervienen en la efectividad y eficacia de la terapia sistémica, con lo cual en palabras de Miller, Duncan y Hubble, (1997 en Herrero, Beyeabeach y Lázaro, 2001) permita que así mejore la eficacia (costos, tiempo) de la terapia con el fin de mejorar el servicio y calidad de la terapia clínica.

Por lo tanto el objetivo del presente reporte de investigación fue comprobar la eficacia de Terapia Breve Sistémica e hipnosis ericksoniana, así como identificar y comparar los puntos de vista o versiones de pacientes y terapeutas,

sobre los factores o variables que determinaron el éxito de la terapia para poder retroalimentar a la supervisión de futuros terapeutas con base en la información obtenida, en los ciclos vitales matrimonio con hijos pequeños, matrimonio con hijos en edad escolar y matrimonio con hijos adolescentes.

La finalidad de la presente investigación pretende detectar aspectos que favorecen al cambio en los pacientes durante sus proceso terapéutico, así como la continuidad de los cambios tiempo después de concluir la terapia, la idea de esto es poder retroalimentar a los terapeutas en formación, permitiendo observar que las técnicas, la relación terapéutica y lo modelos no sólo promueven el cambio.

## **CAPÍTULO 3**

### **Factores que contribuyen a la Efectividad de la Terapia Breve Sistémica: Identificación y Análisis de Las Percepciones de Terapeutas y Pacientes**

#### **3.1 Método**

Para el presente reporte de trabajo se realizó una investigación mixta (cualitativa-cuantitativa) descriptivo-correlacional. El diseño de investigación fue cuasi-experimental de series 4 series cronológicas de un solo grupo, como lo menciona Hernández y Sampieri (2001), el número de mediciones puede está sujeto a las necesidades específicas de la investigación que se esté realizando y en nuestro sólo se requirieron tres en distintos momentos como a continuación se detalla.

#### **OBJETIVO.**

El objetivo del presente reporte de investigación fue comprobar la eficacia de Terapia Breve Sistémica e hipnosis ericksoniana, así como identificar y comparar los puntos de vista o versiones de pacientes y terapeutas, sobre los factores o variables que determinaron el éxito de la terapia para poder retroalimentar a la supervisión de futuros terapeutas con base en la información obtenida, centrándonos en la etapa del ciclo vital matrimonio con hijos pequeños, matrimonio con hijos en edad escolar y matrimonio con hijos adolescentes.

#### **Tipo de investigación**

Se realizó una investigación mixta (cualitativa-cuantitativa).

#### **Diseño de investigación**

Se realizó un estudio descriptivo-correlacional. El diseño de investigación fue cuasi-experimental con 4 fases ABCD, como a continuación se detalla.

### **3.2 Participantes**

La muestra final estuvo conformada por 15 pacientes atendidos en INFASI ACT, S.C. (Instituto Familiar Sistémico, de atención privada).

Cuyo criterio de inclusión fue que sean pacientes que se encuentren en las etapas de ciclo vital de la familia de hijos pequeños a hijos en edad escolar y aceptar voluntariamente ser entrevistados, sin importar edad, género, condición social, grado de estudios ni problema por el que asistían a terapia, en caso de que los pacientes fueran menores de edad, el consentimiento fue firmando por el paciente y alguno de sus padres.

### **3.3 Condiciones de Investigación**

El trabajo se realizó dentro de las instalaciones de INFASI ACT. Las entrevistas se llevaban a cabo en un consultorio, con tres sillones y un escritorio. Todas las entrevistas fueron grabadas (sólo audio) bajo consentimiento de los participantes, aclarando los fines de la misma. Se consideró además respetar el tiempo de los pacientes, así que las entrevistas fueron programadas de acuerdo a las citas de las sesiones terapéuticas.

Las llamadas de seguimiento fueron realizadas desde la misma institución.

### **3.4 Materiales e instrumentos**

- Formato de Guía de Entrevista semiestructurada (ver Anexo 1)

#### **Pacientes**

Datos recopilados:

- Demográficos.
- Motivo de consulta.
- Valores de bienestar individual, social y familiar antes y después de asistir a terapia

- Atribuciones que consideraron que contribuyeron con la mejora de su Motivo de Consulta (el terapeuta y sus técnicas, lo hecho por el mismo paciente, relación terapeuta-paciente, factores externos a la terapia),
- Opinión acerca de lo que hizo o dijo su terapeuta que fue significativo para lograr un avance en su motivo de consulta.
- Cómo fue la relación que tuvieron con su terapeuta
- Si había un factor externo a terapia que les ayudara a mejorar su Motivo de consulta.

## **Terapeuta**

Datos recopilados:

- Demográficos.
  - Años de experiencia.
  - Modelos y técnicas empleadas.
  - Motivo de consulta que refiera el paciente.
  - Valores de bienestar individual, social y familiar del paciente, antes y después de asistir a terapia (del paciente).
  - Atribuciones que consideraron que contribuyeron con la mejora de su Motivo de Consulta (el terapeuta y sus técnicas, lo hecho por el mismo paciente, relación terapeuta-paciente, factores externos a la terapia), o que fueron importantes para el avance.
  - Opinión acerca de lo que hizo o dijo, que considere fuera significativo para lograr un avance en el motivo de consulta del paciente.
  - Cómo fue la relación que tuvieron con el paciente.
  - Si considera que hubo un factor externo a terapia que les ayudo a mejorar su Motivo de consulta
- Formato de Consentimiento Informado.
  - Grabadora de mano.
  - Plumaz

- Programa SPSS

## **Variables**

Se consideró que para comparar los factores que influyen en la efectividad de la terapia sistémica desde la perspectiva del paciente y de los terapeutas, deberían poder identificarse las siguientes variables:

### Variable Independiente

1.- Terapia Breve Sistémica e Hipnosis Ericksoniana.

### Variables Dependientes

- Motivo de consulta.
- Bienestar psicológico individual.
- Bienestar psicológico familiar.
- Bienestar psicológico social.
- Estado del motivo de consulta (mejoró, permaneció igual, o desapareció).
- Atribuciones de qué fue lo que hizo el paciente para resolver su problema, así como qué fue lo que hizo y dijo el terapeuta para resolver el problema.

### Otras Variables

- Tipo de terapia: individual, de pareja o familiar
- Factores que fueron importantes para el avance o cambio sobre el motivo de consulta.

## **3.5 Definición de Variables**

Se consideró que para comparar los factores que influyen en la efectividad de la terapia sistémica desde la perspectiva del paciente y de los terapeutas, deberían poder identificarse las siguientes variables:

### Variable Independiente

- Terapia Breve Sistémica e hipnosis ericksoniana. Las técnicas propias del enfoque Breves Sistémico, de los diversos modelos, (reestructuración, creación de metáforas, reencuadre, pregunta del milagro, etc.) Así como técnicas de Ericksonianas hipnosis.

### Variables Dependientes

- Motivo de consulta. Es la expresión del paciente por la que solicita el servicio terapéutico
- Bienestar psicológico individual. Entendiéndose por una valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas, su buen estado y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos a nivel individual, en una escala del 0 al 10, en donde 0 es muy mal y 10 es excelente.
- Bienestar Psicológico Familiar. Entendiéndose por una valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida en familia, en los que predominan los estados de ánimo positivos a nivel familiar, en una escala del 0 al 10, en donde 0 es muy mal y 10 es excelente.
- Bienestar Psicológico Social. Entendiéndose por una valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas, su buen estado y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida social, la relación que establece con personas a nivel social, en los que predominan los estados de ánimo positivos a nivel social, en una escala del 0 al 10, en donde 0 es muy mal y 10 es excelente.
- Estado del motivo de consulta según paciente y terapeuta. Es la percepción de pacientes y terapeutas sobre si su motivo de consulta mejoró, permaneció igual, o desapareció.

- Atribuciones. Entendidas como las conductas o interpretaciones que un individuo le da a la conducta o conductas propias o ajenas que ocurren en terapia, que favorecieron o contribuyeron de forma positiva para el cambio en el motivo de consulta, emitidas por parte del paciente y del terapeuta. Las cuales están divididas en cuatro categorías:
  1. Atribuciones relacionadas con el terapeuta, en donde el paciente otorga valores relacionados a lo que realizó su terapeuta (técnicas, confianza, empatía, sentirse escuchado, tener en lugar de experto al terapeuta, etc.), y para el caso del terapeuta, son atribuciones que otorga él mismo a la participación que tuvo en el proceso terapéutico (raport, técnicas, tareas específicas, escuchar, no juzgar, etc.).
  2. Atribuciones al paciente. En donde el paciente calificó que hizo él en su proceso terapéutico (realizar tareas, poner de su parte, cooperar, escuchar, etc.) y el terapeuta calificó y daba atribuciones respecto a lo que había realizado el paciente y su participación activa en la terapia (hacer tareas, seguir técnicas, cooperar, etc.)
  3. Atribuciones a la relación que establecieron el paciente con el terapeuta y el terapeuta con el paciente (considerado, buena relación, confianza, respeto, buen trato, etc.).
  4. Atribuciones a aspectos que no se encontraban relacionados con la terapia (grupos externos, nuevos empleos, más relaciones sociales, etc.).Las cuales debían de sumar 100% entre ellas.

### Otras Variables

- Tipo de terapia: individual, de pareja o familiar. Quien asistió a terapia, una única persona, toda la familia nuclear o la pareja.

### **3.6 Procedimiento**

El trabajo realizado se llevó a cabo entre finales del año 2012 y finales del 2013, correspondientes a las primeras dos fases del trabajo A y B.

**Fase A.** Evaluación de las variables dependientes, demográficas y otras variables antes del proceso terapéutico.

Entre la segunda y tercera sesión se solicitó una entrevista a pacientes y terapeutas, con la finalidad de obtener medir las variables de Bienestar Psicológico Individual (BPI), Familiar (BPF), Social BPF situándolo antes de iniciar el proceso terapéutico; así como las variables dependientes (datos demográficos, y otras variables). Cada entrevista tuvo una duración aproximada entre 10-20 min.

**Fase B.** Aplicación de la variable independiente

Intervención terapéutica que consistió en 3 sesiones de TBC e Hipnosis Ericksoniana,

**Fase C.** Consistió en la evaluación de las variables dependientes, después de la tercera sesión del proceso terapéutico, para obtener su estala de Bienestar Psicológico Individual (BPI), Familiar (BPF), Social (BPF); saber si el motivo de consulta había mejorado, empeorado o no había presentado cambios. Finalmente, también se indagó sobre los factores que hasta el momento consideraban tanto terapeutas como pacientes que habían contribuido a la mejoría de su motivo de consulta, considerando las técnicas empleadas por el terapeuta, la relación establecida entre paciente y terapeuta y situaciones ajenas a terapia, así como lo hecho por los mismos pacientes. Cada entrevista tuvo una duración entre 15 y 20 min. Cabe aclarar que ningún entrevistador fue terapeuta o co-terapeuta.

**Fase D.** Seguimiento. Entre 9 y 11 meses después de la última visita a terapia, ya fuera por baja con o sin avances o dados de alta, se realizó una llamada a los pacientes para indagar sobre el estado del motivo de consulta (mejoró, empeoró, desapareció, se mantuvo sin cambios), la sesión en la cual sintieron cambios y cómo se encontraban en su estala de Bienestar Psicológico Individual (BPI), Familiar (BPF), Social BPF.

## **CAPÍTULO 4**

### **Resultados**

#### **4.1 Resultados Cuantitativos**

A continuación se muestran el análisis de los resultados obtenidos del presente reporte de investigación, sobre la efectividad y proceso de la Terapia a pacientes y terapeutas que estuvieron en un proceso terapéutico en INFASI, ACT., todos atendidos bajo el modelo de Terapia Breve Sistémica y Ericksoniana. Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 21.0 para determinar las frecuencias, medias y porcentajes de cada aspecto estudiado.

#### *Características de los pacientes y de las problemática atendidas*

La muestra para este reporte de investigación estuvo conformada por 15 pacientes, 11 mujeres y (73.3%) y 4 hombres (26.6%). Su edad promedio fue de 27.7 años; el rango de edad oscilo entre los 10 y 44 años de edad, la edad que más se presento fue de 16 años, con 3 casos respectivamente. El 40% de los casos tenía como máximo grado de estudios el bachillerato, el 26.7% contaban con licenciatura, 20% de maestría y el 13.3 % restante correspondía a le escolaridad de primaria y secundaria. Respecto a su ocupación, el 33.33% menciono ser empleado, 26.6%, el 13.33% se definieron como amas de casa, el 6.6% se encontraba desempleado, y el 20% refirió tener algún otro tipo de ocupación.

En relación a su estado civil el 60% se encontraban solteros, 20% casados, 13.3% en unión libre y 6.6 tenía una relación de pareja. De acuerdo a sus creencias religiosas, 53.33% eran católicos, 33.33% no profesaba ninguna religión, el 13.33% era cristianos, y el 6.66% se identificó otra religión.

### Género por Tipo de problema del paciente

		Tipo de problema del paciente							Total
		Conductual	Emocional	Comunicación	Relación	Adicciones	Carácter	Abuso sexual	
Género del paciente	Frecuencia	2	7	0	1	0	0	1	11
	% del total	13.3%	46.7%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	6.7%	73.3%
	Frecuencia	1	0	1	0	1	1	0	4
	% del total	6.7%	0.0%	6.7%	0.0%	6.7%	6.7%	0.0%	26.7%
Total	Frecuencia	3	7	1	1	1	1	1	15
	% del total	20.0%	46.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	100.0%

Tabla 1. Género por Tipo de problema del paciente.

Como se puede observar en la Tabla 1, del 73.3% de las mujeres, el 46.7% buscan apoyo terapéutico por problemas emocionales; mientras que del 26.7% de los hombres, el 6.7% solicitan terapia por problemas conductuales, comunicación, adicciones y carácter respectivamente.

### Tipo de Familia por Tipo de problema del paciente

		Tipo de problema del paciente							Total
		Conductual	Emocional	Comunicación	Relación	Adicciones	Carácter	Abuso sexual	
Tipo de familia del paciente	Frecuencia	3	4	0	1	0	0	1	9
	% del total	20.0%	26.7%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	6.7%	60.0%
	Frecuencia	0	1	0	0	0	0	0	1
	% del total	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%
Uniparental	Frecuencia	0	2	0	0	1	1	0	4
	% del total	0.0%	13.3%	0.0%	0.0%	6.7%	6.7%	0.0%	26.7%
Solo	Frecuencia	0	0	1	0	0	0	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%
Total	Frecuencia	3	7	1	1	1	1	1	15
	% del total	20.0%	46.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	100.0%

Tabla 2. Tipo de Familia por Tipo de problema del paciente.

La tabla 2 muestra el tipo de familia y el tipo de problema de cada paciente, mostrando que de las familias nucleares (60%), el 26.7% presentan problemas de tipo emocional, el 20% conductuales, el 6.7% de relación y con el mismo porcentaje abuso sexual. Las familias uniparentales, el 13.3% acuden a consulta

por problemas emocionales, el 6.7% de adicciones y carácter con 6.7%. Solo el 6.7% de las familias reconstruidas presentan problemas emocionales, En el caso de quienes viven solos, el 6.7 presentan problemas de comunicación.

**Tipo de Familia por Etapa del ciclo vital**

		Etapas del ciclo vital de la familia			Total	
		Matrimonio con hijos pequeños	Matrimonio con hijos edad escolar	Matrimonio con hijos adolescentes		
Tipo de familia del paciente	Nuclear	Frecuencia	2	2	5	9
		% del total	13.3%	13.3%	33.3%	60.0%
	Reconstruida	Frecuencia	0	0	1	1
		% del total	0.0%	0.0%	6.7%	6.7%
	Uniparental	Frecuencia	0	1	3	4
		% del total	0.0%	6.7%	20.0%	26.7%
	Solo	Frecuencia	0	1	0	1
		% del total	0.0%	6.7%	0.0%	6.7%
	Total	Frecuencia	2	4	9	15
		% del total	13.3%	26.7%	60.0%	100.0%

Tabla 3. Tipo de Familia por Etapa del ciclo vital.

La tabla 3 muestra el tipo de familia y el ciclo al que pertenecen, observándose que el 33.3% de las familias nucleares son matrimonios con hijos adolescentes, 13.3% corresponden a matrimonio con hijos pequeños y 13.3% a matrimonio con hijos en edad escolar, lo que refiere a familias uniparentales, el 20% fueron matrimonio con hijos adolescentes y 6.7% matrimonios con hijos en edad escolar. Sólo el 6.7% de las familia reconstruidas, corresponde a matrimonio con hijos adolescentes.

			Ciclo vital Tipo de problema del paciente							Total
			Tipo de problema del paciente							
			Conductual	Emocional	Comunicación	Relación	Adicciones	Carácter	Abuso sexual	
Etapas del ciclo vital de la familia	Matrimonio con hijos pequeños	Frecuencia	0	1	0	1	0	0	0	2
		% del total	0.0%	6.7%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	13.3%
	Matrimonio con hijos edad escolar	Frecuencia	0	2	1	0	0	1	0	4
		% del total	0.0%	13.3%	6.7%	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	26.7%
	Matrimonio con hijos adolescentes	Frecuencia	3	4	0	0	1	0	1	9
		% del total	20.0%	26.7%	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	6.7%	60.0%
Total	Frecuencia	3	7	1	1	1	1	1	15	
	% del total	20.0%	46.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	6.7%	100.0%	

Tabla 4. Etapa del ciclo vital por tipo de problema del paciente

Se muestra que las familias en la etapa de ciclo vital matrimonios con hijos adolescentes, el 26.7% presentaron problemas emocionales, 20% a problemas conductuales, el 6.7% abuso sexual, y sólo el 6.7% correspondió problemas de adicciones. Las familias con hijos en edad escolar, un 13.3% presento problemas emocionales, 6.7% de relación y 6.7% de carácter. Los matrimonios con hijos pequeños, el 6.7% tuvieron problemas de relación, igual que el 6.7% en problemas emocionales.

### *Características del terapeuta*

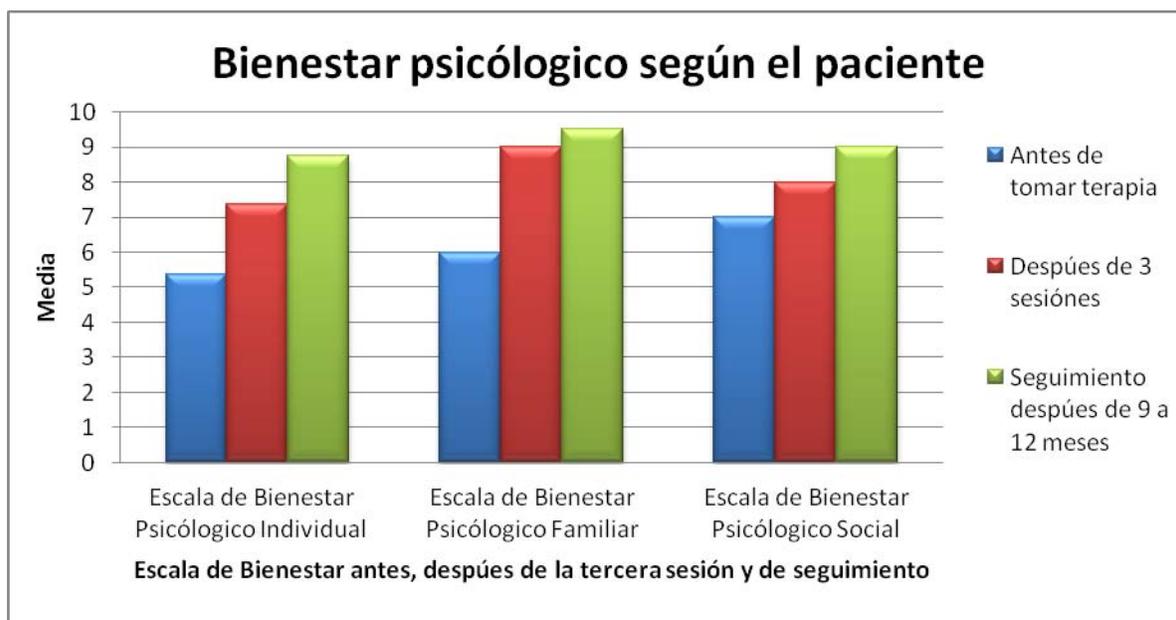
De los terapeutas el 46.66% eran hombres y el 53.33% mujeres, con una edad promedio de 48.47años, con 2 a 33 años de experiencia en la práctica clínica. El 100% comentó seguir el modelo sistémico.

### *Comparación de la eficacia terapéutica*

Lo que refiere al avance alcanzado por parte de los pacientes, la figura 1 , muestra la percepción de paciente acerca de su bienestar psicológico individual (BPI), bienestar psicológico familiar (BPF) y bienestar psicológico social (BPS), antes, durante y después de finalizar el proceso terapéutico, se puede observar las medias de las escalas de bienestar psicológico Individual, Familiar y Social de

los pacientes en tres momentos, antes de recibir la terapia, después de 3 sesiones, y el seguimiento de 9 a 12 meses.

Se observa que en general ha habido un avance creciente en todas las escalas de bienestar.



Figura, 1 Escala de bienestar psicológico individual, familiar y social antes durante y después de la terapia.

En la Figura 2 se muestra la percepción de los terapeutas donde indica como percibieron las escalas de bienestar, el BPI, BPF y BPS en el momento en que llego su paciente, durante el proceso terapéutico y al finalizar, se observa que existe una diferencia entre los 3 momentos, aumentado sus valores, en comparación con los pacientes, los terapeutas dan valores más bajos.

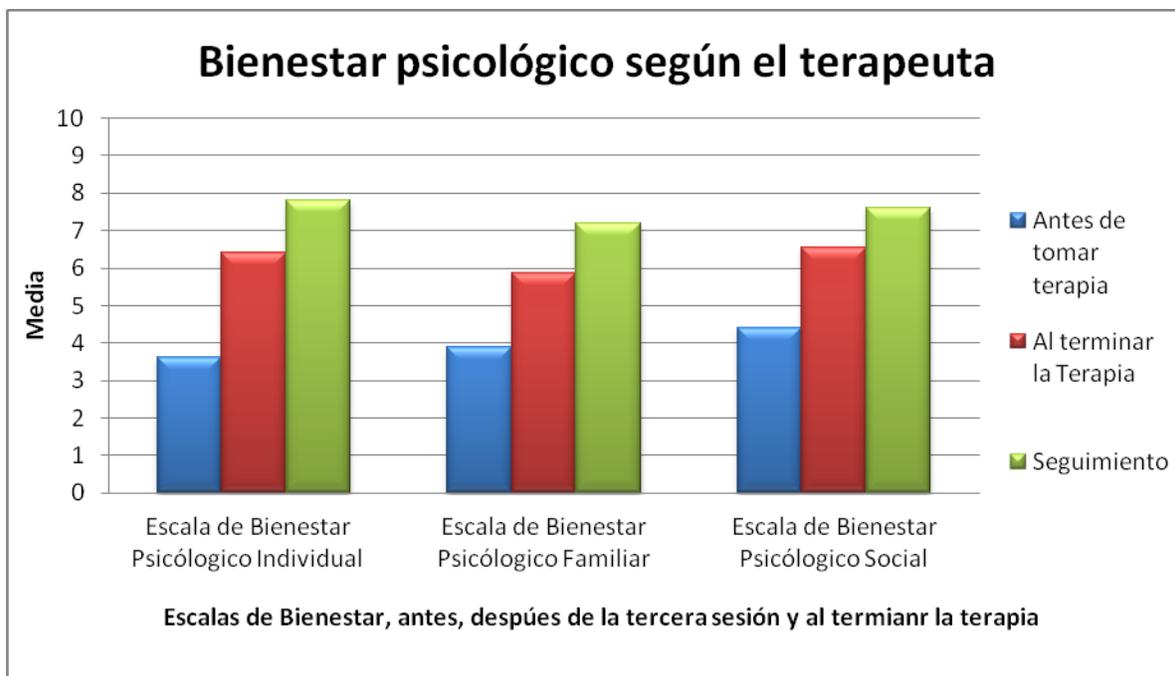


Figura 2. Escala de Bienestar Psicológico Individual, Familiar y social

En la Figura 3 se puede observar el porcentaje de percepción al avance. Los terapeutas otorgaron un 47.35%, en comparación con los pacientes que dan un 52.65%, aunque los valores no son tan diferentes se observa que la percepción de los pacientes es mayor que la de los terapeutas.

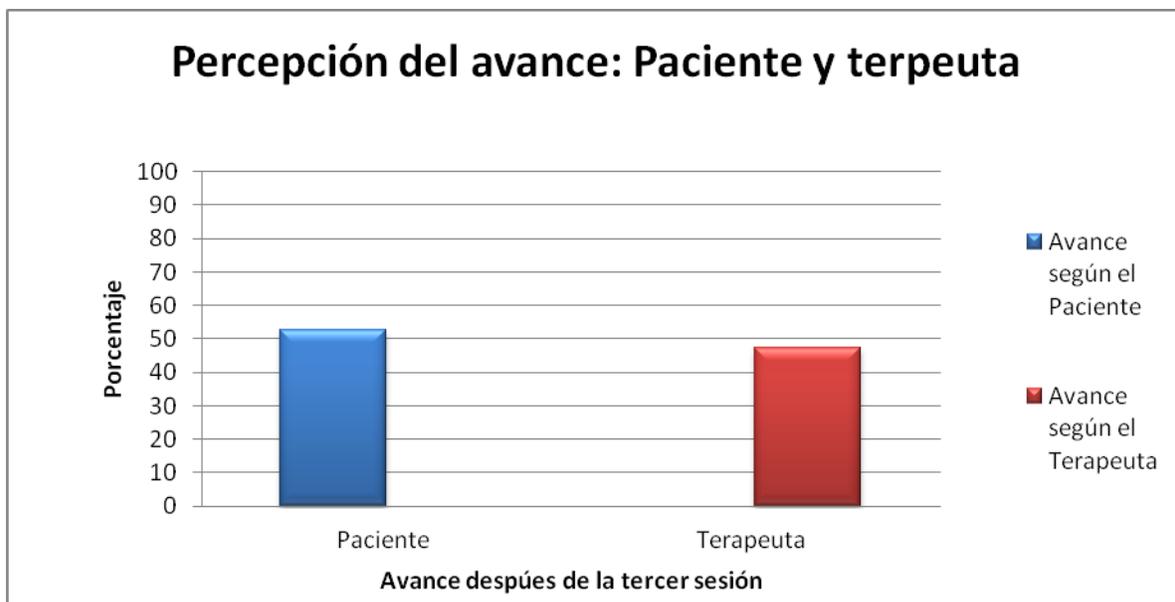


Figura 3. Avance del motivo de consulta según paciente y terapeuta.

Siete de los casos comentaron que pasando la primera sesión tuvieron cambios y mejores con respecto a su motivo de consulta, seguido por 6 pacientes que reportaron que los cambios fueron durante el proceso de la segunda sesión terapéutica, y solo 2 de los casos mencionaron que fue en la primera sesión que tuvieron con su terapeuta, lo cual muestra la Figura 4.

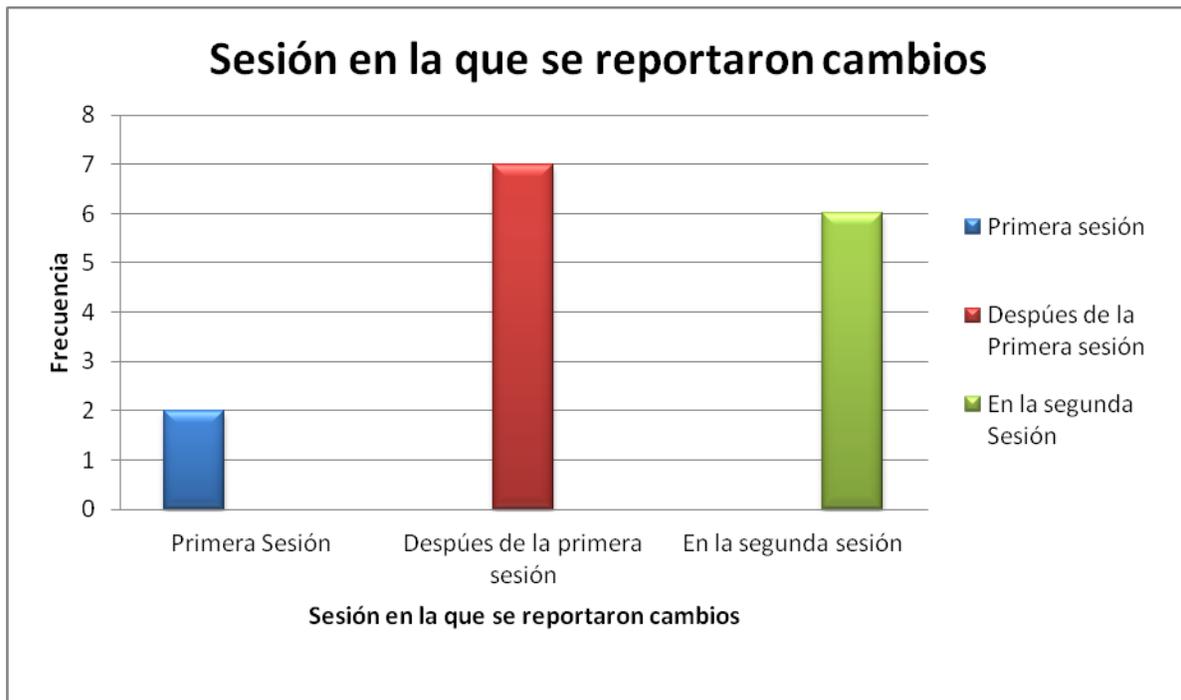


Figura 4. Sesión en la que el paciente reporta cambios.

En la Figura 5 hace referencia al estado del motivo de consulta, tomando en cuenta si este permaneció igual o mejoró o se eliminó por completo. El estado de motivo de consulta en 8 de los casos mejoró y en 7 de los casos desapareció por completo el motivo de consulta por el cual asistían a terapia.

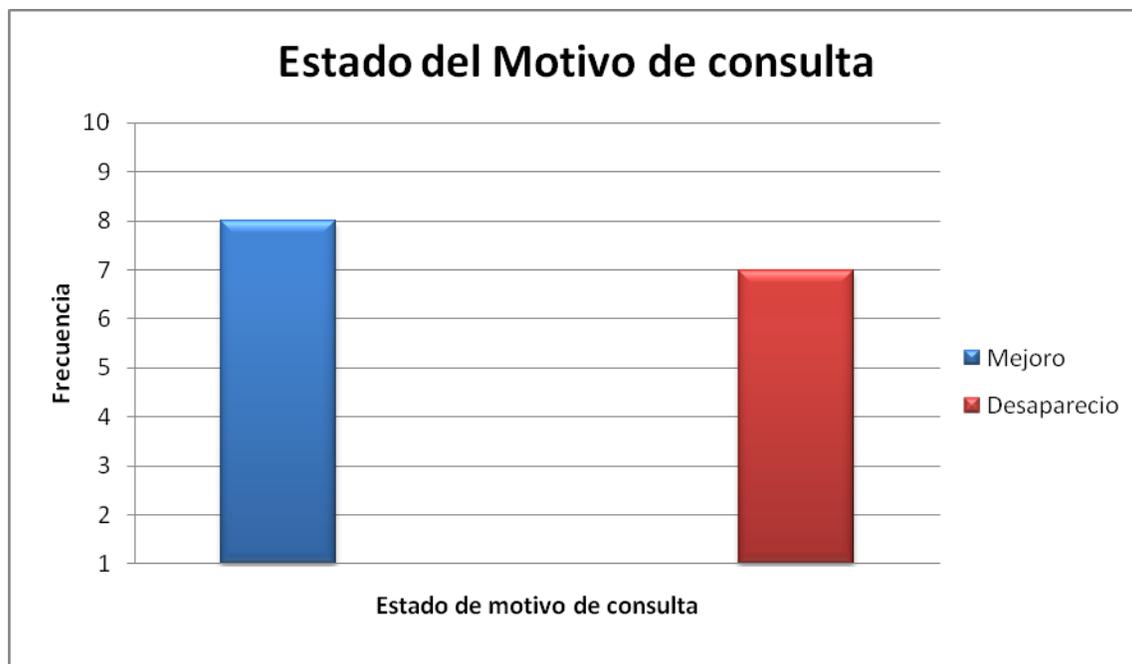


Figura 5. Estado del motivo de consulta según el paciente en el periodo de seguimiento.

En la Figura 6 se puede observar el número de pacientes que fueron dados de alta y terminaron su proceso terapéutico, junto con los pacientes que no concluyeron su proceso y abandonaron, después de la tercera sesión. De tal forma se obtuvo que 8 de los pacientes abandonaron el proceso terapéutico y 7 de ellos fueron dados de alta.



Figura 6. Número de pacientes que fueron dados de alta y los que abandonaron la terapia.

La Figura 7, corresponde a las atribuciones que dan tanto terapeutas como pacientes, que contribuyeron a su cambio. La primera variable es la atribución a los terapeutas y a las técnicas utilizadas por el mismo, la segunda variable corresponde a las atribuciones que se le dan al paciente, la tercera variable tiene que ver con la relación entre paciente terapeuta, y la cuarta son factores no específicos que han contribuido al cambio. En dicha figura se puede observar que los pacientes otorgan un valor más alto a la variable de terapeutas y técnicas, con un 34.11, seguido por la atribución de paciente (29.77), la atribución de la relación entre paciente y terapeuta obtuvo un porcentaje de 22.44, en último lugar la atribución del paciente a variables externas.

En relación a las atribuciones que el terapeuta otorga, la atribución de mayor porcentaje se le asignan a la variable del terapeuta con un 60.77 por ciento, seguida por la variable de la relación con un 19.33 por ciento, con valores de 13.40 por ciento y 5.93 por ciento, que corresponde a las atribuciones de otros factores externos a terapia.

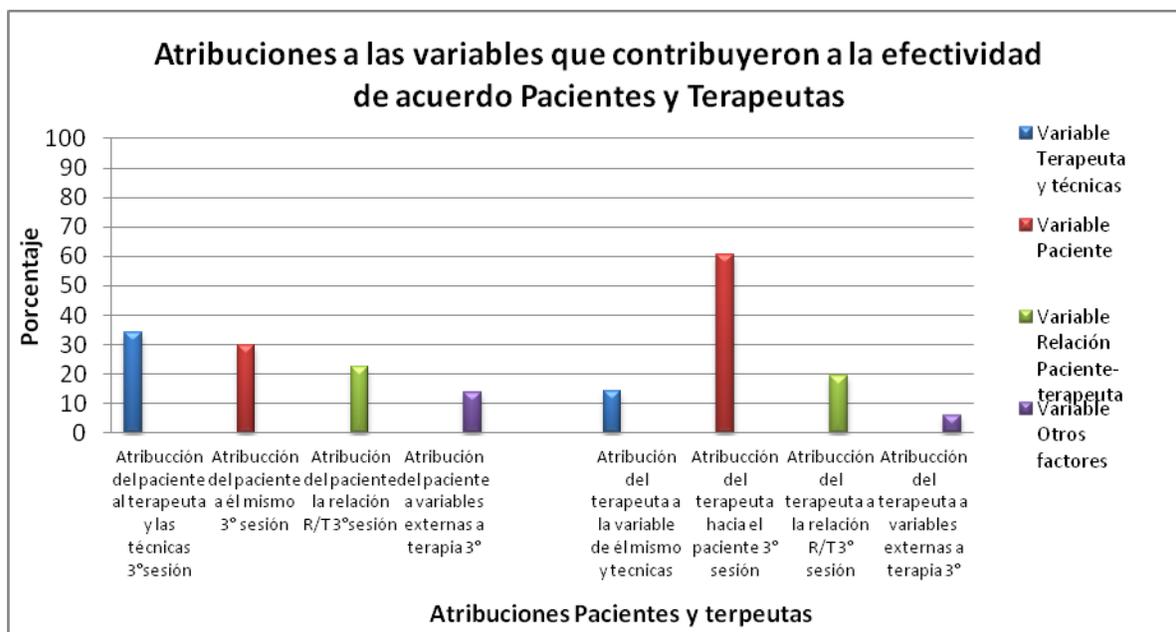


Figura 7. Atribuciones a las variables que contribuyeron a la efectividad de acuerdo Pacientes y Terapeutas.

### *Análisis estadístico*

Se realizó un análisis estadístico de las variables de bienestar psicológico antes durante la terapia sobre el BPI, BPF y el BPS para ver si los cambios eran estadísticamente significativos.

En el caso de los pacientes, a partir de la prueba estadística de Wilcoxon se encontró una significancia de .003 para BPI, .004 para el BPF, para la BPS no se presentan diferencias significativas entre la primera sesión y después de la tercera sesión. En el caso de llamada de seguimiento, fueron menos de la mitad de la muestra, por lo cual se decidió no realizar la prueba estadística.

En el caso de los terapeutas se encontraron diferencias significativas para los tres tipos de bienestar (BPI= .001, BPF =.002 y BPS=.003)

Para encontrar coincidencias en el bienestar reportado entre terapeutas y pacientes se utilizó el coeficiente de Kappa de Cohen, los resultados obtenidos mostraron, que en el caso del BPI antes de acudir a consulta tuvieron una alta coincidencia con un valor de .939, al igual que en el BPS con una coincidencia alta de .816, la escala de BPF, no mostro coincidencias significativas. Pasando la tercera sesión se encontró una coincidencia moderada (.585). En cuanto a la medición de atribuciones, se encontró coincidencia alta (.868) en la atribución de paciente, y una coincidencia moderada (.510) en la atribución a otros factores no relacionados con la terapia.

## **4.2 Resultados cualitativos**

A continuación se presentan los resultados cualitativos de las entrevistas a pacientes y terapeutas, para su análisis se realizó un conteo de factores que contribuyeron al avance del motivo de consulta.

### **Terapeutas**

Desde la perspectiva de los terapeutas, ellos indican en los factores de terapeutas y técnicas, que un 60% se lo pueden atribuir a las técnicas.

El 26.66 menciona que un aspecto clave para el avance de los pacientes fue la utilización de la hipnosis.

En los factores de relación terapeuta paciente, el 40% de los pacientes indican que su relación fue buena y eso logró mejores cambios.

*“...Muy buena incluso ha ido de menos más y hasta se ríe, hasta se ríe...”*

*“...Es buena, reímos, nos divertimos mucho ella disfruta de las sesiones, las dos son chistosas, hay una buena alianza, las dos somos muy chistosas...”*

*“...Es una buena relación, es muy claro, muy inteligente, para él ha sido muy importante el no etiquetar...”*

El 20% mencionó que la empatía fue un aspecto clave, con una 13.33% mencionaron que la cercanía y la confianza fueron importantes para el proceso terapéutico.

Los factores relacionados a la variable de paciente, se obtuvo que el 13.33% se relaciona con las realización de tareas, otro 13.33% el estar dispuesta y cooperar en la terapia

En los aspectos de otros factores externos a terapia, el 60% menciona algunos que fueron claves para el avance y cambios sobre su motivo de consulta, dentro de los que se contempla, el 13.33% lo atribuye a la familia, el 6.7% a tratamiento médico, 20% a relaciones interpersonales cómo amigos, 6.7% a grupos de ayuda, y 13.33% a trabajo o aspectos laborales.

### **Pacientes**

Desde la perspectiva del paciente, factores que corresponden a la variable Terapeuta y Técnicas, el 33.33 por ciento indica que la hipnosis les ha ayudado a mejoras y avances en su motivo consulta.

*“...Algo que creo que fue muy importante para mí es la hipnosis...”*

*“...Me ha enseñado a utilizar herramientas para calmarme, la respiración, ejercicio en imaginar un lugar que me agradaba y tocar mi brazo cuando sintiera desesperación...”*

*“...había un ejercicio con un ejercicio de Bob esponja, llegue con Bob y me dio un consejo y guarde una foto en mi corazón...”*

*“...El me hipnotizo y eso me ayudó mucho...”*

Relacionado con las técnicas, un 40% de los pacientes afirma que su terapeuta trabajo el establecimiento de metas y la toma de decisiones, los cuales fueron un aspecto clave para lograr los cambios.

*“...Las metas de corto y mediano, largo plazo...”*

*“...Lo que yo quiero, de cómo me visualizo a futuro, hicimos una lista de corto y largo plazo y mis metas...”*

*“...Hicimos un ejercicio de mis metas, y yo ya tenía las de corto plazo, e hicimos las de corto, mediano y largo plazo...”*

*“...me da recurso para tomar decisiones, me siento a gusto...”*

*“...fue clave preocuparme por mí, desde lo más básico, levantarme y desayunar, hacer cosas que necesitas...”*

*“...Lo que me ha dicho, tomar decisiones pensando en mi me dice que sea egoístamente inteligente...”*

*“...el poner límites a las cosas, poder decir no, es clave, tomar decisiones...”*

*“...haber terminado la prepa, tener una mejor relación con mi familia, ya tener mis metas y objetivos bien plasmados...”*

El interés, apoyo o “ganas de ayudar” de terapeuta, percibido por los pacientes, es relatado en un 46.66% de los casos.

*“...sentir que estoy recibiendo un apoyo y que ese apoyo me va sacar adelante...”*

*“...me ha ayudado que él me comento que tenía que ver con él o con su familia entonces eso me hizo sentir que entendía...”*

*“...siento su interés en ayudarme...”*

*“...me ha dado su apoyo, me ha extendido su mano...”*

*“...me inspira mucha fe, de él me gusta que él no es de los que esté interesado por el dinero o ganar dinero realmente, siento su interés en ayudarme...”*

El 20% de los pacientes opina que resulto de gran importancia que el terapeuta ponga ejemplos de su vida, y el cómo el resolvió ciertas dificultades, con lo cual ellos generaron ideas de que todos tiene problemas, y que pueden resolverse.

*“...me ha ayudado, él me comento algo que tenía que ver con él o con su familia entonces eso me hizo sentir que entendía lo que me estaba pasando...”*

*“...la confianza al platicarme cosas de él personales, era un ambiente de confianza, abierto, me decía la verdad de muchas cosas...”*

*“...ha habido algunos cambios por los tipos o por que hablo con el doctor y me da como consejos y me han servido y él hace...”*

Un 26.66 % indicó que el tono voz y la forma de decir las cosas fue significativo para ayudar en su proceso terapéutico.

*“...te habla en la manera en que necesitas que te hable, cómo dice las cosas, el tono de voz y cada que ella me dice algo me da un espacio para que yo lo procese a que se grave...”*

*“...Para mi muy importante su voz, él como me habla, porque puedo llegar un poco alterada y su tono de voz me ayuda...”*

Con un 40% los pacientes refiere que el considerar a sus terapeutas, exitosos, profesionales y capaces facilito su proceso de cambio

*“...es que yo veo a mi terapeuta como una persona exitosa en su trabajo, tiene la capacidad para poderme ayudar.*

*“...muy profesional, este trato si ha sido clave...”*

*“...tiene la capacidad para poderme ayudar...”*

En relación a las variables de los pacientes, los pacientes mencionan que el 33.33, por ciento de los pacientes comentan que algo que ellos han realizado para

tener mejoras y avances es el realizar las tareas y actividades que los terapeutas les dejan.

*“..Son tareas sobre mis problemas que tengo acerca del estudio y mi familia, me deja tareas para que las realice y pueda mejorar la convivencia o mi estudio, han sido esas tareas las que me ayudan...”*

*“...Me ha dejado tareas, cumplo con mis tareas, le tengo mucha fe a la terapia...”*

Un 13.33% afirmo que la actitud de su terapeuta fue relevante para el cambio.

*“...La actitud, porque una terapeuta es totalmente una persona sincera, y hay personas que no lo son, y yo soy sincera y el hecho de encontrarte una persona que también lo es padrísimo, es donde se da la conexión...”*

*“...La actitud serena de la terapeuta, la actitud de todo está bien, no hay nada que no se pueda solucionar...”*

Para los pacientes fue de mucha importancia el que se generara la idea de que podían cambiar, expresándolo un 53.33% de ellos.

*“...Yo creo que lo que yo hice para poder avanzar fue abrirme, aceptar, escuchar, creer que puedo cambiar las cosas...”*

*“...pensar no hay nada que no se pueda solucionar...”*

*“...el sentir que me va sacar adelante y vamos a tener una vida plena y bonita...”*

*“...Empiezo a sentirme, que tengo proyectos que si puedo...”*

En lo que refiere a la relación de terapeuta y pacientes, el 60% de los pacientes refiere haber tenido una relación “muy buena” con su terapeuta, siendo clave para su avance,

*“...La relación es muy buena, me inspira mucha fe, de él me gusta que él no es de los que esté interesado por el dinero o ganar dinero realmente, siento su interés en ayudarme...”*

*“...la relación es muy buena, cercana calidad...”*

*“...la relación es muy buena, es un trato muy bueno, directo, cordial, muy profesional, este trato si ha sido clave, la química me ha ayudado...”*

*“...Fue muy buena relación me eso ayudó muchísimo...”*

*“...La relación fue muy buena, porque hubo una conexión...”*

El 73.33% indican que la confianza es el aspecto más importante que les ayudo a tener apertura y avanzar en relación a su motivo de consulta.

*“...no me da pena decirle todo lo que me pasa, tengo mucha confianza con ella...”*

*“...Me abrí mucho con ella, a veces eso es raro, y con ella sentí una confianza inmediata...”*

*“...Me cae muy bien, es muy buena, me llevo muy bien y tengo confianza para que me digan las cosas...”*

*“...Él me ha inspirado confianza”*

*“...Me abrí mucho con ella, a veces eso es raro, y con ella sentí una confianza inmediata”*

*“...Ella ha sido un apoyo para mí, ha sido la voz de mi conciencia, le di confianza...”*

*“...me dio confianza, cómo yo a ella y ella a mí, trabajo en conjunto que hemos tenido en esta comunicación, confianza, ella me pudo hacer sentir mucha confianza...”*

*“...La relaciones buena, como es joven, nos entendemos, no me da pena decirle todo lo que me pasa, tengo mucha confianza con ella...”*

Dentro de los factores que no se encuentran relacionado con la terapia, los pacientes resaltan, como factores, la familia en primer lugar, 40% de los pacientes comentaron que su familia ha contribuido a su apoyo y avance.

*“...el apoyo familiar...”*

*“...Pues acontecimientos de familia, situaciones que se dieron en la familia, el platicarlo, le sentirnos más cerca...”*

*“...Mis amigos, mi familia, el convivir con mis amigos, el estar más tiempo con mi familia, no me dejan encerrarme en mis pensamientos...”*

El segundo factor que los pacientes mencionan con más frecuencia es el apoyo de grupos externos a terapia,

*“algo externo es que voy a terapia otro lado, ella me mando con el doctor...”*

*“...Mi grupo de A.A...entrar a una clínica de rehabilitación”*

*“...A lo mejor pláticas...”*

*“...salir con amigas”*

*“...estar con mi familia...”*

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente reporte de investigación fue comprobar la eficacia de la Terapia Breve Sistémica e hipnosis ericksoniana, así como identificar y comparar los puntos de vista o versiones de pacientes y terapeutas, sobre los factores o variables que determinaron el éxito de la terapia, centrándonos en la etapa del ciclo vital matrimonio con hijos pequeños, matrimonio con hijos en edad escolar y matrimonio con hijos adolescentes.

En primera instancia, logramos cumplir ambos objetivos; se comprobó la eficacia de la Terapia Breve Sistémica e Hipnosis Ericksoniana, y logramos identificar factores que promovieron avances, éxitos y cambios en terapia.

Encontrando que los pacientes atribuyen su cambio en mayor porcentaje a factores relacionados con el terapeuta y las técnicas con un 34.11%, el 29.77 % se lo atribuyen a ellos mismos como agentes de cambio, en cuanto a los factores de la relación paciente-terapeuta asignan el 22.44%, mientras que a los en cuanto a los factores externos a terapia que pudieron contribuir al avance y cambio, otorgan un 13.67%.

Con relación a las atribuciones y percepciones que los terapeutas asignan a factores que contribuyen a la terapia, consideran que el 60.67% del avance se relaciona al paciente como agente que promueve los cambios, a la relación paciente-terapeuta refieren un 19.33%, seguido de la variable de ellos mismos y las técnicas con un 13.40%, lo referente a variables externas a terapia, indican que un 5.93% contribuyó a sus avances.

Lambert, Ogges, y Masters 1992 en Hubble et. al., 1999; (citados en Arratia, 2007, pp. 2), mencionan que a la efectividad de la terapia se le puede atribuir en un 30% la relación del paciente y terapeuta, mientras que un 15% se relaciona con las técnicas empleadas; resulta importante resaltar que tales autores no especifican si dicha atribución la hacen los pacientes o terapeutas. Por nuestra parte encontramos que los pacientes asignan mayores valores a las variables

relacionadas con las técnicas y el terapeuta, mientras que los y las terapeutas lo asignan a los pacientes como agentes de cambio; lo cual indica una relación directa con la concepción optimista del ser humano que tienen los modelos sistémicos y ericksonianos, los cuáles ven al paciente como un agente activo de cambio (Montalvo 2009)

Los estudios meta-analíticos realizados por Lambert y Anderson (1996 en García y Fantin, 2010), reportan que las variables relacionadas con el cliente explican hasta un 40%, mientras que nosotros obtuvimos por parte de los terapeutas un 60.67%, como atribución de cambio.

Se pudieron encontrar diversos factores que contribuyeron al cambio, entre los cuales se destaca, el que el terapeuta cuente experiencias propias, aumentando las expectativas de dominio y eficacia, además de la visualización de que tendrán éxito en resolver su motivo de consulta, lo cual se encuentra relacionado con los factores que propone Frank (1982, en García y Fantin, 2010).

Asimismo en las entrevistas cualitativas resaltan la relación con su terapeuta, marcando la confianza, empatía, apoyo, comunicación y cercanía como factores claves para su avance, corroborándose lo encontrado con Santibáñez, Román y Vinet (2009), en donde para el paciente es importante la empatía, y la confianza que genera y le transmite el terapeuta sin importar la experiencia de éste.

De igual manera, encontramos concordancia con ciertas variables que refiere Romero (2008), tales como: Técnicas o procedimientos utilizados, Expectativa de cura del paciente, Implicación del paciente, Fe y credibilidad en el terapeuta, Empatía del terapeuta, Directividad/apoyo del terapeuta, Percepción del terapeuta de la implicación y Capacidad del terapeuta de influir en el paciente.

Bados et al. (2002) realizan una serie de críticas a las investigaciones en psicoterapia en donde resalta que los estudios no contemplan pacientes que

abandonaron la terapia o dieron resultados poco favorables; sin embargo la presente investigación, pretendía tomar en cuenta a dichos pacientes, por lo cual los seguimientos se realizaron entre 9 y 12 meses, sin importar si los pacientes habían abandonado la terapia o habían sido dados de alta. Se pudo localizar 5 pacientes, de los cuales 3 abandonaron la terapia, y cuyos motivos de su abandono se relacionan con factores externos a la terapia (solvencia económica, trabajo, nuevos proyectos y no tener tiempo para continuar con su proceso terapéutico), pero a pesar de ello dieron valores altos de avance en las escalas de bienestar.

Resulta importante mencionar que a pesar de existir abandono de los pacientes, todos reportaron cambios positivos, más del 90% mencionó cambios en sus escalas de bienestar dentro de las primeras 3 sesiones, lo cual coincide con lo mencionado por Miller, Duncan y Hubble, (1997, en Herrero y cols., 2001), quienes apuntan que la mayor parte de los cambios en cualquier terapia se producen en las diez primeras sesiones, y que aquellos pacientes que no experimentan mejoría alguna en las tres primeras, tienen pocas probabilidades de mejorar ulteriormente (Miller, Duncan y Hubble, 1997, en Herrero, et al., 2001).

Por otro lado, se pudo comprobar que la terapia fue efectiva, sin importar edades, sexo, tipo de problema, familia, tipo de familia, creencia, etc., al observar las escalas de avance que dieron los pacientes, quienes reportaron avances en todas las escalas, incluso después del seguimiento de 9 a 12 meses.

Conocemos que las terapias psicológicas favorecen a los pacientes; sin embargo resulta de vital importancia sustentar en evidencia científica si esto es cierto, y en qué medida lo es. La nueva etapa de investigación en Psicología, busca nuevas herramientas probadas y corroboradas que permitan facilitar la terapia psicológica.

En estos momentos, no sólo bajo este enfoque, se investiga el comportamiento y el que hacer de los profesionales de la salud en el área psicológica durante la atención en el tratamiento de diversas índoles, por lo cual

buscó identificar qué comportamientos, aspectos y factores facilitan la efectividad y eficacia de la terapia. Es así que se pudo comprobar que las intervenciones bajo la Terapia Breve Sistémica son efectivas y eficientes, ya que se hicieron evaluaciones pasando la tercera sesión, y en todos los caso se reportaron mejorías, y que a través de sus percepciones surgieron factores que pocas investigaciones habían rescatado, apoyando la utilidad e impacto de ellos.

De ésta manera, y con los resultados obtenidos se sugieren cómo posibles líneas de investigación, ampliar el instrumento para obtener mayores datos, aumentar el número de participantes, realizar seguimientos en periodos de 3, 6, 12 y hasta 24 meses después del abandono o de haber sido dados de alta; así como indagar sobre aspectos y factores que no faciliten las terapias (factores de fracaso), investigar más sobre las percepciones de ayuda o desagrado de las sesiones, así como una evaluación poniendo o corroborando los factores que ésta investigación encontró.

De forma particular y personal, los datos obtenidos, fueron aplicados y puestos en práctica en la atención de mis pacientes, resulto claramente observable, al considerar y usar las sugerencias de los factores encontrados, facilitando las sesiones en la intervención clínica, promoviendo cambios más rápido y con mayor importancia, lo cual resulto benéfico y enriquecedor para mi experiencia en la atención de pacientes; sin embargo, es necesario sustentarlo e investigarlo, por lo cual es de interés continuar con este tipo de investigaciones.

A manera de cierre, la presente investigación dio resultados importantes y una serie de sugerencias (Anexo 2) que en primer momento, busca impactar en los profesionales en formación como sugerencias que conformen la supervisión de terapeutas sin experiencia, aumentando su conocimiento, educación y promoviendo que dichos conocimientos repercutan en los usuarios.

## REFERENCIAS

- Aranda, B., Beyebach, M. & Herrero, M. (2006). El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones: una revisión de los estudios de resultados. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 36, 33-41.
- Arratia, M. (2007). La efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y la alianza terapéutica, *Ciencia Psicológica*, 1(2). Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:W7EYzpNH6vsJ:intranet.icsis.cl/claroline/backends/download.php%3Furl%3DL1Npc3RibWljb19Db25zdHJ1Y3RpdmlzdGFfY2VudHJhZG9fZW5fbG9zX3JlY3Vyc29zLzAyX2NpZW5jaWFwc2ljb2xvZ2ljYV8wMS0yLS5wZGY%253D%26cidReset%3Dtrue%26cidReq%3DMGO4+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx>
- Bados, L. A., García, G. E. & Fusté, E. A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 477-502.
- Barrios, S. M. E. (2008). *La violencia y la terapia familiar. Tesis de Maestría en Psicología*. Universidad Nacional Autónoma de México. Residencia en Terapia Familiar.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. España: Paidós.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (s/f). La terapia sistémica de Milán. Recuperado de [http://win.associazioneculturaleepisteme.com/articoli/LA%20TERAPIA%20SISTEMICA%20DE%20MILAN%20\(para%20publicacion%20chilena\).pdf](http://win.associazioneculturaleepisteme.com/articoli/LA%20TERAPIA%20SISTEMICA%20DE%20MILAN%20(para%20publicacion%20chilena).pdf)
- Botella, J. (2000). El papel de los estudios de resultados de las terapias psicológicas. *Psicothema*, 2(2), 176-179
- Echávarri, O., González, A., Krause, M., Tomacic, A., Pérez, C., Dagnino, P., De la Parra, G., Valdés, N., Altimir, C., Vilches, Strasser, K., Ramírez, I. & Reyes, I. (2009). Cuatro Terapias psicodinámicas breves exitosas estudiadas a

- través de los indicadores genéricos de cambio. *Revista Argentina de clínica psicológica*, XVIII (1), 5-19.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(1), 181-204.
- Eguiluz, (2004). *Terapia Familiar Su uso hoy en día*. México: Ed. Pax.
- Enríquez, N. D. J. (2008). *Padre ausente y su vinculación con la dinámica familiar. Tesis de Maestría en Psicología*. Universidad Nacional Autónoma de México. Residencia en Terapia Familiar Sistémica.
- Espina, A., Ortego, M.A. & Ochoa de Alda, I. (2002). Ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios, cambios de psicopatología y ajuste social. *Apuntes de psicología*, 20(1), 4-15.
- Espinal, I. , Gimeno, A. & González, F. (s/f) El Enfoque Sistémico en los estudios sobre la Familia. Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural, Santo Domingo. Recuperado de <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
- Feixas, G. & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- García, H. D. & Fantin, M. B. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia en argentina. *Revista puertorriqueña de psicología*, 21, 155-169.
- García, L. Nuño, B. (2008) *Bajo el mismo techo. Una aproximación cualitativa al estudio de las familias ampliadas*. México, Zapopan, Jalisco. Universidad Católica.
- Guerrero, G. R. & García, M. J. (2008). Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 269-280.
- Hernández, M. L. (2008). *Trastornos de alimentación y terapia familiar. Tesis de Maestría en Psicología*. Universidad Nacional Autónoma de México. Residencia en terapia Familiar.

- Herrero, V. M., Beyebach, M. & Lázaro, A.R. (2001). Cap. 12. El proceso de cambio durante las sesiones de terapia familiar breve. En *Temas de Psicología VIII* (225-238). Salamanca, España, Publicaciones UPSA.
- Instituto Bateson de Psicoterapia Sistémica. A. C. (2010). *Historia de la Psicoterapia Sistémica*. Recuperado de <http://www.institutobateson.edu.mx/contenido/historia-de-la-psicoterapia-sistemica>
- Krause, M. (2011). La Psicoterapia: ¿Oficio sin Ciencia y Ciencia sin Oficio? *Revista colombiana de psicología*, 20(1), 89-98.
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Tomicic, A., Dagnino, P. & Echávarri, O. (2006). Indicadores Genéricos de Cambio en el Proceso Psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 299-325.
- Kühne, C. W. & Moncada, H. (2002, Octubre). *Actitud de los psicólogos hacia la investigación en psicoterapia*. XV Congreso Nacional de Psicología Clínica y VII Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud organizado por la Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Chile, Santiago de Chile.
- Marcos, S. & Garrido, F. (2009). La terapia familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de psicología*, 27(2-3), 339-362.
- Melo, D, L, D. (2008). *Fundamentos Teórico-Práctico para desarrollar la terapia breve en las principales escuelas de terapia sistémica*. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Minuchin S & Fishman H. Ch. (1981). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Moncada, H. & Kühne, W. (2003). Importancia de la investigación en psicoterapia para los psicólogos clínicos. *Terapia psicológica*, 21 (1) ,193-201.
- Montalvo, J.; Andrade, A. & Pérez, A. (2014). *Terapia sistémica de pareja: teoría, investigación y aplicaciones*. México: CREE-SER.
- Montalvo, J.; Espinosa, R. & Pérez, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Revista Alternativas en Psicología*, XVII (28), 73-91.

- Montalvo, J.; Valencia, N.; Pérez, A. & Espinosa, R. (2012). Análisis diferencial de la estructura familiar y del equilibrio energético en familias con un adolescente diagnosticado con trastorno por déficit de atención (TDA), *Revista de Psicología Nueva Época. UAEM*, 1(2), 56-68. Recuperado de <http://www.facico-uaemex.mx/2014-2018/portal/descargas/no2.pdf>
- Montalvo, R. J. (2009) *Terapia Familiar Breve*. México: Trillas.
- Montalvo, R. J., Sandler, Z. E., Amarante, R. M. & Del Valle, G. G. (2005). Comparación del Grado de Disfuncionalidad en la Estructura de Familias con y sin Paciente Identificado. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(1), 88-106.No. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol8num1/art5-n1-05.pdf>
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Ochoa de Alba, I. (2004). *Enfoques en terapia familiar Sistémica*. España: Herder.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. Chile: ICPSI.
- Oropeza, D. I. F. (2012). La investigación en terapia familiar. *En-claves del pensamiento*, VI (11), 163-196.
- Pereira, T, R. (1994) Revisión Histórica de la Terapia Familiar. *Revista Psicopatología*, 14 (1) ,5-17.Recuperado de [http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n\\_Hist%C3%B3rica\\_de\\_la\\_TF.pdf](http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n_Hist%C3%B3rica_de_la_TF.pdf)
- Ramón, H.C. (2007).*El self en la psicoterapia sistémica posmoderna. Tesis de Maestría en Psicología*. Universidad Nacional Autónoma de México. Residencia en terapia Familiar
- Ritvo, C.E. & Glick, D. I. (2003). *Terapia de pareja y Familiar. Guía práctica*. México: Manual moderno.
- Riveros, R. M. C. (2008). Cap. 12 Psicoterapia Breve Sistémica. *En Psicoterapias Contemporáneas*, Oblitas, A. L. (pp. 245-263).España: Cengage Learning.
- Romero, M.A.F. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de psicología*, 24(1), 88-99.

- Sampieri, H.; Fernández, C. & Baptista, L. (1991). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill México.
- Santibáñez, F.P., Román, M. M. F. & Vinet, E.V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
- Selvini, P. M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1998) *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Soria, T, R. (2010). Tratamiento sistémico en problemas familiares. Análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3), 87-104. Disponible en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol13num3/Vol13No3Art5.pdf>
- Soto, H. (2007). *Un recorrido recursivo desde la terapia sistémica hasta la terapia no convencional. Tesis de Maestría en Psicología*. Universidad Nacional Autónoma de México. Residencia en terapia familiar.
- Trujillo, N. G. E. (2008). *El enfoque sistémico en la atención de familias vulnerables. Tesis de Maestría en Psicología*. Universidad Nacional Autónoma de México. Residencia en terapia Familiar.
- Watzlawick, P. (1994). *Lenguaje del cambio*. España: Herder.
- Watzlawick, P.; Beavin & Jacksson, D. (1986). *La Teoría de la comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P.; Weakland, J. & Fisch, R. (1985). *Cambio*. Barcelona: Herder.

# ANEXO 1

## Formato de Guía Entrevista

### Datos demográficos

**Nombre del paciente:**

Edad:

Ocupación:

Escolaridad:

Religión:

Estado civil/relación de pareja:

Quiénes viven con él, parentesco, ocupación, escolaridad:

Motivo de consulta:

Quiénes asisten a terapia:

**Nombre del terapeuta:**

Género:

Edad:

Grado:

Lugar (infasi o Iztacala):

Modelos terapéuticos empleados:

Técnicas, procedimientos:

Número de sesiones:

Tipo de terapia (Individual, de pareja, familia.):

Comentarios:

## Guía de entrevista para el paciente

\*Hacer esto después de la tercera sesión

Antes de iniciar la terapia como evaluabas tu bienestar psicológico individual con una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente\_\_\_\_\_

Antes de iniciar la terapia cómo evaluabas tu bienestar psicológico familiar con una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente\_\_\_\_\_

Antes de iniciar la terapia cómo evaluabas tu bienestar psicológico social (otras relaciones, laboral, escolar etc.) Con una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente\_\_\_\_\_

¿En esta tu 3° sesión tu motivo de consulta se ha modificó positivamente, negativamente, sigue igual o desapareció?\_\_\_\_\_

Evaluar el bienestar psicológico individual ahora\_\_\_\_\_

Evaluar el bienestar psicológico familiar ahora\_\_\_\_\_

Evaluar el bienestar psicológico social ahora\_\_\_\_\_

El avance que has tenido se lo atribuyes en qué porcentaje (escala del 0 al 100):

Al terapeuta y sus técnicas \_\_\_\_

A ti mismo \_\_\_\_

A la relación que establecieron tu (usted) y el o la terapeuta \_\_\_\_

A otra cosa que nada tiene que ver con lo anterior \_\_\_\_

## Datos cualitativos

¿Qué hizo, dijo (pregunta, afirmación, metáfora, historia, cuento, ejemplo, etc.) o qué tarea te dejó el terapeuta que consideras que fue clave para tu avance en la terapia?

¿Qué hiciste tu que consideras que fue clave para tu avance?

Cómo fue la relación entre el terapeuta y tú?

¿Qué otros factores que no tienen nada que ver con los anteriores fueron los que te ayudaron?

Hacer esto al final cuando el paciente ha sido dado de alta. Anotar en qué sesión a que atribuyes que hayas resuelto la queja, problema o motivo por el que asististe a terapia en una escala del 0 al 100, de tal manera que al sumar los valores te del 100 por ciento, por ejemplo, 30 al terapeuta, 50 a ti mismo, 10 a la relación que estableciste con el terapeuta y 10 a otras cosas que no tuvieron nada que ver con las anteriores opciones.

Al terapeuta y sus técnicas\_\_\_\_\_

A ti mismo \_\_\_\_\_

A la relación que establecieron el terapeuta y tu \_\_\_\_\_

A otras cosas que nada tienen que ver con las anteriores (especifica). \_\_\_\_\_

Datos cualitativos

El terapeuta ¿qué hizo, qué te dijo (afirmación, pregunta, historia, metáfora, cuento, ejemplo, etc.), alguna tarea o qué otra cosa fue la clave para tu avance?

Porqué tu ¿qué hiciste, qué pensaste?

Porqué la relación ¿qué hizo el terapeuta y qué hiciste tú?

Otras cosas ¿cuáles?

### **Guía de entrevista para el terapeuta**

\*Hacer esto antes de la tercera sesión

Antes de iniciar la terapia cómo evaluabas el bienestar psicológico individual de tú paciente en una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente\_\_\_\_\_

Antes de iniciar la terapia cómo evaluabas el bienestar psicológico familiar de tu paciente en una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente\_\_\_\_\_

Antes de iniciar la terapia cómo evaluabas el bienestar psicológico social de tu paciente (otras relaciones, laboral, escolar etc.), en una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente\_\_\_\_\_

Para esta 3° sesión la queja de tu paciente se ha modificó positivamente, negativamente, sigue igual o desapareció? \_\_\_\_\_

En esta 3° sesión como evaluarías su bienestar psicológico individual \_\_\_\_\_

En esta 3° sesión como evaluarías su bienestar psicológico familiar \_\_\_\_\_

En esta 3° sesión como evaluarías su bienestar psicológico social \_\_\_\_\_

El avance que ha tenido tu paciente se lo atribuyes en qué porcentaje (escala del 0 al 100):

Al terapeuta (usted) y las técnicas \_\_\_\_

Al paciente \_\_\_\_

A la relación que establecieron tu (usted) y el o la paciente \_\_\_\_

A otra cosa que nada tiene que ver con lo anterior \_\_\_\_

De manera general ¿Qué puntaje le da al avance que has tenido su paciente sobre su motivo de consulta? Del 0 a 100% \_\_\_\_\_

Datos cualitativos

¿Qué diferencias percibió con respecto al motivo de consulta de su paciente (mejoras, avances, algún cambio importante)?

¿Qué hizo, dijo, o realizo usted durante la sesión (preguntas, afirmaciones, metáforas, historias, cuentos, ejemplos, etc.) O qué tarea le dejó realizar? (Técnicas, procedimientos)

De los aspectos que mencionó anteriormente. ¿Cuáles considera que fueron importantes para provocar un cambio (mejora, avance, cambio importante) en el motivo de consulta del paciente?

¿Qué hizo usted, que consideras que favoreció un cambio o mejora en el motivo de consulta a la terapia de su paciente?

¿Cómo fue la relación entre usted y el paciente?

¿Qué aspectos de la relación entre usted y el paciente (la actitud, trato, etc.) consideras que fueron importantes para propiciar un cambio o mejora sobre el motivo de consulta?

¿Qué otros factores que no tienen nada que ver con los anteriores fueron los que ayudaron en las mejoras del paciente?

## ANEXO 2

### Lista de sugerencias para terapeutas

- Planea las sesiones y organiza la aplicación de técnicas, estúdialas y manéjalas adecuadamente.
- Explica las actividades que se realizan en la sesión.
- Evita hacer juicios de valor relacionados con su motivo de consulta y no etiquetes.
- Apoya al paciente, creando un ambiente de seguridad y tranquilidad.
- Evita tensar el ambiente de consulta, logra que los pacientes disfruten las sesiones o rían.
- Logra establecer metas terapéuticas.
- Señala la importancia de que el paciente establezca metas y tome decisiones.
- Muestra verdadero interés sobre su motivo de consulta y el poder ayudarle.
- Muestra interés y expresa lo importante que es para ti el ayudarle.
- Plantea situaciones personales, en donde usted también tuvo complicaciones, y explique el cómo las resolvió.
- Ejemplifique con situaciones reales e incluso propias, las cuales pueden generar sentirse entendidos.
- Module su tono de voz, logre tranquilizarlo si viene alterado.
- De espacio a que responda y analice lo que usted le cuestiona.
- Muéstrese capaz y profesional, ya que es clave para el avance.
- Deje tareas relacionadas con lo platicado en sesión.
- Muestre una actitud sincera y serena.
- Promueva ideas en sus pacientes de que él puede solucionar sus dificultades y puede lograr cambios.

- Establezca que la sesión es un espacio de calidez, respeto, buen trato y asegure que su paciente se sienta cómodo.
- Los pacientes sienten confianza al ser escuchados, al no dar juicios de valor sobre lo que narran.
- Establezca un ambiente de confianza y de reserva, aclarando que la información es confidencial.
- Considere hacer una evaluación de los avances pasando la tercera sesión.
- Realice seguimientos de 3 a 12 meses de darlo de alta o de abandonar la terapia.
- Sugiera ideas o estrategias propias de solución.