



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAestrÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**“LA RELACIÓN FRATERNA  
Y SU IMPACTO EN LOS CONTEXTOS RELACIONALES”**

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

PRESENTA:  
**CINTIA AGUILAR DELGADILLO**

TUTOR  
Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez

JURADO:  
Dra. Noemí Díaz Marroquín  
Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky  
Mtra. Miriam Zavala Díaz  
Mtra. Carolina Díaz-Walls Robledo

MÉXICO D.F., NOVIEMBRE 2014



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

Agradezco a cada una de las personas que me han acompañado en mí transitar en cada estrecho, corto, o largo camino de mi vida. Desde la lejanía, la cercanía, la empatía y la antipatía, pues todas estas relaciones me han ayudado a construir la persona que hoy soy

*Cintia Aguilar Delgadillo*

con títulos o sin títulos, pero cada uno aportando con su saber a mi experiencia personal y profesional –aunque no sé si es posible separarla–.

Comenzaré por agradecer a mis acompañantes de toda la vida, mis papás:

A mi mamá (*Gloria Delgadillo*) por su confianza total, por impulsarme a lograr lo que deseo, aún cuando parezca lejano y poco viable ante mis ojos, pero no ante los de ella; que sin saberlo me ha transmitido una gran sabiduría, que implica no cuestiones académicas, pero sí de lucha, bondad, humildad, honestidad, agradecimiento y sobretodo una lucha constante ante situaciones dolorosas y difíciles de enfrentar, *una lección de resiliencia*.

Mi papá (*Alejandro Aguilar*) presente en la medida que puede, pero aportando a mi formación con su propia experiencia de vida. Difícil, pero me ha permitido ser más sensible y humana.

Mis hermanas y hermanos

*Gís, Day, Quique y Ale*

Porque la experiencia de vida que nos tocó compartir, fortaleció y volvió un recurso nuestra relación. Hoy entiendo que para algunos más difícil que para otros, pero cada uno con recursos. Tan importantes en mi vida, que este reporte refleja mucho de nosotros.

Y a Vic que ha estado presente en la relación fraterna y me ha ayudado a resolver cuestiones tecnológicas, durante muchos años.

A mi Sali (*Roberto Salinas*)

Por compartir tu perseverancia, valentía, amor y vida conmigo. Gracias por aparecer y reaparecer en mi camino, y entre las multiplicidades de caminos, construir uno conjunto. Te amo

A mis amigos

Alguna vez un conocido me dijo “tu donde sea tienes amigos” y yo respondí ¡NO!... pero después de algún tiempo me di cuenta de la fortuna que tengo al poder responder ¡SÍ!... He construido relaciones de amistad muy valiosas, algunos más antiguos, algunos más presentes, algunos más lejanos, pero cada uno muy apreciado por mí.

*Hilda, Karla, Sandra, Mirna, Pelón (Orlando), Christian, Bere, Selene, Martha, Alma Alvarado, Eli, Bárbara, Jessica, Alma Aguilar, Beatrice Bollás, Marla, Erika.*

Que estuvieron, están y espero permanezcan en diferentes momentos. Y muchos otros no menos importantes en mi vida.

A mis compañeras de Maestría

*Alma Aguilar, Adriana Ibarra, Araceli Durán, Beatriz Bollás, Claudia Ledezma, Cuauhtémoc Flores, Leticia Muñoz, Noemí Kumul, Paula Bautista, Verónica Larrieta y Verónica Vargas.*

A mis profesores de vida y formación.

A cada uno de los maestros que compartió su valiosa sabiduría y posturas, que me permitieron consolidar valores, cuestionar algunos, construir y tomar una postura personal. *Blanca Barcelata, Carolina Díaz Walls, Dolores Mercado, Elizabeth Colón, Gerardo Reséndiz, Ignacio Ramos, Inda Saenz, Jorge Molina, Nazira Calleja, Miriam Zavala, Noemí Díaz, Nora Rentería Raymundo Macías, Silvia Vite.*

Sin embargo algunos han impactado en mayor medida en mí.

*Carolina Díaz Walls*, por aceptarme en tu grupo, invitarme a colaborar en tu grupo de formación de terapeutas, y por transmitirme tu pasión por conocer, pero sobre todo por la humildad que tuviste al transmitir tus conocimientos. Gracias pues fuiste el primer impulso que me acercó a la terapia familiar.

*Noemí Díaz Marroquín*, por abrirme las puertas en el momento justo, que después de una decepción, me ayudaste a prepararme para lograr mi objetivo (ingresar a la maestría), pero sobre todo a fortalecer y consolidar mi pasión por la psicoterapia. Una muestra más de la coherencia personal y profesional, en el que la sabiduría, conocimiento y crecimiento profesional, no está peleada con la humildad. Gracias.

Sin ustedes, no habría podido ser una terapeuta familiar, pues no tendría esa pasión, ni recursos económicos para acercarme a esta disciplina, gracias por compartir sus saberes sin retribución económica alguna.

A *Gerardo Reséndiz*, tutor y profesor, por promover que me esforzara para mejorar mi trabajo, y tomarte el tiempo para favorecer mi crecimiento profesional, e incluso interesarte por mi bienestar emocional, ante situaciones complicadas.

A *Silvia Vite*, por darme la oportunidad de crecer en otras áreas que no considero como mi fortaleza, “las ponencias y conferencias”.

*Sotero Moreno*, por acompañarme en lo emocional durante algunos añitos.

Finalmente agradezco a la UNAM, porque me permitió tener una formación sólida y de calidad en distintos niveles académicos (nivel medio superior, superior y posgrado).

# ÍNDICE

## CAPITULO UNO

<b>I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.....</b>	<b>1</b>
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar: .....	3
1.1. Características del campo psicosocial.....	5
1.2. Principales problemas que presentan las familias.....	9
1.3. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....	14
2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico: .....	15
2.1 Descripción de los escenarios y análisis sistémico de los escenarios.....	17
2.1.1 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” .....	17
2.1.2 Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro.....	19
2.1.3 Centro Comunitario “Los Volcanes” .....	21
2.1.4 Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” .....	24
2.1.5 Instituto Nacional de Rehabilitación.....	27
2.1.6 Centro Comunitario “San Lorenzo” .....	31
2.2. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.....	33

## CAPÍTULO DOS

### II. MARCO TEÓRICO

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo: .....	38
1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna .....	38
1.1.1 Teoría General de los Sistemas.....	38
1.1.2 La teoría de la cibernética.....	42
1.1.3 Epistemología Batesoniana.....	46
1.1.4 Teoría de la Comunicación Humana.....	54
1.1.5 Constructivismo.....	56
1.1.6 Construccinismo Social.....	60
1.2. Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna: .....	65
1.2.1 Modelo Estructural.....	66
1.2.2 Modelo Estratégico.....	76

1.2.3	Terapia Breve centrada en los problemas.....	86
1.2.4	Terapias Breves orientadas a las soluciones.....	100
1.2.5	Modelo de Milán.....	109
1.2.6	Modelos Posmodernos.....	128
1.2.6.1	Terapia Narrativa.....	128
1.2.6.2	El Equipo Reflexivo.....	136
1.2.6.2	Enfoque Colaborativo.....	145

## CAPÍTULO TRES

<b>III.</b>	<b>DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.....</b>	<b>153</b>
<b>1.</b>	<b>Habilidades Clínicas Terapéuticas.....</b>	<b>153</b>
1.1.	Integración de expedientes de trabajo clínico por familia en la que se atendió como terapeuta con base en el formato de registro estipulado:	
1.1.1	Familia Los Baker-Martínez.....	154
1.1.2	Familia Leblanc Ramírez.....	186
1.1.3	Análisis y discusión del tema de fraternidad y su relación con los casos.....	213
<b>2.</b>	<b>Habilidades de investigación.....</b>	<b>225</b>
2.1	Reporte de la investigación con metodología cuantitativa: proyecto de validación y confiabilización del esquema de código para evaluar la funcionalidad en el subsistema fraterno.....	226
2.2	Reporte de investigación realizada con metodología cualitativa: Percepción de la relación fraterna cuando unos de sus miembros padece alguna discapacidad intelectual .....	240
<b>3.</b>	<b>Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.....</b>	<b>252</b>
3.1	Productos Tecnológicos.....	253
3.1.1	Traducción del artículo, Formulación de hipótesis: El enfoque de Milán Revisitado.....	253
3.1.2	Propuesta de ciclo vital fraterno.....	255
3.2.	Programa de intervención comunitaria.....	258
3.2.1	Taller: “Enlazando Hermanos, Uniendo Familias” .....	258
3.2.2	Foros académicos.....	261
3.2.2.1	Asistencia.....	261
3.2.2.2	Presentaciones.....	263
<b>4.</b>	<b>Habilidades de compromiso ético.....</b>	<b>264</b>

## CAPÍTULO CUATRO

<b>IV.</b>	<b>CONSIDERACIONES FINALES</b>	
1.	Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	267

2. Incidencia en el campo psicosocial.....	273
3. Reflexión y análisis de la experiencia.....	275
4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en la profesionista y en el campo de trabajo.....	277

<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>279</b>
-------------------------	------------

<b>APÉNDICES.....</b>	<b>290</b>
-----------------------	------------





## CAPITULO UNO

### I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

De acuerdo con Raymundo Macías (2012), los antecedentes y precursores de la terapia familiar con enfoque sistémico y abordajes posmodernos surgen al filo del siglo XX, cuando la psiquiatría evolucionó hacia un mayor acercamiento a la Psicología, la antropología y la sociología.

Las disciplinas que se interesaron inicialmente por la familia como objeto de estudio fueron la sociología y antropología, aportando así investigaciones fundamentales para la comprensión del fenómeno familiar (Macías, 2012). Sin embargo el enfoque de terapia familiar proviene de de diversas teorías que abarcan distintos campos del saber: la cibernética, la antropología, la lingüística, los sistemas, la lógica matemática y la comunicación. Para concentrarse en el estudio de la interacción que se establece entre el individuo y su familia (Eguiluz, 2007).

Para Bertrando y Toffanetti (2004) la terapia familiar no surge como una fusión de disciplinas con el fin de construir un nuevo campo, sino nace originalmente de la psiquiatría como una necesidad de dar una respuesta a problemas que por su naturaleza, no lograban encontrar una óptica puramente individual, como por ejemplo el tratamiento de la esquizofrenia, enfermedad que no mostraba resultados favorables ante los métodos psicoanalíticos.

Minuchin (1985) menciona que el desarrollo de la Terapia Familiar se dio en términos generales a partir de tres corrientes:

- 1) La transicional, que trata de amalgamar conceptos nuevos de sistemas con conceptos dinámicos tradicionales y que en el tratamiento tiene como objetivo la reestructuración psicológica del paciente, pone énfasis en la exploración del pasado, el contenido de la comunicación, la interpretación y la transferencia como instrumento de cambio. Entre algunos representantes se encuentran el Instituto Nathan Ackerman en Nueva York y Boszormenyi-Nagy en Filadelfia.

- 2) La existencial, que tiene como objetivo el crecimiento y expansión de la persona, el tratamiento enfatiza la experiencia del presente entre el terapeuta y los miembros de la familia como instrumento de cambio para ambos. En este grupo se encuentran Carl Whitaker en Wisconsin y Virginia Satir.
  
- 3) La de sistemas, que tiene como objetivo el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia, la terapia se centra en la transformación de los procesos interpersonales de disfunción. En este grupo se encuentra Murray Bowen en Washington y la Philadelphia Child Guidance Clinic que dirigió Minuchin en colaboración con Jay Haley y Braulio Montalvo.

En México, el movimiento de la Terapia Familiar se inició a principios de la década de los sesenta, cuando el campo de la psicoterapia se encontraba dividido por un grupo ortodoxo de psicoanalistas con formación en Estados Unidos, Argentina y Europa, y un segundo grupo de psicoanalistas humanistas del Instituto Mexicano de Psicoanálisis, establecido por Fromm (Macías, 2012).

El Dr. Raymundo Macías considerado pionero de la Terapia Familiar en México, se formó en Montreal Canadá con Nathan Epstein. A su regreso de Montreal empezó a dictar una cátedra titulada “Terapia y dinámica familiar” en el posgrado de Psiquiatría y Psicología de la UNAM. Fundó la especialización en Terapia Familiar en la Universidad Iberoamericana. Es fundador del Instituto de la Familia A.C. (IFAC) el cual es considerado como la primer escuela de formación para terapeutas familiares en México (Eguiluz, 2004).

Actualmente existen diversas escuelas e institutos de formación en México, de carácter público y privado, algunos de ellos se mencionan a continuación (Eguiluz, 2004): Instituto de la Familia (IFAC), Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), Instituto Personas, Instituto Cencalli, Instituto Mexicano de Terapias Breves y La Universidad Nacional Autónoma de México, siendo esta última la que juega un papel central en el desarrollo del presente trabajo y del cual se expondrán las particularidades en este capítulo.

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

México ha experimentado diversos cambios derivados de la década de los ochenta con la entrada del capitalismo neoliberal. El impacto se caracteriza por la validez nacional e internacional del país, que brinda la competitividad necesaria para la consolidación y modernización del mismo, pero a su vez ha generado empobrecimiento y exclusión, por los cambios en la cobertura de la protección social hacia la población. Dicha situación refleja un estancamiento en la capacidad para la reducción de la pobreza, ya que el crecimiento económico no repercute ni en mejoras para la redistribución de las riquezas, ni en aumento de empleo. En este sentido el papel de la pobreza no sólo es una condición económica, sino también la ausencia de oportunidades en la sociedad, en cuanto a salud, educación, productividad y empleo se refiere. Asimismo implica el sometimiento a la ilegalidad e injusticia, a la discriminación, al abuso, a la violencia, a la inseguridad pública, a las adiciones y a la violación constata de derechos humanos (Ordaz, Monroy, y López, 2010).

En este panorama es que las familias han desarrollado una diversidad de formas familiares para enfrentar crisis económicas y las problemáticas derivadas de estas, las cuales se expondrán en este apartado.

Antes de hacer referencia a las formas familiares en que incide la terapia familiar, es preciso definir a **la familia** como un sistema relacional complejo de desarrollo y satisfacción de necesidades en constante transformación, que constituye un contexto de pertenencia fundamental para el desarrollo del individuo (Andolfi, 1985; 2003; Fruggeri 2005; Macías, 2012).

De este modo, las familias constituyen identidades complejas, multiprocesuales y multiformes (Fruggeri, 2005):

- La complejidad de los grupos familiares se caracteriza por la co-emergencia de diferentes procesos (pertenencia, autonomía, protección, exploración, conexión, identidad, sostén, separación, desvinculación). Es decir el contexto familiar establece un grupo de pertenencia para el individuo, pero a su vez es responsable de promover el involucramiento hacia diversos contextos interpersonales y sociales.

- La multiprocesualidad en las familias se refiere a la activación de procesos que se pueden describir a diferentes niveles y de acuerdo a diferentes dimensiones: De procesos interactivos y simbólicos, relativos a los individuos, al grupo en su totalidad, o al grupo como parte de una comunidad social más amplia.
- La multiplicidad, indica la variedad de transformaciones registradas en las familias en cuanto a estructuras y procesos familiares.

Las transformaciones familiares derivan entonces en el pasaje de una perspectiva normativa y de cultura de la desviación –modelo único de familia, nuclear conyugal, compuesta de pareja heterosexual y con hijos biológicos– a una perspectiva pluralista, es decir a una expresión de la cultura de la diferencia. En la figura 1 se presentan algunas de las diversas configuraciones familiares (Andolfi, 2003; Fruggeri, 2001; 2005; Macías, 2012):

Figura 1. Diversidad de formas familiares

Familia	Características
Nuclear conyugal	Son los padres e hijos engendrados por ellos.
Reconstituidas	Familias conformadas por dos personas provenientes, las dos o una de otro matrimonio, que viven juntos con los hijos nacidos en el matrimonio precedente y tal vez con los hijos nacidos en este mismo matrimonio (post-separación, post-viudez y post-soltería)
Monoparentales	Familias conformadas por un solo padre y al menos un hijo.
De hecho (concubinatos)	Forma de convivencia como los cónyuges, pero sin matrimonio y por lo tanto sin las consecuencias jurídicas que ello conlleva.
Unipersonales	Personas que viven solas (jóvenes solteros, adultos separados o divorciados, ancianos viudos).
Parejas homosexuales	Formadas por gays y lesbianas, que eligen hacer vida en pareja, como un modo de vivir plenamente su identidad.
Inmigrantes	Núcleo familiar que se traslada a un nuevo ambiente, sometidos a las exigencias de la sociedad de origen y la sociedad que los recibe.
Parejas mixtas (interculturales o interétnicos)	Formadas por matrimonios mixtos (entre un individuo autóctono y un individuo extranjero, en un contexto de migración).
Adoptivas	Conformadas por parejas o familias que decide adoptar un niño.

La diversidad de las familias concierne entonces a la singularidad que cada una tiene para garantizar **funciones familiares** fundamentales, independientemente a la estructura o

composición familiar, es decir cómo realizan funciones, tales como el cuidado y la protección, enseñar el sentido de los límites, favorecer la pertenencia y la autonomía, negociar los conflictos y las divergencias, desarrollar la capacidad para compartir los estados emocionales, superar la incertidumbre, y saber llevar el desapegarse de sus diferentes integrantes (Fruggeri, 2005). Tanto el individuo como la familia puede cumplir o no con sus funciones y desarrollo de habilidades, pero de hacerlo favorecerá el desarrollo de ambos (Macías, 2012).

Es así que es imposible hablar de un tipo de familia mexicana, pues existe una multiplicidad de familias diferentes unas de otras en cuanto a complejidad y contextos. Pero es posible hablar de un panorama general de las familias en México, que se expondrán en el siguiente apartado.

### 1.1. Características del campo psicosocial

Los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales ocurridos en México durante las últimas décadas, han influido en la evolución y composición de las familias, ya que ante los cambios de su entorno se ve obligada a poner en práctica diversas estrategias para enfrentar, crisis económicas, desempleo y enfermedades ( INEGI, 2012; Ordaz, Monroy, López, 2010).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012) los datos censales de 2010 indican que en México la mayor parte de los hogares son familiares (90.5%) y 97.3 de la población que reside en el país forma parte de ellos. Dichos hogares se fundamentan en las relaciones de parentesco que existen entre sus miembros:

Hogares Nucleares (70.9%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hogar monoparental. El jefe de familia vive sólo con sus hijos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hogar biparental. El jefe de familia convive con sus hijos y cónyuge.</li> </ul>
Hogares Ampliados (26.6 %)	Incorporación para residir de parientes en hogares nucleares.
Hogares Compuestos (1.5%)	Incorporación para residir en hogares nucleares de personas que no tienen parentesco con el jefe del hogar.

El 9.3 % pertenece a hogares considerados como no familiares de los cuales el 94.6 % pertenece a hogares unipersonales y el 5.4% a corresidentes:

Hogares No familiares (9.3%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hogar Unipersonal. Personas que viven solas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hogar corresidentes. Grupos de personas que no tiene parentesco con el jefe del hogar.</li> </ul>

### *Estructura Familiar*

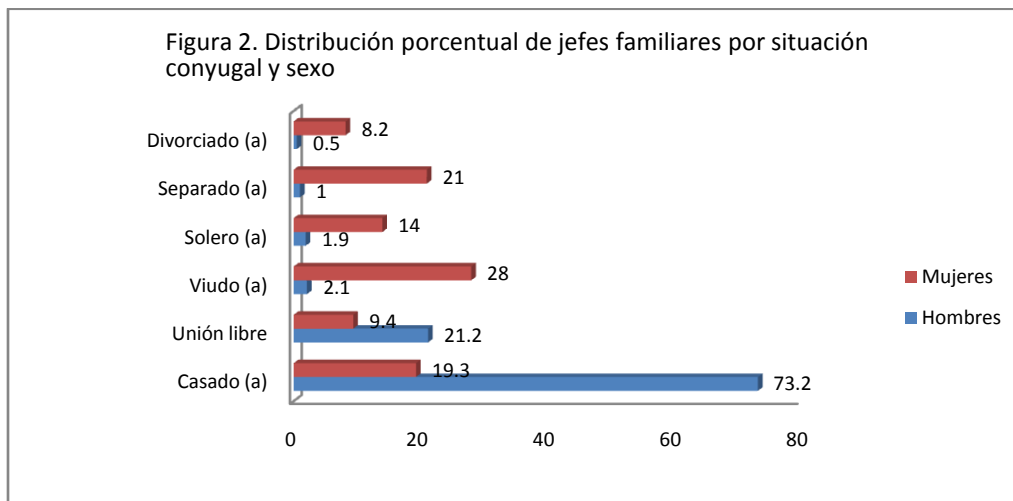
Los hogares ampliados y compuestos han aumentan debido a la dificultad económica de las familias para mantener constituida a su familia, es así que las estructuras familiares extensas representan el 62.7 % de los hogares familiares, en el cual convive la nuera, el yerno o los nietos del jefe del hogar (INEGI, 2012).

### *Características sociodemográficas de los jefes en hogares familiares*

De acuerdo a encuestas nacionales, en el 2010 (INEGI, 2012) el 77.7% de hogares familiares tienen como jefe –persona más importante del grupo, con mayor autoridad en la toma de decisiones o el principal soporte económico– a un varón. El 64.3% se encuentra en un rango de edad de entre 12 y 49 años. La edad promedio de los hombres que dirigen un hogar familiar es cuatro años menor que las mujeres que asumen esta misma condición.

En el caso de las mujeres jefas de familia se asocia con la disolución conyugal o ausencia del cónyuge. Tres de cada diez (28%) están separadas o divorciadas y el 28.7% se encuentra unida –casada o en unión libre– y de éstas el 31.4% de los casos, el conyugue no reside en el hogar. Existe ausencia del conyugue en 78.4% de los hogares con jefatura femenina. Mientras en la

proporción de hombres que dirigen un hogar familiar es de 94.4% y sólo el 3.6 están separados, divorciados o viudos y el 1.9% se mantiene soltero (ver figura 2).



### Participación económica

La participación económica de las jefas que dirigen un hogar familiar es del 49.7 %, y se muestra una mayor presencia femenina en el mercado laboral en las mujeres con un rango de edad entre 30 y 49 años (66 %). En los hombres la tasa de participación económica es del 88.4%, su participación laboral aumenta en un 90% edades entre 15 y 54 años.

En el 45% de los hogares familiares sólo un integrante se inserta en el mercado laboral –población ocupada–, en 31.3% son dos los que cumplen con esta condición y en 15% son tres los que se insertan en el mercado laboral, sólo en 8.6% ninguno de sus integrantes forma parte de la población ocupada. La proporción de hogares familiares con jefatura masculina que cuenta con dos o más de sus integrantes laborando (47.3%) es mayor que en los hogares con jefatura femenina (42.9 %).

Los adultos mayores (60 años y más) representan una significativa proporción en la participación económica (43%), siendo mayor la participación de los hombres (55%) que de las mujeres (16.1).



### *Organización familiar*

La organización de las tareas entre los integrantes de la familia se asocia con el rol que es asignado dentro del grupo. Las tareas del hogar, el cuidado de los niños y enfermos recaen directamente en las mujeres de acuerdo con la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) en el 2009, las jefas de familia dedican en promedio 9.3 horas a la semana para la limpieza de la vivienda y 22.9 horas al cuidado de niños. En caso de los hombres dedican el 3.5 para limpieza de vivienda y 11.8 horas para el cuidado de los niños (INEGI, 2012).

### *Población en hogares familiares*

Lo cambios en fecundidad y la mortalidad han provocado un proceso de envejecimiento de la población, que impacta en la composición por edad de los integrantes del hogar, de manera que pueden convivir varias generaciones en el mismo hogar (76%) tanto personas en edad reproductiva como población dependiente (menores de 15 años o mayores de 59 años); En el 20% de los hogares familiares no hay niños menores de 15 años ni población de 60 años y más, el 4% no cuenta con personas en edad reproductiva.

Tabla 1. Población por edades en los hogares familiares

Población por rango de edades	Porcentaje en hogares familiares
0-14 años (Niños)	64.7%
15-29 años (Jóvenes)	64.9%
30-59 años (adultos)	82.7%
60 años y más (adulto mayor)	24.5%

### *Educación*

La situación económica también se refleja en la alfabetización y analfabetismo, ya que las familias de bajos recursos suelen privilegiar el trabajo antes que la educación, por lo tanto en el 1.8% de los hogares familiares existe al menos un niño de 8-14 años de edad que no sabe leer ni escribir y

en el 28.5% de estos casos los padres son analfabetas; los jóvenes de 15 a 19 años que no saben leer, escribir, también representa el 1.8%, pero el porcentaje de analfabetismo de los jefes de familia, es superior (43.8%).

#### *Características de la vivienda*

En el total de viviendas de hogares familiares 88.3% cuenta con agua potable, 90.5% tiene drenaje conectado a la red pública (79.6%) y el 18.4% es fosa séptica y el 2% tiene tuberías que descargan en barrancas, lagos o mar. El 95.8% cuenta con servicio eléctrico, 98.1% cuenta con escusado.

Seis de cada cien viviendas cuentan con piso de tierra y el 14.4% cocina con leña y carbón, lo cual impacta en la salud en cuanto a enfermedades infecciosas y respiratorias.

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

La familia vista como una construcción económica, social, histórica y cultural se ve obligada a responder tanto a los cambios externos, como a los cambios particulares del sistema familiar. Es así que a continuación se exponen las principales problemáticas que presentan las familias mexicanas, sin embargo es importante destacar que en cada una impactan de manera particular.

#### *Dificultades económicas*

Para Ordaz, Monroy y López (2010) en las últimas dos décadas en América Latina y en México, el crecimiento económico obtenido no ha repercutido en una mejoría del patrón de redistribución de la riqueza ni en un aumento del empleo, por lo cual se observa más bien un estancamiento en la capacidad de disminuir la pobreza en dichas regiones. En la Ciudad de México 62% de la población vive en condiciones de pobreza. El 76% de su población que trabaja, recibe ingresos que no

rebasan los tres salarios mínimos, y 51.2% de los hogares con jefatura femenina recibe menos de dos salarios mínimos. Entre los principales efectos de este panorama se encuentran, las limitaciones al desarrollo físico y psicoemocional de las personas y las familias, pérdida de años de vida, inicio de vida conyugal a menor edad, incorporación temprana a la vida laboral, frustración, adicciones, rupturas familiares, agobio, desesperanza, ignorancia, falta de comunicación, violencia y ruptura del tejido social.

### *Empleo / Desempleo*

Las condiciones laborales impactan en las familias, ya que ante el aumento del desempleo, es necesario la inclusión de más miembros de la familia al ámbito laboral, sin embargo las condiciones en que se dan dichos empleos tiene impactos paradójicos, pues por un lado ayuda a resolver las necesidades más próximas, pero conlleva nuevos retos a los que las familias tiene que enfrentarse.

En América Latina se ha incrementado el desempleo, mientras el empleo formal ha tenido importantes reducciones y el informal ha tenido un rápido desarrollo. En México se refleja también dicha situación pues se ha aumentado el empleo informal y por lo tanto restringido el acceso a prestaciones a la mayor parte de la población que labora.

Las condiciones laborales impactan en las familias a través de la disminución de la fecundidad e inicio tardío de la vida reproductiva, pues existe una correlación en la que una fecundidad tardía que motiva una mayor participación económica y educativa de las mujeres –aumento en la participación– influye en el descenso y retraso de la fecundidad.

De tal modo que la inclusión laboral de la mujer, no sólo se evidencia en la disminución del tamaño de las familias, sino también ha modificado los intereses y actividades en qué ocupa su tiempo, ya que designa menos tiempo a la crianza y cuidado de los hijos. (Ordaz, Monroy y López, 2010).

La ocupación remunerada de la mujer aumenta la simetría en las relaciones de pareja, asociadas con un apoyo de los hombres en el trabajo domestico y el cuidado de los hijos, así como una mayor participación de las mujeres en la toma de decisiones, gastos, libertad de movimiento y capacidad de negociación (Salazar, 2007). Sin embargo estos cambios no han promovido un reparto equitativo de las responsabilidades entre los diversos actores sociales, entre sexos y generaciones que disminuyan el rezago social, cultural y económico en mujeres y niñas, pues se suele sobrecargar a la mujer de actividades y responsabilidades, ya que las necesidades económicas promueven una ocupación remunerada pero sin transformación alguna en las tareas domesticas y la crianza (Relatoría, 2009).

### *Migración*

Marina Ariza (citado en Relatoría, 2009) señaló que las familias cuyos integrantes viven una parte o la mayor parte del tiempo separados, van en aumento debido a la expansión internacional del trabajo. Las familias crean un sentimiento colectivo de bienestar y unidad por la sobredimensión de las remesas, en lo familiar y emocional, sin embargo se corre el riesgo de mercantilizar el afecto, es decir las remesas parecen significar el afecto y se adquieren “deudas afectivas” impagables. Además de registrar profundos resentimientos y quiebres en la interacción familiar.

Hablar de familia en el tiempo-espacio de la migración, significa verbalizar la ausencia, la falta y la transgresión a las normas en las que se basa (Bensalh, 1993, citado en Andolfi, 2003). Es un estar constante entre dos fases de una realidad que trata de domesticar. Por un lado con el derecho de estar bien en el lugar donde se está, pero por otro lado el deber de no olvidar su país de origen.

### *Separación y Divorcio*

En las relaciones familiares mexicanas se han evidenciado una serie de incrementos en el índice de divorcios y la proliferación de familias reconstituidas, el incremento de relaciones extramaritales y la cohabitación, así como el aumento del nivel educativo de las personas y las uniones en los

distintos tipos de familias. En dónde resaltan coaliciones de intereses entre amor, familia y libertad personal, ya que surge una lucha de hombres y mujeres por tratar de encontrar un equilibrio entre trabajo, familia, amor y matrimonio. Sin embargo esto lleva a contradicciones en los roles de género tradicionales, pues lo que antes se asignaba implícitamente –tareas domesticas a la mujer; proveedor económico, al hombre–, ahora es importante hablarlo, razonarlo y negociarlo, generando sentimientos de frustración e inadecuación para hombres y mujeres. (Montalvo, Espinosa y López, 2013; Ordaz, Monroy y López, 2010).

### *Discapacidad y enfermedades*

El apoyo a las familias con un miembro con discapacidad se ha vuelto prioritario, pues existen numeroso factores demográficos, sociales, políticos y económicos que justifican esta prioridad, entre los cuales destacan: El aumento de la necesidades de atención a personas dependientes –personas que requieren del apoyo y atención de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria– , ya que éstas aumentan en número, así como en la prolongación del tiempo de cuidados; La disminución de la capacidad de atención familiar, es decir la crisis que genera en la familia en cuanto a dudas de la enfermedad, origen, repercusiones en el futuro, deudas económicas, confrontación de las creencias de los sistemas de salud involucrados, etc. (Guevara y González, 2012).

La ampliación y expectativa de vida conlleva una mayor incidencia de las enfermedades incurables, que implica el aumento de cuidados y apoyos a adultos mayores, y por lo tanto cambios estructurales que impactan en la distribución de roles que pueden generar tensión en la familia y debilitamiento de los lazos familiares (Relatoría, 2009).

### *Problemas psicoemocionales*

En relación con las situaciones económicas y sociales de las familias, parecen implicar una dificultad para responder a las demandas psicoemocionales y de transmisión de saberes a las

nuevas generaciones que se ven reflejadas en problemáticas como la depresión y el suicidio en adolescentes y niños; desordenes alimenticios como la bulimia, anorexia y obesidad; y adicciones no sólo a psicofármacos sino también a videojuegos, uso de la computadora, ver TV, etc. (Ordaz, Monroy y López, 2010).

### *Violencia*

En el seminario del Colegio de México “Familias en el siglo XXI: Realidades diversas y políticas públicas” (Relatoría, 2009), se consideró que uno de los desafíos para todos los actores sociales, económicos, políticos y religiosos es la eliminación de cualquier tipo de violencia hacia los integrantes de familia cualquiera que sea su arreglo de convivencia.

La violencia física, emocional, sexual y económica en las familias afecta a todos sus integrantes, en especial a las mujeres; casi la mitad de ellas han sufrido algún incidente de violencia a lo largo de su última relación conyugal. La violencia ejercida hacia niños y niñas tampoco se ha podido revertir ya que continúa siendo una práctica tolerada y difundida en México, a pesar de los avances legislativos, normativos e institucionales en el ámbito federal, pues la idea de la familia unida y protectora basada en una cultura patriarcal, ha ayudado a mantener en silencio la violencia cotidiana que experimentan las mujeres, niñas y niños que conviven en un espacio donde el hombre es identificado como responsable del mismo y por ende se rechaza y/o se castiga a los miembros de la familia que no se adaptan al modelo que se cree “normal”.

### *Discriminación y Diversidad Sexual*

Un grave problema relacionado con la seguridad, la libertad, grupos familiares y la ética, es el de la homofobia y lesbofobia, ya que aún existe en la población heterosexual una actitud discriminatoria, de prejuicio y rechazo hacia las personas homosexuales, pues la sociedad tiende a separar lo masculino y lo femenino, jerarquizar géneros y sexualidades, así como a establecer

normas de lo permitido y no permitido, lo cual implica una supremacía de los hombres sobre las mujeres y de los heterosexuales sobre homosexuales (Andolfi, 2003; Relatoría, 2009).

Ante esta situación generalmente los homosexuales no cuentan con el apoyo de la familia, pues los padres tienden a reaccionar, con emociones violentas, desilusión o vergüenza al enterarse de la homosexualidad de su hijo o hija, situación que impide mirar íntegramente a la persona y por lo tanto no mirar más allá de la identidad homosexual. Existen estudios que reportan graves daños a la salud mental de hijos gays, lesbianas y bisexuales cuando son rechazados por sus padres ya que hay mayor índice de suicidios, adicciones y conductas de riesgo (Andolfi, 2003; Rodríguez, en Relatoría 2009).

La pareja homosexual pone un desafío no sólo al modo tradicional de concebir una relación íntima dual, sino también a la concepción de paternidad y maternidad, ya que estas son dimensiones de la identidad que los homosexuales identifican como importantes y piden poder realizar (Andolfi, 2003).

### **1.3. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.**

La terapia familiar sistémica y posmoderna se ha considerado como alternativa de intervención favorable en las problemáticas individuales, de pareja y familiares, porque permite explicarlos como una totalidad interconectada y no como un individuo aislado (Eguiluz, 2007).

Asimismo es capaz de ampliar la mirada ante las problemáticas y contemplar contextos más amplios que se entretajan en las problemáticas, tales como la familia extensa, redes de amigos, escuelas, trabajo e instituciones de salud. Lo cual permite mayor capacidad de acción a través de la intervención a diferentes niveles, en colaboración de contextos y campos de estudio (Elkaïm, 2000).

La ampliación del foco del individuo a la familia y contextos más amplios no son los únicos procesos que explican la utilidad de la terapia familiar, sino también sus deslizamientos conceptuales que permiten la integración de prácticas terapéuticas basadas en abordajes posmodernos, que amplían las posturas del terapeuta y responden a las necesidades de los consultantes favoreciendo así las posibilidades de intervención y ayuda (Limón, 2005).

De este modo la terapia familiar implica un desarrollo de teorías y marcos de referencia, pero también ha contemplado un desarrollo y evolución del papel del terapeuta como parte del sistema, en dónde éste puede o no favorecer el cambio. No se sobredimensiona el papel del terapeuta sino se mira como el instrumento que promueve la ampliación de posibilidades para disminuir el malestar de las familias, y su vez busca promover el sentido de agencia familiar ante las dificultades.

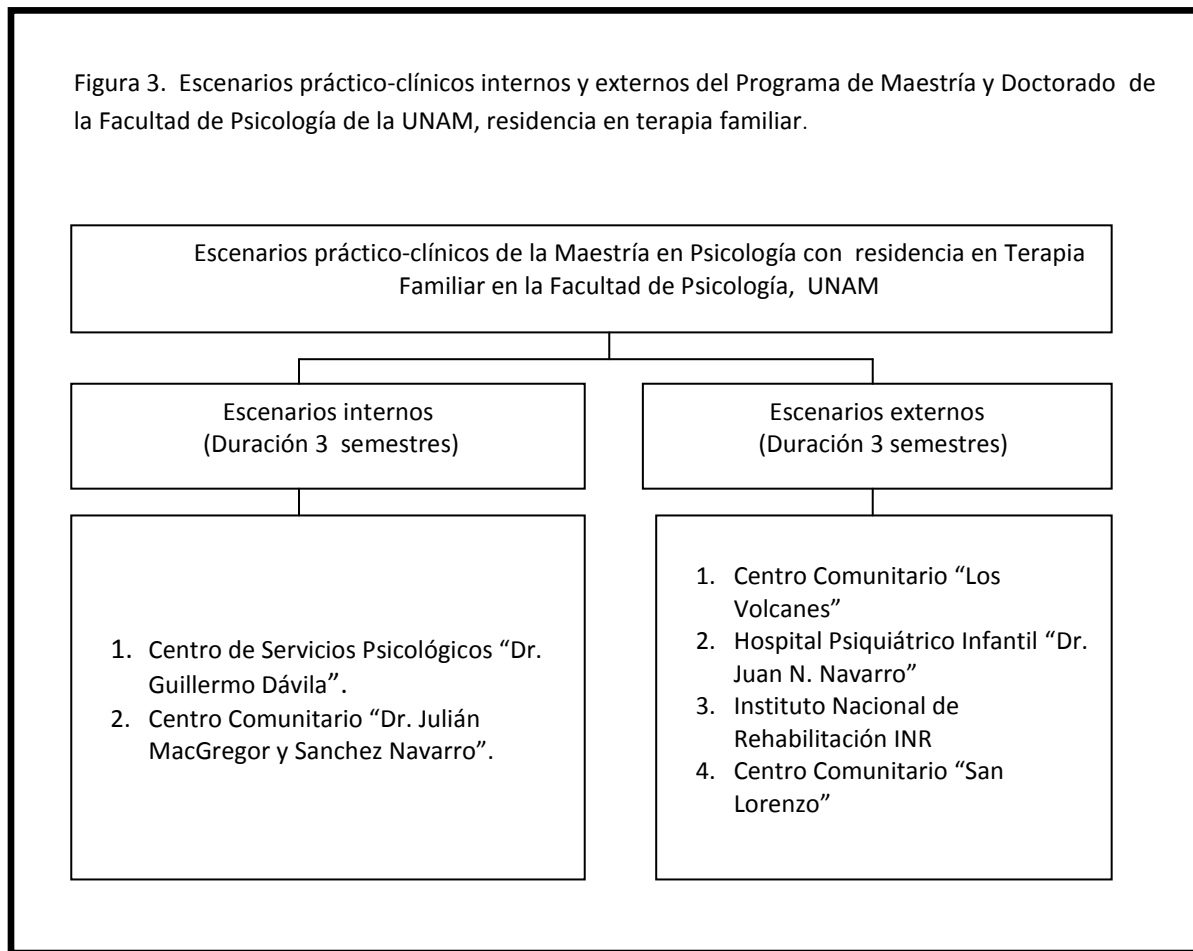
La terapia familiar sistémica y posmoderna entonces experimenta un transitar continuo de planteamientos teóricos, donde los procesos sociales tienen una influencia directa en sus maneras de intervenir y en las problemáticas en las que incide, pues son procesos interconectados y que se influyen mutuamente. Por lo que la actualización y formación constante en cuanto a práctica clínica se refiere, es de suma importancia para responder a las demandas sociales del país y el mundo.

## **2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico:**

La Maestría en Psicología con residencia en Terapia familiar, en vías de cumplir con una formación integral de los estudiantes, fomenta la práctica terapéutica a partir del segundo semestre. Se cuentan con seis escenarios, dos son sedes internas en la cuales participan todos los estudiantes y cuatro sedes externas a la Facultad de Psicología de la UNAM en la que los estudiantes eligen la sede de su preferencia. Es así que al finalizar la maestría los alumnos habrán realizado práctica en clínica y supervisión en dos sedes internas y al menos una sede externa (ver figura 3):



Figura 3. Escenarios práctico-clínicos internos y externos del Programa de Maestría y Doctorado de la Facultad de Psicología de la UNAM, residencia en terapia familiar.



En las sedes internas –los dos escenarios que forman parte de programa de formación en la Facultad de Psicología– se realiza supervisión en vivo en cámara de Gessel o circuito cerrado, con personal docente de la UNAM y alumnos como equipo terapéutico. En las sedes externas la supervisión varía: En el caso del Centro Comunitario “Los Volcanes” y el instituto Nacional de Rehabilitación, la supervisión es en vivo y con la participación de alumnos como equipo terapéutico; en el Centro Comunitario San Lorenzo y el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” la supervisión es narrada y los estudiantes trabajan en coterapia y posteriormente como terapeutas titulares de manera individual. A excepción del Hospital Psiquiátrico las supervisiones se realizan por personal docente de la UNAM.

Algunos estudiantes acuden a más de una sede externa, pues existe la posibilidad de rotación de los estudiantes después de dos semestres de práctica y supervisión, sin embargo hay quien decide

permanecer los tres semestres en la misma sede o alternar con alguna otra sede externa, lo cual depende de la disponibilidad de lugares y la aprobación de la coordinación de la maestría.

### **2.1. Descripción de los escenarios de los escenarios clínicos**

Las sedes de práctica clínica de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar permiten a los estudiantes adquirir experiencias y aprendizajes en diferentes contextos, entre los cuales destacan el hospitalario, comunitario y profesionalizante, pero cada sede tiene sus propias particularidades, las cuales serán descritas en este apartado.

#### **2.1.1. Centro de Servicios Psicológicos “ Dr. Guillermo Dávila”**

##### **Antecedentes**

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

Actualmente el Centro de Servicios Psicológicos pertenece a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social. Cuenta con una sala de espera, una recepción, doce cubículos de atención individual, seis cámaras de Gesell equipadas con equipo de audio y video de grabación, espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas –sillones, sillas y mesas–, además de una pequeña cocina para los residentes y terapeutas que asisten al Centro.

**Misión.** Brindar a los estudiantes de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar, actualizar y consolidar habilidades profesionales al ofrecer a la comunidad un servicio de calidad desde la perspectiva psicosocial, con el propósito de ofrecer asistencia psicológica de calidad relativa a evaluación, diagnóstico, tratamiento, prevención, investigación y rehabilitación de

problemas de salud, clínicos, psicoeducativos y sociales, en las diferentes áreas profesionales del psicólogo, desde diversos enfoques teóricos-metodológicos, permitiendo la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

**Visión.** Ser un modelo de formación práctica, científica y humanísticamente sustentado, que apoye en la consolidación de la formación profesional y especializada de Psicólogos críticos y comprometidos con su comunidad y con la sociedad en general.

**Objetivo.** Ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada en los niveles de estudios superiores y posgrado. Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica y supervisión directa. Ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación. Ser una sede que ofrezca servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social.

Figura 4. Programas y Servicios a la comunidad del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Problemáticas atendidas	Enfoques terapéuticos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos de la alimentación</li> <li>• Víctimas de abuso sexual</li> <li>• Maltrato infantil</li> <li>• Adicciones</li> <li>• Psicoterapia en línea</li> <li>• Peritaje psicológico, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humanístico</li> <li>• Sistémico</li> <li>• Psicodinámico</li> <li>• Cognitivo</li> <li>• Conductual</li> <li>• Cognitivo-Conductual</li> </ul>
Temáticas de talleres impartidos	Modalidad de Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades sociales</li> <li>• Desarrollo de emociones</li> <li>• Manejo de crisis</li> <li>• Desarrollo infantil</li> <li>• Habilidades parentales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individual</li> <li>• De pareja</li> <li>• Familiar</li> <li>• Grupal</li> </ul>

Fuente: Facultad de Psicología, UNAM (2013b).

Dicha sede contribuye a la formación y actualización en la práctica clínica de los estudiantes y profesores de licenciatura y posgrado que colaboran en el centro. Asimismo favorece una formación integral de manera humanística, ética y científica.

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

#### **Antecedentes**

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

El Centro Comunitario se encuentra ubicado en la Colonia Ruiz Cortínes de la Delegación Coyoacán. Da servicio a la colonia que lo alberga y a otras siete más: Ajusco-Coyoacán, La Candelaria, Gustavo Díaz Ordaz, El Reloj, San Pablo Tepetlapa, Santa Ursula Coapa y Santo Domingo.

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

Actualmente el centro cuenta con ocho cubículos amueblados, una sala de lectura, sala de juntas, sala de usos múltiples, sala de cómputo, cocina, dos cámaras de Gesell, dos equipo de circuito cerrado y grabación, sanitarios para usuarios y para personal.

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

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

**Objetivos.** Son dos los objetivos que delinear el quehacer del Centro Comunitario

1. Profesionalización de los estudiantes de licenciatura y posgrado:
  - Integrándose en alguno de los programas: Formación en la práctica, servicio social, tesis y residencias de maestría.
  - Buscar la integración entre teoría y práctica, donde mediante el trabajo en escenarios reales las y los estudiantes puedan adquirir y consolidar distintas habilidades en diversas áreas de la Psicología.
  
2. Servicio a la comunidad:
  - Servicios vinculados y contextualizados a las problemáticas reales de la comunidad.
  - Se ofrecen servicios preventivos y de intervención.
  - Los servicios están dirigidos a todos los grupos de edad: niños/as, adolescentes, adultos/as y adultos/as mayores.

Figura 5. Programas y Servicios a la comunidad del Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro.

Programas	Servicios a la comunidad
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promoción de la salud <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuela para madres y padres</li> <li>• Desarrollo psicosocial</li> <li>• Prevención de obesidad</li> <li>• Conciencia corporal</li> </ul> </li> <li>2. Prevención de adicciones <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades para adolescentes</li> <li>• Satisfacción marital para bebedores alcohólicos</li> </ul> </li> <li>3. Género y violencia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención y atención de violencia en la pareja</li> <li>• Grupo de reflexión</li> <li>• Prevención de violencia familiar trabajando con madres y padres</li> </ul> </li> <li>4. Psicología escolar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomento a la lectoescritura</li> <li>• Creatividad y vida escolar</li> <li>• EILE (Enseñanza inicial de la Lectura y Escritura)</li> <li>• PAES (programa Alcanzando el Éxito en Secundaria)</li> </ul> </li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de su problemática</li> <li>• Programas preventivos y de intervención</li> <li>• Niños (as), adolescentes, adulto (as) y adultos (as) mayores</li> <li>• Servicio terapéutico *</li> </ul>

Fuente: Facultad de Psicología, UNAM (2013a).

Es así que el Centro comunitario como parte de sus actividades no sólo se centra en formación de profesionales sino también responde a las demandas de las comunidades aledañas a éste.

### 2.2.3. Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (C.C.A.P.)

#### Antecedentes

Surgió por iniciativa del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, ante la necesidad de atender el incremento de problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje, violencia intrafamiliar y adicciones, en la población del sur de Tlalpan. A partir del convenio establecido con la Facultad, este Centro fue inaugurado en noviembre de 2004. Se encuentra ubicado en calle

Volcán Fujiyama esquina con Volcán Cofre de Perote s/n, Colonia Los Volcanes, Delegación Tlalpan, D.F. Teléfono: 5655-9196. El Horario de atención: lunes a viernes de 10:00 a 15:00 hrs.

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

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

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

Figura 6. Programas, servicios a la comunidad y problemáticas atendidas en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (C.C.A.P.)

Programas	Servicios a la comunidad
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clínico asistencial. En donde los estudiantes que se realizan servicio social brindan los diferentes servicios a la comunidad que ofrece el centro.</li> <li>2. Supervisión clínica; es una de las actividades fundamentales de este Centro y se realiza tanto individual como colectivamente. Se busca poder evaluar, tomar decisiones y asesorar directamente los casos que se presentan en este Centro</li> <li>3. Programa de Servicio Social. integrado por estudiantes de Psicología de noveno semestre y egresados a quienes se les capacita durante el servicio.</li> <li>4. Programa de Prevención. se realizan conferencias, talleres, cine debate, etcétera.</li> <li>5. Prácticas Profesionales y Voluntarios; estas actividades sólo se desarrollan a partir de programas de práctica supervisada que se establecen directamente con los profesores de la Jefatura del Centro.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Servicios de Atención Clínica General (participan prestadores de servicio social, residentes de maestría y voluntarios): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación individual y familiar</li> <li>• Psicodiagnóstico</li> <li>• Psicoterapia breve</li> <li>• Intervención en crisis</li> <li>• Orientación individual y familiar</li> <li>• Conferencias</li> <li>• Cine debate</li> <li>• Talleres</li> <li>• Referencia institucional</li> </ul> </li> <li>2. Servicios de Atención Clínica General (participan prestadores de servicio social, residentes de maestría y voluntarios): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoterapia Individual</li> <li>• Psicoterapia Familiar y de Pareja</li> <li>• Psicoterapia Grupal</li> <li>• Terapia de Integración Sensorial</li> <li>• Psicoterapia de juego</li> </ul> </li> </ol>
<b>Problemáticas atendidas con mayor frecuencia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desintegración familiar y violencia</li> <li>• Adicciones</li> <li>• Depresión</li> <li>• Duelo</li> <li>• Proceso de divorcio</li> <li>• Abuso sexual infantil</li> <li>• Problemas de aprendizaje</li> <li>• Problemas emocionales</li> <li>• Problemas de conducta</li> </ul>	

Fuente: Facultad de Psicología, UNAM (2013).



Estas problemáticas y programas acercan las actividades de docencia, formación profesional y servicio social de la Facultad a las necesidades de atención y solución de problemas psicológicos en el ámbito clínico comunitario de la colonia Los Volcanes.

La población a la que se atiende va desde niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, así como a familias enteras.

Docencia Curricular y Extracurricular; el Centro sirve de escenario para llevar a cabo la parte práctica de algunas materias del plan curricular de la Facultad de Psicología.

#### **2.2.4. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”**

##### **Antecedentes**

El Manicomio General de México, construido a principios de este siglo (1910) albergaba en sus pabellones a mujeres, hombres y niños, sin que existiera una diferenciación clara de acuerdo a la edad y al proceso psicológico. Después de mucho esfuerzo y trabajo, se logró separar a los niños de los adultos, pues éstos además de sufrir de las carencias propias de la época, tenían que estar en contacto con las enfermedades mentales que padecían los adultos. Durante varios años estuvieron reunidos en un sólo pabellón niños con diferentes padecimientos y de diferentes edades (desde lactantes de seis meses hasta adolescentes de 18 años), por lo tanto el siguiente paso importante, fue la división de los niños en diferentes pabellones según su padecimiento, entre estos pabellones se encontraba el “Pabellón de Psiquiatría Infantil” el cual representó un gran paso en el progreso de la atención psiquiátrica de los niños.

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

Desde su inauguración, el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro inició sus actividades con el **objetivo** de impartir atención integral el enfermo mental, menor de diecinueve años de edad, de ambos sexos, que no se encontrara protegido por los sistemas de seguridad social,

especialmente al de escasos recursos económicos, para después readaptarlo al medio familiar y social de donde proviene.

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

El modelo interdisciplinario en el que el Hospital basa su funcionamiento se ha perfeccionado durante más de dos décadas, aprovechando las características de cada especialidad como son: la paidopsiquiatría, la psicología, el trabajo social, la enfermería aunado a los diagnósticos terapéuticos y rehabilitatorios de apoyo al infante.

**Misión.** La misión del Hospital es la de ofrecer a la población infantil con trastornos mentales, servicios de atención médico-Psiquiátrica especializada, con el más alto sentido humano en un marco de respeto y dignidad de los pacientes de nuestro país. Buscando siempre una operación eficiente, orientada hacia la satisfacción de las expectativas de los trabajadores del Hospital y el cumplimiento de los compromisos contraídos con la propia población de los servicios, y autoridades inmediatas y superiores.

**Visión.** Obtener reconocimiento nacional e internacional por la eficacia en el tratamiento médico, la Rehabilitación y la reinserción familiar, escolar y social de los niños con trastornos mentales; que en nuestros días sigue siendo una de las poblaciones más desprotegidas. Todo ello con la realización de investigaciones en las diferentes áreas: clínica, farmacológica, epidemiológica y administrativa cuyo conocimiento sea aplicable tanto a la formación del talento humano como a la mejora.

Figura 7. Las funciones básicas del hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”

Áreas	Función	Servicios
Admisión y Urgencias	En esta se evalúa a los pacientes de primera vez y se les asigna el servicio que se encargará de darles seguimiento y tratamiento. Proporciona atención las 24 horas, los 365 días del año	
Consulta Externa	Es el área donde se atiende a los menores con alteraciones específicas de una o varias áreas de desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos de las emociones (ansiedad, fobias, ataques de pánico, depresión y reacciones de adaptación social).</li> <li>• Trastornos de conducta (déficit de atención, hiperactividad y alteraciones en el aprendizaje).</li> <li>• Problemas relacionados con el abuso sexual y/o negligencia en el área de la sexualidad.</li> <li>• Trastornos generalizados del desarrollo como es el autismo</li> <li>• Psicosis en sus diferentes manifestaciones.</li> </ul>
Hospitalización	Consta de tres unidades donde se presta un servicio integral a menores de 19 años, de ambos sexos, que ameritan manejo intrahospitalario por encontrarse en fase aguda de su padecimiento. (psicosis de diferentes tipos, como son tóxicas u orgánicas, entre otras, agitación psicomotriz, trastornos de conducta y personalidad, depresiones severas, retraso mental, entre otras)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Unidad de PAIDEIA.</b> (Programa de Atención Integral a Niños Adolescentes con problemas de Fármaco-dependencia). Se atiende a niños y adolescentes que tienen problemas con la adicción y el abuso de sustancias en un modelo de atención similar a una comunidad terapéutica. Los pacientes tienen diversas actividades como educación física, terapia ocupacional, además de las propias de su tratamiento</li> <li>2. <b>Unidad de Adolescentes Varones UAV.</b> Trata a pacientes con trastornos psiquiátricos agudos que requieren hospitalización para su manejo. Estos pacientes tienen un rango de edad entre doce y diecisiete años once meses, y el promedio de estancia es de 30 días.</li> <li>3. <b>Unidad de Adolescentes Mujeres</b> que brinda la misma atención que la UAV.</li> <li>4. <b>Unidad de cuidados prolongados.</b> Trata a pacientes que por diferentes razones han quedado bajo los cuidados del hospital, sin tener visitas de sus familiares</li> </ol>

Fuente: Servicios de Atención Psiquiátrica, (2013).

En esta prestación de servicios médicos psiquiátricos obedece a la norma oficial NOM-025-SSA"-1994; por lo que el Hospital cuenta con instalaciones apropiadas para atender a los pacientes.

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

Requisitos para la obtención de servicios:

**Atención de primera vez** (pacientes menores de 18 años).

**Atención de urgencias:** las 24 hrs del día los 365 días del año

**Para consultas no urgentes:** se repartirán 20 fichas a las 6:00 hrs de lunes a viernes (presentarse antes de la hora)

Para solicitar atención existen dos formas:

1. Acudir de manera espontánea (por voluntad propia de familiares o paciente).
2. Acudir por indicación de alguna institución académica o de salud.

### **2.2.5. Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)**

#### **Antecedentes**

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) es una Institución única en su género en México y América Latina. Es la culminación del esfuerzo, que desde 1973, inició la Secretaría de Salud y Asistencia, y el Gobierno de la República Mexicana, a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), para ofrecer a la población general (niños, jóvenes, adultos y tercera edad), una Institución que le asegure obtener soluciones eficaces, ante las diferentes discapacidades que afectan a la población de todo el país bajo el lema: Ante Necesidades Específicas, Soluciones Concretas.

Con la suma de los esfuerzos humanos y financieros de los Institutos de Medicina e Rehabilitación, Comunicación Humana y Ortopedia, el Instituto Nacional de Rehabilitación se ha colocado como una Institución Innovadora, diferente por su concepto de modernidad médica diversa, transformadora de la realidad social y equitativa en la distribución del gasto de salud.

En Junio del 2005 obtuvo la denominación actual de Instituto Nacional al ser publicado en el Diario Oficial de la Federación, ya que anteriormente se denominaba Centro Nacional de Rehabilitación.

**Misión.** Apoyar al Sistema Nacional de Salud para impulsar acciones de prevención de la discapacidad y mejorar la atención a personas con discapacidad.

**Visión.** El INR será la institución líder en el campo de la prevención y rehabilitación de discapacidades diversas. Formará parte de los Institutos Nacionales de Salud, será la institución médica de más prestigio en su campo en el país y estará ubicado entre las instituciones médicas más altamente calificadas y certificadas a nivel nacional e internacional. Será el instituto donde se desarrolla la investigación, básica, clínica y tecnológica de más alto nivel en materia de discapacidad.

Establecerá intercambio con universidades, institutos, hospitales y organizaciones nacionales e internacionales.

Los servicios de atención médica del Instituto, serán de excelencia y estarán dirigidos a problemas que requieran de alta especialización. Los casos que se atiendan deberán tener seguimiento longitudinal y la evaluación de resultados a corto, mediano y largo plazo. El aspecto más importante de esta evaluación, se relaciona con la satisfacción del paciente y su integración a la vida social y productiva.

Objetivos:

- El impulso de acciones preventivas de la discapacidad, así como la mejora en la atención de esta.
- Proporcionar servicios de calidad mediante la aplicación de avanzados conocimientos científicos, y el uso de tecnología de punta buscando incidir de manera integral en

aspectos físicos, psicológicos, sociales y ocupacionales, con la participación activa del equipo multidisciplinario que incluye la intervención con la familia y la comunidad

- Formación y capacitación de recursos humanos para la rehabilitación.
- Desarrollo de investigación científica que permita un mayor conocimiento del fenómeno de la discapacidad, tanto a nivel epidemiológico, preventivo, fisiológico, familiar y social.

Figura 8. Especialidades, funciones y servicios del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Especialidades	Funciones/servicios
1. Audiología, foniatría y Patología del lenguaje	<p>a) Audiología. Atiende pacientes de todas las edades con discapacidad auditiva, independientemente la causa. Establece el diagnóstico, tratamiento médico o rehabilitatorio.</p> <p>b) Foniatría. Atención especializada, docencia e investigación en patología de la voz, habla y deglución. Se enfoca en problemas de la voz, trastornos motores del habla y del ritmo del habla.</p> <p>c) Patología del lenguaje. Atiende a pacientes con alteraciones en lenguaje verbal o escrito. imparte capacitación a áreas de audiología y foniatría. Realiza investigación en problemas y alteraciones en la adquisición de lenguaje, afasias y alexias.</p>
2. Ortopedia	<p>Se divide en sub-áreas para brindar un mejor servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía de la columna</li> <li>• Cirugía de mano</li> <li>• Deformidades neuromusculares</li> <li>• Infecciones óseas</li> <li>• Ortopedia del deporte y artroscopia</li> <li>• Ortopedia pediátrica</li> <li>• Reconstrucción auricular cadera-rodilla</li> <li>• Reconstrucción auricular hombro-codo</li> <li>• Reumatología</li> <li>• Traumatología</li> <li>• Unidad de cuidados intensivos</li> <li>• Urgencias</li> </ul>
3. Medicina de Rehabilitación	<p>Apoya a los pacientes en su adaptación biopsicosocial y laboral. Busca desarrollar protocolos que permitan prevenir y disminuir el riesgo de amputaciones y mejorar prótesis.</p>
4. Centro nacional de investigación y atención a quemados	<p>Realiza investigación para el mejor conocimiento, tratamiento y rehabilitación de lesiones por quemaduras, en los seres humanos.</p>
5. Medicina del deporte	<p>Estudia los efectos del ejercicio, del deporte y, en general, de la actividad física, en el organismo humano,</p>

	desde el punto de vista de la prevención y tratamiento de las enfermedades y lesiones.
6. Oftalmología	Brinda diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oftálmicas con especial interés en catarata en conjunción con el programa Nacional de Catarata, Atiende glaucoma, retinopatía diabética y enfermedades inflamatorias del globo ocular.
7. Otorrinolaringología	Tiene como función el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación quirúrgica y prevención de los trastornos que producen discapacidad de la audición, el equilibrio, voz, deglución y del aparato resonancia nasal
8. Anestesiología	Dedicada a la atención y cuidados especiales de los pacientes durante las intervenciones quirúrgicas y otros procesos que puedan resultar molestos o dolorosos.
9. Servicios auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento	Encargada de realizar estudios útiles en el diagnóstico como lo son las tomografías, resonancias, estudios gammafráficos, electroencefalogramas, mapeos cerebrales, emisiones otoacústicas, etc. En esta área se ubican también el laboratorio central como el de urgencia, y evalúan trastornos que afecten procesos sensoriales, neuromotrices o cognitivos.

Fuente: Instituto Nacional de Rehabilitación, (2013).

Existe un área independiente de investigación en biomédica y tecnológica, las cuales cuentan con subdivisiones: lesiones de hueso y articulaciones, distrofias musculares, malformaciones congénitas, análisis de movimiento, trasplantes, quemaduras, medicina genómica, tumores musculoesqueléticos y neurociencias.

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

El área de terapia familiar depende del servicio de rehabilitación integral, los pacientes que llegan a este servicio, son previamente valorados por psicólogos que consideran necesario otro nivel de intervención. Por lo que generalmente los pacientes reciben ambos servicios. Las principales problemáticas por las que son derivados a terapia familiar se relacionan con el impacto de la

discapacidad en los diferentes miembros de la familia, así como con problemas no relacionados a la discapacidad pero repercuten en el paciente y su tratamiento.

### **2.2.6. Centro Comunitario “San Lorenzo”**

#### **Fundacion Bringas Haghenbeck, I.A.P.**

Los patronos de la Fundaciones “Luz Bringas, I.A.P.” y “Ma. de los Ángeles Haghenbeck, I.A.P.” decidieron fusionar ambas Instituciones a efectos de reducir los costos administrativos, logrando mayor efectividad en las obras, por lo que en el año 1992, nace la “Fundacion Bringas Haghenbeck, I.A.P.”

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

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

**Visión.** Ser la Institución líder en la operación de establecimientos para el cuidado y atención de las personas de la tercera edad y de aquellos que contribuyen a la formación de niños, jóvenes y adultos de manera integral.

#### **Objetivos**

- Educativo. El objetivo fundamental de este servicio asistencial es coadyuvar con apoyo de los padres en la educación y formación de sus hijos. Se trabaja en el desarrollo de su creatividad y autosuficiencia fomentando valores para su formación integral.



- Tercera edad. Se busca proporcionar a las familias que se encuentran en crisis y con dificultades para albergar a sus miembros mayores una solución digna que corresponda a un estilo de vida en familia como una opción que asegure un ambiente positivo para su desarrollo, crecimiento, armonía y paz interior,
- Salud. El objetivo es fomentar y promover en la comunidad la enseñanza de hábitos de higiene, de nutrición y prevención de enfermedades, a fin de promover bienestar físico, mental y espiritual. Además, mediante la promoción del deporte se pretende liberar a los jóvenes del problema de la Drogadicción.

### **Centro Comunitario San Lorenzo**

El centro comunitario San Lorenzo pertenece al programa de Desarrollo Comunitario de la Fundación Bringas Haghenbeck, I.A.P. Surge en el 2004 como una alternativa ante el incremento en los últimos años de los problemas sociales asociados al desarrollo del ser humano y a su salud mental. Por lo que es importante promover y asegurar que la población en general tenga acceso a servicios de calidad en salud mental, a fin de fomentar el desarrollo pleno e integral, mejorando así las capacidades y potencialidades de los individuos. Por lo que el centro se ha dado a la tarea de prevención e intervención oportuna para poder dar un adecuado tratamiento a las problemáticas presentadas en la delegación Iztapalapa.

Gran parte de los servicios y actividades se desarrollan gracias al trabajo con voluntarios.

En la coordinación de psicología se cuenta con tres tipos de personal: personal en nómina, personal remunerado con una ayuda económica para transporte y personal voluntario.

El Área cuenta con el apoyo de estudiantes de las Maestrías de Psicología de la UNAM de las Residencias en Psicoterapia Sistémica, Psicoterapia con Adolescentes, y Psicoterapia Infantil.

Figura 9. Programas y servicio del Centro Comunitario San Lorenzo

Áreas y programas	Servicios a la comunidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación de Psicología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoterapia individual, niños, adolescentes y adultos</li> <li>• Psicoterapia familiar y de pareja</li> <li>• Psicoterapia grupal</li> <li>• Intervención en crisis</li> <li>• Psicodiagnóstico</li> <li>• Taller para niños</li> <li>• Curso de verano</li> <li>• Capacitación de prestadores SS</li> <li>• Trabajo interinstitucional (convenios, visitas, informes).</li> <li>• Supervisión clínica</li> <li>• Pláticas y talleres de desarrollo humano</li> <li>• Ludoteca</li> <li>• Capacitación a profesores</li> <li>• Periódicos murales.</li> </ul>
<b>Problemáticas atendidas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza y Marginación</li> <li>• Violencia intrafamiliar</li> <li>• Abuso y violencia sexual</li> <li>• Problemas emocionales</li> <li>• Deserción escolar en adolescentes</li> <li>• Bajo rendimiento escolar</li> <li>• Baja autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Somatización</li> <li>• Angustia</li> <li>• Problemas de aprendizaje y/o atención en niños y adolescentes</li> <li>• Problemas relacionados con el alcoholismo y drogadicción</li> </ul>

Fuente: Fundación Bringas- Haghenbeck, IAP, (2013)

Todos los servicios tienen un costo ya que se pretende que el Centro Comunitario sea auto sustentable. Es una cuota de recuperación que puede variar dependiendo de las posibilidades económicas de los que solicitan el servicio y la población a que van dirigidas.

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

Tal como se explicó en el apartado 2, el programa de la maestría contempla la integración de la práctica clínica (atención terapéutica y supervisión) a partir del segundo semestre, sin embargo desde el primer semestre se tienen acercamientos paulatinos, de manera que cuando los

estudiantes se integren a la sedes alternas cuenten con los elementos teóricos y prácticos suficientes que les permita continuar con su formación como terapeutas familiares.

Es así que al inició se trabaja con sesiones de familias simuladas en donde básicamente se observan las intervenciones de los maestros y doctores a cargo de la asignatura y posteriormente los estudiantes participan también como terapeutas en dichas simulaciones.

A partir del segundo semestre la supervisión en vivo comienza a ser el eje central del trabajo clínico, pero se continúa alternando con sesiones simuladas. A medida que se avanza en el conocimiento teórico metodológico, se dejan atrás las simulaciones y se trabaja únicamente con supervisión en vivo y narrada según la sede de residencia.

A continuación se presenta de manera resumida mi participación en los distintos escenarios clínicos (ver figura 10).

Figura 10. Trabajo clínico-práctico realizado en la maestría con residencia en terapia familiar durante los cuatro semestres de formación

Semestre	Sedes	Tipo de supervisión	Descripción del trabajo clínico	
			Actividades realizadas	Modelo terapéutico
Primer semestre	Centro de servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"		Familias simuladas con el Dr. Raymundo Macías. a) Casos inventados b) Familia de origen del terapeuta en formación.	Dinámico, Sistémico integrativo.
			Mtra. Jacqueline Fortes a) Observación en vivo del trabajo terapéutico (cámara de Gessel) b) Análisis de las intervenciones desde el modelo estructural como parte del equipo terapéutico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construccinism o social.</li> <li>• Modelo estructural</li> </ul>
Segundo Semestre	Centro de servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila"	Supervisión en vivo (cámara de Gessel)	Mtra: Inda Sainz <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones como co-terapeuta</li> <li>• Participación como equipo terapéutico</li> </ul>	Modelo Estructural
		Supervisión en vivo (cámara de Gessel)	Mtra. Luz Ma. Rocha <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación como equipo terapéutico</li> </ul>	Modelo Estratégico
			Dr. Raymundo Macías <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias simuladas</li> </ul>	Modelo Dinámico, Sistémico integrativo

	Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”	Supervisión en vivo (circuito cerrado)	Dra. Noemí Díaz Marroquín <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención como co-terapeuta</li> <li>Participación como parte del equipo terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo Estratégico</li> <li>Perspectiva de Género</li> </ul>
	Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.	Supervisión Narrada	Mtra. Elizabeth Colón <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención en co-terapia en el área de PAIDEIA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo estructural</li> <li>Modelo estratégico.</li> </ul>
Tercer semestre	Centro de servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila	Supervisión en vivo (Cámara de Gessel)	Mtra. Carolina Díaz Walls <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención como terapeuta titular</li> <li>Intervención como equipo terapéutico.</li> </ul>	Modelo de Milán (Selvini Palazzoli, Cirrillo y colaboradores).
		Supervisión en vivo (Cámara de Gessel)	Dr. Raymundo Macías <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención como equipo terapéutico</li> </ul>	Modelo Dinámico, Sistémico integrativo
	Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”	Supervisión en vivo (circuito cerrado)	Dra. Noemí Díaz Marroquín <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención como co-terapeuta</li> <li>Intervención como parte del equipo terapéutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo integrativo (estratégico, soluciones y perspectiva de género)</li> </ul>
	Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.	Supervisión Narrada	Mtra. Elizabeth Colón <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención en co-terapia en el área de PAIDEIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo estructural</li> <li>Modelo estratégico</li> <li>Modelo de Milán (etapa estratégica).</li> </ul>
	Facultad de Psicología, UNAM (aulas)	Supervisión videograbada	Dr. Flavio Sifuentes <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención terapéutica</li> </ul>	
Cuarto semestre	Centro de servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila	Supervisión en vivo (cámara de Gessel)	Mtra. Carolina Díaz Walls <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención como terapeuta titular</li> <li>Intervención como equipo terapéutico</li> </ul>	Modelo de Milán (Selvini Palazzoli, cirrillo y colaboradores)
		Supervisión en vivo (cámara de Gessel)	Dr. Raymundo Macías <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención como equipo terapéutico</li> </ul>	Modelo Dinámico, Sistémico integrativo
		Supervisión en vivo (cámara de Gessel)	Mtro. Gerardo Reséndiz <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención como co-terapeuta</li> <li>Intervención como equipo terapéutico</li> </ul>	Modelo de Milán (etapa posmoderna)
		Supervisión en vivo (cámara de Gessel)	Mtra. Jacqueline Fortes <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención como equipo terapéutico.</li> </ul>	Modelo integrativo (socioconstruccionista)
		Supervisión en vivo (cámara de Gessel)	Mtra. Miriam Zavala <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención como equipo terapéutico</li> </ul>	Modelo de soluciones
	Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro	Supervisión en vivo (circuito cerrado)	Dra. Noemí Díaz Marroquín <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención como co-terapeuta</li> <li>Intervención como parte del equipo terapéutico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo integrativo (estratégico, soluciones, narrativa y perspectiva de género)</li> </ul>
		Supervisión en vivo (circuito cerrado)	Mtra. Nora Rentería <ul style="list-style-type: none"> <li>Participación en equipo reflexivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipos reflexivos</li> <li>Terapia Narrativa</li> <li>Prácticas colaborativas.</li> </ul>

	Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".	Supervisión Narrada	Mtra. Elizabeth Colón <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención en co-terapia en el área de PAIDEIA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo integrativo (terapias modernas y posmodernas)</li> </ul>
	Facultad de Psicología, UNAM (aulas)	Supervisión videograbada	Dr. Flavio Sifuentes <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención terapéutica</li> </ul>	
	Instituto Nacional de Rehabilitación	Supervisión en vivo Cámara de Gessel	Mtro. Gerardo Resendiz <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención en co-terapia</li> <li>Intervención como equipo terapéutico</li> </ul>	Modelo de Milán (etapa posmoderna)
	Centro Comunitario "San Lorenzo"	Supervisión Narrada	Mtra. Miriam Zavala <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenciones como terapeuta titular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelo integrativo (terapias modernas y posmodernas)</li> </ul>

La figura 10 refleja el proceso evolutivo en mi formación teórico-práctica. Así mismo refleja la diversidad de contexto en que tuve oportunidad de colaborar, ya que me fue posible supervisar en cinco de las seis sedes que forman parte del programa. Por lo tanto considero dicha experiencia como muy enriquecedora en lo personal y profesional, pues me permitió experimentar la supervisión en vivo como terapeuta titular, co-terapeuta y como parte del equipo terapéutico, a través de diferentes miradas, es decir bajo diferentes enfoques terapéuticos y diferentes estilos de los profesores de hacer terapia. Dicha formación promovió el desarrollo de habilidades, como la observación, escucha, validar distintos puntos de vista, pero al mismo tiempo asumir una postura ante ciertas temáticas y decidir como intervenir en el espacio terapéutico. Asimismo las condiciones tanto en espacio físico, como de supervisión sin equipo terapéutico (supervisión narrada), permiten hacer uso de la creatividad y espontaneidad, útiles como primeros acercamientos a espacios alternos a los de formación.

La problemáticas atendidas por la novena generación son diversas, pero entre las principales se destacan:

- Dificultades en la comunicación y el establecimiento de reglas y límites
- Secretos familiares
- Suicidio
- Duelo
- Depresión
- Diferencias en estilos de crianza entre los padres
- Reconstitución familiar
- Identidad sexual y su impacto en los padres.
- Terapia de pareja (sexualidad, infidelidad, economía y situación laboral)
- Separación y reorganización familiar
- Adicciones
- Enfermedades crónicas, discapacidad y su impacto en la familia.
- Rivalidad fraterna
- Violencia familiar y de pareja
- Abuso sexual

Las problemáticas que atendí como terapeuta titular son: dificultades en el establecimiento de reglas y límites, secretos familiares, suicidio y duelo, reconstitución familiar, rivalidad fraterna, abuso sexual y terapia de pareja. La modalidad de atención fue en su mayoría en sesiones familiares y de pareja, pero en ocasiones también realicé terapia sistémica individual.

## CAPITULO DOS

### II. MARCO TEÓRICO

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

El papel del de la epistemología –reglas mediante las cuales un individuo “construye” su experiencia (Kelly, citado en Bateson, 1998)– es fundamental para el ejercicio profesional del psicólogo, motivo por el cual la residencia hace una revisión profunda de los fundamentos epistemológicos de la terapia familiar sistémica, así como de la evolución de los mismos y su impacto en los enfoques teóricos que guían la intervención psicoterapéutica. De este modo un análisis de nuestros supuestos epistemológicos nos permitirá comprender con mayor plenitud cómo percibimos, pensamos y actuamos como clínicos en el curso de la terapia (Keeney, 1991).

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

Para entender el desarrollo de la concepción de la familia como sistema relacional, es necesario conocer las bases sobre las cuales se instituyó la Teoría Sistémica: La Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1968), la Teoría Cibernética (1948), la epistemología de Bateson (1972; 1979) y la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1968). Así como, los aportes del constructivismo y el construccionismo social a la terapia familiar a finales del siglo XX.

#### 1.1.1 Teoría General de los Sistemas

##### 1.1.1.1 Antecedentes

La Teoría General de Sistemas (TGS), se desarrolló como una alternativa a los enfoques analítico-mecánicos, asociados a la aplicación del método científico. Son denominados analíticos pues proceden del análisis, es decir del todo a las partes y de lo más complejo a lo más simple. También son deductivos ya que van de lo general a lo particular (Van Gigch, 1987).

Bertalanffy (2011) refiere que las raíces de este proceso son complejas, pues por un lado estaba el tránsito de la ingeniería energética –la liberación de grandes cantidades de energía– y por otro la ingeniería de control, que dirigía procesos de artefactos de baja energía y que condujo a las computadoras y a la automatización. Es así que la tecnología ya no pensó en maquinas sueltas, sino en “sistemas”.

Surgió entonces la necesidad de un enfoque de sistemas, que cambiara las categorías básicas del pensamiento, forzando a ver todos los campos del conocimiento, como complejidades, “totalidades” o “sistemas”.

Aunque Bertalanffy fue el primero en introducir una idea de Teoría General de los Sistemas, el concepto de sistema tiene una larga historia: como “filosofía natural” se remonta a “Leibniz: a Nicolás de Cusa con la coincidencia de los opuestos”; la medicina mística de Paracelso; la visión de la historia de Vico e Ibn-Kaldum: y a la dialéctica de Marx y Hegel (Bertalanffy, 2011; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Existieron obras preliminares a la teoría general de sistemas, tales como las “*Gestalten Fisicas*” de Köhler en 1924, y el concepto general de sistemas de Lotka en 1925. Sin embargo estas obras resultaban insuficientes para enfrentarse a problemas teóricos, especialmente en las ciencias biosociales, y los problemas planteados por la tecnología moderna. (Bertalanffy, 2011; Eguiluz, 2007)

En 1926, Ludwing von Bertalanffy realizó un escrito abogando por una concepción organísmica en la biología, que hiciera hincapié en la consideración del organismo como un todo o sistema, y mirara como el objetivo principal de las ciencias biológicas, al descubrimiento de los principios de la organización a sus diversos niveles. Sin embargo la publicación de la Teoría General de los Sistemas (TGS) ya estructurada, sale a la luz pública hasta el término de la Segunda Guerra Mundial, alrededor de 1947. Fue recibida con incredulidad, por considerarla fantástica o presuntuosa, pero gradualmente se evidenció que la TGS respondía a una secreta tendencia en varias disciplinas, lo cual fue confirmado por los hallazgos del economista Boulding, en 1953. (Bertalanffy, 2011).

En 1954 se creó el proyecto de una Sociedad para la Investigación General de Sistemas donde participaron Boulding, Rapoport, Ralph Gerard y Bertalanffy, con el objetivo de impulsar el desarrollo de sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamientos tradicionales del conocimiento. Sus principales funciones eran: 1) investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y



modelos en varios campos, y fomentar productivas transferencias de un campo a otro; 2) estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados en los campos que carecían de ellos; 3) minimizar la repetición de esfuerzo teórico en diferentes campos; 4) promover la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre especialistas. (Bertalanffy, 2011; Vargas, 2004).

En 1968, queda formalmente constituida la Teoría General de Sistemas o Teoría de los Sistemas Generales propuesta por Bertalanffy, y es reconocida como una nueva alternativa para la investigación científica, proponiendo, que la realidad es una “totalidad”, que no puede ser vista o explicada por medio del estudio de sus partes aisladas, sino es importante relacionar los elementos entre ellos para comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca. (Bertalanffy, 2011; Eguiluz, 2007; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

#### 1.1.1.2. Representante

Ludvig von Bertalanffy nació en 1901 en Viena, estudió Biología en la ciudad donde fue profesor e investigador hasta 1949. Debido a los problemas en toda Europa, se mudó a Canadá y posteriormente a Estados Unidos, donde su teoría adquirió enorme prestigio. Entre sus influencias teóricas estuvieron algunos elementos de la tradición neopositivista del grupo de Moritz Schlick, y el Circulo de Viena; adquiriendo mayor interés por el misticismo alemán, el relativismo histórico de Spengler y la historia del arte (Bertalanffy, 2011).

#### 1.1.1.3. Objetivos de la Teoría General de Sistemas

Una de las metas de la Teoría General de Sistemas, es la concepción unitaria de la ciencia, es decir encontrar leyes formalmente idénticas o isomorfas en los diferentes campos. Del mismo modo pretende la formulación de principios válidos para “sistemas” en general, sea cual fuere la naturaleza de sus elementos componentes y las fuerzas reinantes entre ellos. (Bertalanffy, 2011).

#### 1.1.1.4. Postulados teóricos

Para Bertalanffy (2011), existen principios básicos de sistemas –conjunto de elementos interactuantes–, que parten de conceptos como la totalidad, suma, centralización, sistemas cerrados, sistemas abiertos, finalidad, y equifinalidad, que interactúan entre sí para poder ser aplicados a fenómenos concretos:

- *Sistema*. La palabra sistema proviene del griego *sustema* y se refiere a un conjunto o una composición. Es un conjunto de elementos que están en constante interacción dinámica, en donde el estado de cada uno de los elementos se encuentra determinado por el estado de los otros (Salem, 1990). El concepto no está limitado a entidades materiales sino puede aplicarse a cualquier “todo” que consista en “componentes” que interactúan (Bertalanffy, 2011).
- *Sistemas cerrados*. Son los sistemas que se consideran aislados del medio circundante, es decir no efectúan ningún tipo de cambio con su medio ambiente. En estos sistemas, la tendencia de distribución, es el máximo desorden –máxima entropía–, y el proceso acabará por detenerse en un estado de equilibrio. (Bertalanffy, 2011; Eguiluz, 2007).
- *Sistemas abiertos*. Todo organismo vivo que se mantiene en continua incorporación y eliminación de materia con el medio circundante (Bertalanffy, 2011).
- *Finalidad*. Es definida como lo inverso a la causalidad, como dependencia del proceso presente con respecto al futuro y no a las condiciones pasadas (Bertalanffy, 2011).
- *Equifinalidad*. La tendencia a un estado final característico a partir de diferentes estados iniciales y siguiendo distintos caminos, pues cada sistema evoluciona en forma diferente. (Bertalanffy, 2011).
- *Entropía*. Medida del desorden. (Bertalanffy, 2011). Es una magnitud termodinámica que mide el grado de homogeneización energética de un sistema (Bollini, 1994).
- *Entropía negativa* (neguentropía). Medida del orden o de la organización. El sistema produce la energía y puede mantenerse en desarrollo constante (Bollini, 1994).
- *Totalidad*. Se define como lo opuesto a la sumatividad –es posible construir paso a paso un complejo juntando los elementos primero separados y a la inversa, las características del complejo pueden ser analizadas completamente separando los elementos– y es una característica fundamental de los sistemas abiertos, donde el conjunto de las partes constituye algo más y distinto a la suma de éstas. De este modo el cambio de uno de los elementos que interactúan contantemente, implica un cambio en los demás y en el sistema total. (Andolfi, 1985; Bertalanffy, 2011; Watzlawick, 1981).
- *Teleología*. La teleología estática, significa que una disposición parece útil para determinado propósito, por ejemplo el pelaje de un animal resulta conveniente para mantener caliente el cuerpo; teleología dinámica, se refiere a una directividad de procesos: a) dirección de acontecimientos hacia un estado final, que puede ser expresado

como si el presente funcionamiento dependiera del estado final; b) directividad basada en estructura, es decir una disposición estructural conduce el proceso de tal manera que es logrado determinado resultado, tal como ocurre con el funcionamiento de las máquinas hechas por el hombre y que dan productos o actúan como se espera (Bertalanffy, 2011).

- *Retroalimentación*. El mantenimiento homeostático de un estado característico o la búsqueda de una meta basada en cadenas causales circulares en mecanismos que devuelven información acerca de desviaciones con respecto al estado por mantener o la meta por alcanzar (Bertalanffy, 2011).

### 1.1.2. La Teoría de la Cibernética

#### 1.1.2.1. Antecedentes

La cibernética comenzó por estar íntimamente ligada a la física, pero no depende de las leyes físicas de la energía o de la materia, ni es derivada de alguna otra rama de la ciencia, ya que posee sus propios fundamentos (Ashby, 1956, citado en Keeney, 1991; Sánchez y Gutiérrez, 2000). Apareció casi al mismo tiempo que otras dos contribuciones fundamentales en diversos campos de la ciencia: La teoría de la información de Shannon y Weaver en 1949; y la teoría de los juegos de Von Neuman y Morgenster, en 1947. Todas estas ideas aparecieron después de la segunda Guerra Mundial y proporcionaron modelos teóricos para fenómenos complejos dentro del ámbito científico (Bertalanffy, 2011).

La palabra cibernética fue tomada del término griego *Kubernetes* que significa timonel o gobierno. Se define a la cibernética como una teoría de los sistemas de control basada en la pauta y en la organización cuya idea básica es la de la retroalimentación, que se refiere a un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado, donde los resultados pueden ser utilizados sólo para evaluar el sistema (retroalimentación simple) o se puede usar esa información para modificar su método general y su pauta de desempeño actual, obteniendo así un aprendizaje. (Bertalanffy, 2011; Keeney, 1991; Wiener, 1982).

### 1.1.2.2. Representantes

Los principales representantes de una epistemología cibernética son, Ashby, Bateson, McCulloch, Maturana, Varela, Von Foerster y Wiener. Aunque quien acuñó el término “cibernética” fue Norbert Wiener, fue el primero en retomar este término para designar el nuevo tipo de pensamiento y publicarlo en su obra “*Cibernética o el control y comunicación en el animal y la máquina*” (Keeney, 1991).

### 1.1.2.3. Objetivos de la cibernética

Uno de los objetivos de la cibernética era desarrollar un lenguaje propio de las maquinas y ofrecer un conjunto de conceptos adecuados para representar los más diversos tipos de sistemas, que permitieran encarar problemas de comunicación, regulación y establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos que presentaran correspondencia exacta en cada rama de la ciencia (Eguiluz, 2007).

### 1.1.2.4. Cibernética de primer y segundo orden

En los comienzos de la cibernética los estudios se limitaban a examinar la relación entre lo que entraba (input) y salía (output) de las “cajas negras”, sin embargo éste método sólo resultaba útil para situaciones en que las explicaciones se daban de manera unilateral, dando así una concepción incompleta del fenómeno, pues se consideró que el observador era incapaz de ejercer un control unilatral e incluso bloquear la autocorrección indispensable del sistema, es así que rápidamente se quedó atrás la puntuación cibernética de “las cajas negras” y se reconocieron órdenes superiores de procesos cibernéticos (Keeney, 1991).

De tal modo que el estudio de la cibernética se divide en cibernética de primer orden y cibernética de segundo orden.

#### 1.1.2.4.1. Cibernética de primer orden, de los sistemas observados

##### *Primera cibernética*

La cibernética de primer orden, se basa en la concepción de “las cajas negras”. Postula que el observador se mantiene fuera del fenómeno observado, asume que un sistema puede ser

manipulado o controlado unilateralmente, porque entiende a sus elementos como una realidad independiente del observador. (Keeney, 1991; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En esta etapa, se asigna el acento a la homeostasis de un sistema, es decir a los procesos de corrección de la desviación, para mantener su organización, equilibrio y estabilidad –retroalimentación negativa o neguentropía– pues se concibe a las fuerzas que permitan la ampliación de la desviación, como procesos que llevan a la desorganización, el caos y la destrucción del sistema -entropía-. (Hoffman, 2004; Sluzki, 1987).

### *Segunda cibernética*

En 1963, Magoroh Maruyama, definió la segunda etapa del desarrollo de la cibernética como "segunda cibernética". Considera que todo sistema viviente depende para su supervivencia de dos procesos: "morfofostasis" que se refiere al mantenimiento de la constancia de un sistema a través de mecanismos de retroalimentación negativa; y "morfogénesis", referente a la desviación y variabilidad del sistema a través de mecanismos de retroalimentación positiva (Hoffman, 2004; Sluzki, 1987).

En esta segunda etapa se dio énfasis a los procesos de amplificación de la desviación, al desequilibrio y los procesos sistémicos de cambio, que conducen a una visión del sistema más evolutiva (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Sluzki, 1987).

Si hablamos de cibernética dentro del encuadre terapéutico, nos referimos a la pauta y la organización terapeuta-paciente, donde el terapeuta mantiene sus interacciones fuera del sistema, como vigilante de un fenómeno a observar o modificar, donde todos los sucesos son vistos desde fuera del sistema observado y no dentro de él, para tomar y cambiar partes desde dentro del sistema (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

#### 1.1.4.4.2. Cibernética de segundo orden: de los sistemas observantes

La cibernética de primer orden (de las cajas negras) se quedó atrás al reconocer órdenes de recursión superiores de los procesos cibernético, es decir al establecer una cibernética (caja negra más el observador) en la que se incorpora al observador con más claridad al sistema, al definir y establecer cuál es su propia meta o finalidad (Keeney, 1987).

Heinz Von Foerster señaló el inicio de un nuevo periodo de la cibernética, llamada de segundo orden, denominando así aquellos sistemas que tienen capacidad autorreferencial y tautológica. “Cibernética de la cibernética” es la presentación oficial que Von Foerster hace de la noción de una cibernética que destaca la inclusión y participación de los observadores en el sistema. Esta frase la propuso originalmente Margaret Mead (Foerster, 1996; Keeney, 1987).

Según Foerster (1991), la cibernética se vuelve sobre sí misma y usa sus conceptos para ver a los usuarios de dichos conceptos y la relación que a través de esos conceptos establecían con su entorno. El ciberneta ya no se pregunta ¿dónde están los enlaces circulares de este sistema?, sino se empieza a preguntar, ¿cómo generamos nosotros este sistema a través de la noción de circularidad?.

La cibernética de segundo orden no sólo tiene, sino que es una epistemología, que lleva la atención desde los “sistemas observados” hasta los “sistemas que observan”, entendiendo a toda noción cibernética como dependiente del observador. En este sentido la relación de la terapia familiar y la cibernética ya no es proveer modelos basados en nociones de circularidad, función, organización, etc., sino en dar un marco epistemológico general que permita el desarrollo de modelos aplicados al campo de la clínica. Por tanto el terapeuta ya no es quien describe al sistema “tal cual es desde afuera”, sino es alguien que “co-construye al sistema del que él también es participe”, más aún, el terapeuta mismo emerge como tal, a través de esa participación y del tipo de instrumentos conceptuales que usa, genera, co-genera en dicha participación.

De este modo el avance máximo de la cibernética, se alcanzó cuando ésta se aplicó a sí misma. Brindó a los terapeutas la oportunidad de adquirir instrumentos conceptuales, que podrán evitar ser sólo un técnico y repetidor de modelos, aportando mayor flexibilidad en la utilización de los modelos, y además aprender a pensar sistémicamente. En otras palabras la cibernética de segundo orden no cambia el quehacer del terapeuta, pero cambia el cómo del terapeuta, pues les brinda la posibilidad de aprender a aprender terapia familiar.

#### 1.1.2.5. Postulados teóricos

Las nociones conceptuales que aportó la cibernética se pueden diferenciar de acuerdo a la etapa (Keeney, 1991):

##### 1) Cibernética de primer orden

- Homeostasis (retroalimentación negativa). Todo cambio que se empeña por mantener cierta constancia y estabilidad.
- Adaptación (retroalimentación positiva). Se refieren a situaciones perpetuas de cambio en un circuito de retroalimentación, en el que se puede oscilar dentro de un intervalo controlado, o bien se ampliará el propio intervalo de la desviación.

##### 2) Cibernética de segundo orden

- *Autorreferencia*. Toda descripción hecha por el observador es autorreferencial, ya que es imposible separar lo observado del observador y por lo tanto el observador goza de propiedades que le permiten generar tales descripciones. En este sentido las observaciones no son absolutas sino relativas al punto de vista del observador.
- *Autonomía*. Implica que el sistema es considerado sin hacer referencia alguna a su medio externo, es decir que la percepción del observador, no está determinada por el medio externo, sino que las descripciones y las relaciones de las descripciones son generadas mediante las distinciones que traza el observador.

### 1.1.3. Epistemología Batesoniana

#### 1.1.3.1. Antecedentes y desarrollo de la epistemología de Bateson

Gregory Bateson y su equipo ubicado en Palo Alto California, son considerados por algunos, como los iniciadores de la Teoría de la Comunicación Humana (Eguiluz, 2007).

Antes de abordar la teoría de la comunicación, es importante señalar algunos datos sobre Gregory, Bateson, ya que esto permitirá ubicar el contexto y su obra.

Bateson comenzó su carrera científica con la publicación de un artículo de zoología, escrito en colaboración con su padre William Bateson. Continuó su carrera con un viaje a las Islas Galápagos. Desilusionado y aburrido de la biología, cuando regresó a su país escogió como profesión la antropología, dedicándose al estudio de las estructuras tribales iatmul, asentados junto al río Sepik, en Nueva Guinea. Al descubrir un ritual iatmul, “el *naven*”, Bateson comenzó a concebir la relación entre la sociedad y el individuo de una forma circular y recíproca, situación que favoreció su interés por el modo como se articulaban las diferencias dinámicas entre los grupos dentro de la sociedad, ya que al inicio de su carrera no le interesaba la sociedad, la psiquiatría, ni la psicoterapia, sin embargo en ese mismo periodo se sometió por primera vez a una psicoterapia analítica para superar una depresión endógena. La familiarización con los problemas psicológicos, junto a su formación de antropólogo, le permitió distinguir en la cibernética la posibilidad para explicar diferentes fenómenos que a Wiener y McCulloch no les fue posible vislumbrar (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Bateson, participó en una serie de Conferencias financiadas por la Fundación Macy, en las que coincidían personajes ilustres de la época. La estructura de las conferencias era muy peculiar: se organizaban sólo debates libres, en la que los participantes podían lanzar y retomar ideas siempre nuevas sin la preocupación de ser comprendidos o defenderse de sus propias teorías. Dichas conferencias crean los fundamentos de una ciencia interdisciplinar de la comunicación y la información “El lenguaje cibernético”, caracterizado por su elevado grado de abstracción y formalización, el cual era un objetivo perseguido y planteado por sus fundadores. La cibernética permitió; 1) liberarse del influyente legado de las teorías freudianas para centrarse esencialmente en la información y retroalimentación; 2) que la clínica y terapeutas consideraran que los comportamientos de los miembros de la familia dependen de cómo se establece la relación con los demás, otorgando más atención al ambiente del individuo que a éste mismo; y 3) Indagar respecto al significado de las acciones en el contexto que le rodea. Se pasa de las concepciones intrapsíquicas a las relacionales y pierde importancia el *por qué* de los acontecimientos (búsquedas de causas en el pasado), pero toma relevancia el *cómo* suceden (búsquedas de modelos en el presente).

La cibernética que Bateson introdujo en la terapia familiar es la de Wiener, influenciada por la teoría de los juegos de Von Newman pero sin el formalismo matemático e interpretado en un sentido antropológico (Keeney, 1991).



Después de que Bateson asistió a las conferencias sobre Cibernética de la Fundación Macy, fue invitado por el psiquiatra Jürgen Ruesh a colaborar con él en la clínica Langley Porter de San Francisco, ingresando así a la psiquiatría y posteriormente publicar el libro “Communication: The Social Matrix of Psychiatry”, primer libro en el que Bateson utilizaba y aplicaba a la psiquiatría los conceptos de cibernética desarrollados en las Conferencias Macy (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Más tarde Bateson decidió estudiar la comunicación en los animales, observando a las nutrias en el zoológico, usando los presupuestos jerárquicos de la filosofía de Bertrand Russell, aplicándolos a la comunicación en lugar de a la lógica (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Wittezaele y García, 1994)

En 1952, recibió apoyo de la fundación Rockefeller para estudiar la naturaleza y los niveles en la comunicación, para lo cual formó un equipo muy ecléctico y heterogéneo: el ingeniero químico John Weakland; un pasante de comunicación social, Jay Haley; el psiquiatra, William Fry. Los dos primeros años el proyecto estudió comunicación ambigua, mensajes y metamensajes que se califican mutuamente (situación paradójal). Los contactos que establecían con los esquizofrénicos, demostraron que éstos no pueden diferenciar los metamensajes que determinan el contexto y toman las metáforas literalmente. En 1954 concluyó la beca de la Fundación Rockefeller, y el grupo de Bateson apenas había identificado su campo de estudio “la comunicación de los esquizofrénicos”. En esa época Bateson conoció al psiquiatra y psicoanalista Don Jackson, director del departamento de psiquiatría de la Clínica médica de Palo Alto. Bateson le habló de su proyecto, ya que pensaba que el tema de “homeostasis familiar”, estudiado por Don Jackson se relacionaba con los objetivos de su proyecto y se integró al grupo de Bateson, para continuar los estudios (Bertrando y Toffanetti, 2004; 1994; Hoffman, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Wittezaele y García, 1994).

En 1956 el grupo, presentó un escrito sobre sus descubrimientos, la hipótesis del “Doble Vínculo” en el artículo “*Hacia una teoría de la esquizofrenia*”. El grupo se propuso como objetivo primordial formular una teoría de las relaciones humanas, más que una teoría de la esquizofrenia. *Un doble vínculo*, es una comunicación en diferentes niveles, en el que una demanda manifiesta es anulada o contradicha en otro nivel (Bertrando y Toffanetti, 2004). Los ingredientes necesarios para que tenga lugar una situación de doble vínculo, son: 1) dos personas o más, 2) una experiencia repetitiva, 3) una orden negativa primaria, 4) una orden secundaria que entra en conflicto con la primaria, 5) una orden negativa terciaria, que impide a la víctima escapar de la situación y 6) una

vez que la víctima ha aprendido a estructurar su mundo a partir del doble vínculo, no es necesario que estén todos los elementos (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1998).

A finales de los años cincuenta, las diferencias entre Bateson y su equipo se hicieron más evidentes, por lo que éste decidió abandonar la psiquiatría para regresar al campo de la comunicación animal; mientras el resto del equipo continuó con el objetivo de investigar las interacciones familiares con otros sistemas sociales, así como estudiar y formalizar un método de terapia familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004; Wittezaele y García, 1994).

### 1.1.3.2. Representante

#### *Gregory Bateson*

Nació el 04 de mayo de 1904 en Grantchester, Reino Unido, en el seno de una familia de científicos y aristócratas, hijo de William Bateson, (prestigioso investigador, especialista en genética) quien influyó en su formación y premisas acerca de la ciencia. Tenía dos hermanos mayores John (1898) y Martin (1899) quienes fallecieron en la juventud (Bateson, 1998; Infoamerica, 2014; Wittezaele y García, 1994,).

Estudió biología en St. John's College de Cambridge. A los 21 años emprendió un crucero a las Islas Galápagos al que fue invitado como experto en biología. Entró en contacto con culturas diferentes que influyeron en su interés por estudiar. En enero de 1927, Gregory partió para realizar un trabajo de campo en Nueva Guinea, con los baining, una tribu de cazadores de cabeza. En 1929 partió por el río Sepik para reunirse con otros antropólogos, Mead y Fortune. Descubrió a los iatmul y permaneció ahí cerca de un año. En 1930 regresó a Inglaterra, para redactar el informe de sus investigaciones y el 1932 volvió con los iatmul para realizar un trabajo de doctorado. El 1934 regresó a Cambridge para redactar su tesis de doctorado que tenía como tema el ritual de los iatmul, "*El naven*" (Wittezaele y García, 1994).

En 1935 se casó con Margaret Mead y juntos realizaron trabajo de campo en Bali. El 1942 publicaron "*Balinese Carácter. A Photographic Analisis*". En 1939 se trasladó a Estados Unidos, donde vivió el resto de su vida, nacionalizándose como norteamericano en 1956. Su personalidad científica fue reconocida rápidamente, y en 1942 participó en el foro de las Conferencias Macy. En 1948 se separó de Margaret Mead y se trasladó a San Francisco para colaborar con Jurgen Ruesch,

un psiquiatra, estudioso de los fenómenos de retroalimentación. En 1951 publicaron el libro “*la comunicación: La matriz social de la psiquiatría*”. Fue profesor de antropología en la Universidad de Stanford, profundizó en los mecanismos de la comunicación animal, con experiencias y estudios que ocuparían amplios periodos y distintas especies (pulpos, delfines, moluscos, etc). En 1959, trabajó para el Mental Research Institute de Palo Alto. En 1964 se trasladó a Hawái, donde fue nombrado jefe del departamento de biología del Oceanic Institute de Waimanalo. De 1972 a 1978 fue profesor de antropología y etnografía de la Universidad de California en Santa Cruz. Sus dos últimos años de vida los pasó en el Esalen Institute de Big sur, hasta morir de un tumor pulmonar en 1980 (Betrand y Toffanetti, 2004; Infoamerica, 2014; Wittezaele y García, 1994).

### 1.1.3.3. Postulados

Las ideas y nociones conceptuales de Bateson son fundamentales para entender la epistemología de la terapia sistémica y los diferentes niveles de intervención, a continuación se presentan algunos de los conceptos desarrollados por el autor. Sin embargo resulta complicado separarlos, pues para Bateson todo se relaciona con el todo, de modo que los conceptos se presentan de manera breve y relacionada.

*El Espíritu* es el reflejo de grandes y numerosas partes del mundo natural –los aspectos más complejos de la gente, los estéticos, los intrincados y los refinados– que están fuera del pensador. Al hablar de *estética*, se refiere a ser sensible la *pauta que conecta* como por ejemplo cuestionarse cómo nos relacionamos los humanos con otros seres vivos, en vez de segmentar de manera simplista, se identifican relaciones repetitivas y rítmicas en otros sistemas, es decir conexiones. De este modo el espíritu es un vacío, es ninguna-cosa, nada, y sólo existe en sus ideas, y también estas son nadas. Las ideas son lo único inmanente, materializado en sus ejemplos. Y los ejemplos son nuevamente nadas, por lo que una cosa no es la cosa en sí, sino lo que el espíritu hace de ella, un ejemplo de alguna cosa (Bateson, 1997).

Para comenzar a pensar en *la pauta que conecta*, Bateson sugiere considerarla primordialmente como una danza de partes interactuantes, y sólo secundariamente fijada por diversas clases de límites físicos y por límites que imponen de manera característica los organismos. Afirma que si el mundo está conectado, pensar acerca de historias es algo compartido por todos los espíritus o por todo el espíritu, pues pensamos mediante historias, que tienen que ver con el contexto, el cual

que no está del todo definido, por consiguiente es importante examinarlo; La noción del *contexto* se liga a otra noción tampoco del todo definida, la del *significado*. “*Desprovistas de contexto las palabras y las acciones carecen de todo significado*”. Esto es válido para la comunicación humana a través de las palabras, la organización, el pensamiento, el aprendizaje, la evolución y cualquier otra comunicación, de proceso mental y de espíritu. Es el contexto lo que fija el significado, y tiene que ser el contexto receptor lo que provee de significado a las instrucciones genéticas, pues “*nada puede provenir de la nada*”, sin *información* –conexión de distintos datos, o unidades de información “bit”, la pauta que conecta– ya que los mensajes dejan de serlo cuando nadie puede leerlos. Sin embargo la habilidad para responder a estos mensajes se genera en un proceso co-evolutivo paradójico, pues en el mundo de la organización y la información la *premisa* –naturaleza del marco contextual que dota de significados, o epistemología, es decir una forma de explicarse y construir la experiencia– “*nada puede provenir de la nada*” se encuentra con una contradicción en circunstancias en las que *cero*, la total ausencia de todo suceso indicador, puede ser un mensaje dentro de cierto contexto, y ser significativo. La capacidad del receptor para crear el contexto es su mitad de la co-evolución y debe hacerlo mediante el aprendizaje o mediante una incursión exitosa en lo aleatorio. De algún modo el receptor debe estar predispuesto para el descubrimiento apropiado cuando este se genera. Es así que toda comunicación exige un contexto, y los contextos confieren significado porque hay una clasificación de los contextos. En realidad existe una pauta de pautas de conexión (Bateson 1997; 1998).

La *Mente* es inmanente, compara respondiendo a la diferencia, procesa la información y actúa de manera autocorrectiva ya sea hacia el punto homeostático óptimo o hacia la optimización de ciertas variables. Cualquier conjunto operante de acontecimientos y objetos que posea la complejidad adecuada de circuitos causales y las relaciones de energía adecuadas mostrará con seguridad características mentales, las cuales son inmanentes o inherentes al sistema en cuanto a su totalidad (el hombre más el ambiente). En ningún sistema que muestre características mentales puede existir una parte que tenga control unilateral sobre la totalidad. De este modo para explicar o comprender el aspecto mental de cualquier acontecimiento biológico, tenemos que tomar en cuenta el sistema, es decir la red de circuitos cerrados dentro de los cuales está determinado ese acontecimiento biológico, pero cuando buscamos explicar la conducta del hombre o de cualquier otro organismo, este sistema por lo común no tendrá los mismos límites que el “*sí-mismo*” (Bateson, 1998); Lo que se transmite alrededor del circuito son

transformaciones de diferencias, una idea o unidad de información, a lo que Bateson llama *diferencia que hace una diferencia*. Toda percepción de información es forzosamente la recepción de noticias acerca de una diferencia, y toda percepción de diferencia está determinada y limitada por un umbral. Las diferencias demasiado pequeñas o presentadas demasiado lentamente, no son perceptibles y por lo tanto no pueden alimentar la percepción o generar información (Bateson, 1997).

La transformación de diferencias o cambio progresivo (*cismogénesis*, cambio direccional autocorrectivo a través de relaciones simétricas o complementarias) , se representa en el concepto de *aprendizaje* –un fenómeno comunicacional que denota un cambio, basados en la noción de un contexto repetible, es decir un proceso de discriminación y diferencia– el cual se ordena en niveles que van de lo más simple posible, el *protoaprendizaje* o aprendizaje memorístico simple, que se repite y evoluciona hasta convertirse en *deuteroaprendizaje*, es decir, hasta ser posible el aprender a aprender, el tomar decisiones. (Bateson, 1993).

Entre uno y otro polo, del protoaprendizaje al deuteroaprendizaje o metaaprendizaje, existen cuatro niveles u órdenes de aprendizaje, de manera que cada uno es un aprendizaje acerca del otro (Bateson, 1993).

A continuación se describen los niveles de Aprendizaje (Bateson, 1998):

- *Aprendizaje cero*: En este nivel no hay aprendizaje, sólo respuestas a los estímulos como reflejos. Las respuestas son azarosas o exploratorias y ya sean acertadas o equivocadas no están sujetas a corregirse.
- *Aprendizaje I*: Se trata de un aprendizaje por ensayo y error, el cual denota un cambio correctivo. En este nivel la elección de la respuesta no requiere de razonamiento y sólo existe un número limitado de opciones respuesta.
- *Aprendizaje II*: Se trata de un cambio en el proceso de aprendizaje I, este cambio permite corregir el conjunto de alternativas entre las cuales se elige, es decir un cambio en la manera de puntuar la secuencia de la experiencia o aprender a aprender. Hay un cambio en el uso de los *marcadores de contexto* - Señales o rótulos específicos que califican o

diferencian los contextos-. los cuales pueden ser digitales como por ejemplo palabras o señales analógicas como ciertos movimientos o alguna parte del contexto.

- *Aprendizaje III*: Es un cambio en el proceso de aprendizaje II. Se refiere a un cambio epistemológico, es decir un cambio que facilita y flexibiliza el aprendizaje, se diferencia del mero remplazo de premisas en el nivel de aprendizaje II, pues hace que las premisas no examinadas queden abiertas al cuestionamiento y el cambio. Se ocupa de los contextos y tiene lugar, por ejemplo en la conversión religiosa, la psicoterapia y otras secuencias donde tiene lugar una reorganización profunda del carácter.
- *Aprendizaje IV*: Para alcanzar este nivel se necesitan cambios a nivel filogenético y ontogenético, por lo tanto es difícil que se presente en algún organismo viviente.

Bateson retoma la *Teoría de los tipos lógicos* de Russel –que afirma que ninguna clase, en un discurso formal lógico o matemático puede ser miembro de sí misma– para explicar las relaciones tipológicas y jerarquías de nombres, clases y clases de clases, así como de proposiciones y mensajes, es decir habla de *mensajes*, de *metamensajes* y de *metametamensajes* para representar las relaciones dentro del sistema que se describe (Bateson, 1993). Hace referencia a la diferencia de niveles de abstracción en la comunicación, los cuales van del nivel denotativo, de enunciar y nombrar; al nivel metalingüístico y metacomunicativo. Por nivel *metalingüístico* Bateson se refiere a los mensajes implícitos y explícitos referentes al tema del lenguaje; a la *metacomunicación*, al hablar de la relación entre los hablantes. Para lograr el *nivel metacomunicativo*, se debe dejar de responder automáticamente a los estados afectivos de otro hasta lograr distinguir el signo en cuanto señal, es decir reconocer que las señales de otro individuo y sus propias señales son sólo señales, en las que se puede confiar o desconfiar, negar o corregir, etc. En dicho proceso la evolución de la comunicación se vincula con la relación mapa-territorio, de manera que el hecho de que un mensaje, cualquiera que sea su naturaleza, no consiste en los objetos que denota, por ejemplo la palabra gato, no nos puede rasguñar. Lo que sucede es que el lenguaje mantiene los objetos que denota, una relación comparable a la que existe entre un mapa y el territorio (Bateson, 1998).

### 1.1.4. Teoría de la Comunicación Humana

#### 1.1.4.1 Antecedentes

La teoría de la comunicación Humana tiene sus antecedentes en la epistemología Batesoniana y el trabajo realizado por el grupo de Palo Alto, conformado por Don Jackson, Janet Beavin, Jules Riskin, Virginia Satir, John Weakland, Jay Haley, bajo la dirección de Don Jackson, fundador del Mental Research Institute (MRI). (Bertrando y Toffanetti, 2004; Wittezaele y García, 1994).

Después de la separación de Bateson y el grupo de Palo Alto, es Paul Watzlawick quien continúa las investigaciones sobre comunicación y en 1967, publicó el libro de la *“Teoría de la Comunicación Humana”*, escrito en colaboración con Beavin y Don Jackson (1986). En esta obra los autores parten de la teoría del doble vínculo, describen el uso terapéutico de las paradojas pragmáticas de la comunicación, y dan una explicación interaccional de las técnicas, coherentes con sus premisas teóricas. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1986; Wittezaele y García, 1994).

#### 1.1.4.2. Representante

Paul Watzlawick nació en 1921 en Villach, una pequeña ciudad en Austria, procede de un medio modesto, su padre era empleado de un banco. Su educación básica fue muy tradicional, posteriormente estudió medicina interna, carrera que no concluyó debido a la guerra. Fue prisionero político, pero al escapar es recogido por los británicos. Al terminar la guerra entró a los servicios de policía criminal en Italia y estudió en la Universidad de lenguas modernas y filosofía, donde obtuvo el grado de doctor en 1949. El 1954, se formó como analista jungiano, intentó ejercer como terapeuta en Bombay, pero al no ser posible regresó a Europa y en 1957, se mudó a San Salvador para ejercer como psicoterapeuta en la Facultad de Medicina y Psicología hasta 1959, ya que deseaba incorporarse al ámbito de la investigación. Viajó a Filadelfia y colaboró en estudios de comunicación con Bray Birdwhistell y Albert Scheflen, quienes lo acercaron al trabajo de Bateson y el grupo de Palo Alto en California, es así en 1960, Watzlawick se incorporó al MRI, por invitación de Don Jackson.

Watzlawick se interesó apasionadamente por la epistemología batesoniana, leyó todos los escritos de Bateson sobre la comunicación y el doble vínculo para posteriormente realizar una síntesis y publicarla. Paul Watzlawick publicó en 1967 *“la Teoría de la Comunicación Humana”* como un homenaje a Gregory Bateson, sin embargo no lo recibió como tal y se negó a escribir el prólogo, pues no aprobó el manuscrito de Paul. Contrario a lo ocurrido con Bateson, para el resto del mundo, la obra es celebrada y considerada fundamental para la evolución posterior de la terapia familiar, pues consigue relacionar la teoría con la práctica (Wittezaele y García, 1994). Falleció el 31 de marzo del 2007 (Psicoterapia y Familia, 2007).

#### 1.1.4.3. Postulados

Watzlawick, Beavin y Jackson (1981) formularon los axiomas de la Comunicación Humana:

- *La imposibilidad de no comunicar.*

Toda conducta es comunicación, en otras palabras no hay no conducta, puesto que es imposible no comportarse. Se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje, ya que influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a esas comunicaciones.

- *Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación.*

Toda comunicación implica un compromiso y por ende, define la relación. En otras palabras, una comunicación no sólo transmite información sino al mismo tiempo, impone conductas. El aspecto referencial de un mensaje transmite información, es decir el contenido del mensaje. Puede decirse cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa. Por otro lado, el aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y por tanto a la relación entre los comunicantes.

- *La puntuación de la secuencia de los hechos.*

Se refiere a la interacción (intercambio de mensajes entre comunicantes). La puntuación organiza los hechos de la conducta y por ende resulta vital para las interacciones en marcha. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de los hechos es la causa de incontables



conflictos en las relaciones. De este modo, la naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.

- *Comunicación digital y analógica.*

Se refiere a los dos tipos de comunicación y destaca que los seres humanos se comunican digital y analógicamente. El lenguaje digital (lenguaje verbal) cuenta con una sintaxis lógica bastante compleja, pero carece de semántica; el lenguaje analógico (gestos, signos, dibujos), posee una semántica adecuada pero carece de sintaxis para lograr definir, de manera inequívoca, la naturaleza de las relaciones humanas.

- *Interacción simétrica y complementaria.*

Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o la diferencia. Este axioma se deriva directamente de los trabajos de Bateson sobre comunicación realizados en la comunidad Iatmul de Nueva Guinea, en éste Bateson denominó cismogénesis al proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos.

### **1.1.5. Constructivismo**

#### 1.1.5.1. Antecedentes

El constructivismo es una postura epistemológica, con raíces históricas en la filosofía antigua, como el solipsismo, que defendía que no existe realidad exterior, que todas las percepciones y vivencias humanas en el mundo, están sólo en la cabeza y sólo el yo existe. Para algunos Gianbattista Vico es el primer constructivista, pero también se consideran como precursores a Jean Piaget, George Kelly y Ernst Von Glasersfeld entre otros (Feixas y Villegas, 2000; Mahoney, Miller y Arciero 1997; Rodríguez, 2001).

La epistemología es una disciplina filosófica que trata de cómo conocemos lo que conocemos, por lo que frente a esta cuestión coexisten dos posturas: el objetivismo y el constructivismo. El constructivismo propone que el sujeto (el observador) construye el conocimiento del mundo exterior como fenómenos biológicos o seres vivos, es decir es una función del sistema nervioso

del observador y no de lo que es observado, por lo tanto la realidad –cosas u objetos que existen de modo independiente del observador–, puede ser percibida e interpretada de distintas formas. La idea de adquirir un conocimiento verdadero sobre la realidad desaparece; Mientras que para el objetivista la verdad es lo que nos manifiestan los sentidos (una representación directa en la mente) de la realidad, para el constructivista, los sentidos nos hacen sensibles a la experiencia, en la construcción de la cual nuestro sistema participa activamente; la realidad es percibida por medio de transformaciones (construcciones) determinadas por la estructura del sujeto (Feixas y Villegas, 2000; Maturana y Pöerksen, 2004; Segal, 1994).

#### 1.1.5.2. Representantes

Se identifica como principales representantes a Humberto Maturana y Francisco Varela, sin embargo el trabajo de Gregory Bateson, Paul Watzlawick y Heinz Von Foerster, también son considerados como constructivistas (Bertrando y Toffanetti, 2004; Foerster, 1991; Segal, 1994).

##### *Humberto Maturana Romecín*

Nació en Santiago, Chile, estudió medicina y biología en la Universidad de Chile, se adentró también en el campo de la anatomía y neurofisiología en el University College de Londres con una beca de la Fundación Rockefeller. Se doctoró en biología por la Universidad de Harvard (1958). Es académico de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Chile (Infoamérica, 2013).

Humberto Maturana ha sido considerado como un revolucionario en las ciencias con su teoría biológica del conocimiento, que afirma, entre muchas cosas, que no se puede hacer referencia a una realidad independiente del hombre (Maturana, 1992).

En 1994 se le otorga el Premio Nacional de Ciencias Naturales por su trabajo de investigación en el área de las Ciencias Biológicas, específicamente en el campo de la percepción visual en vertebrados y por sus planteamientos acerca de la teoría del conocimiento, con la cual estudia los temas de Educación, Comunicación y Ecología (Universidad de Chile, 2013).

*Francisco Varela*

Francisco Varela nació en 1946 y falleció en mayo del 2001. Fue Licenciado en Biología, egresado de la Facultad de Ciencias de la Universidad de Chile. Estudió también un Doctorado en Biología en la Universidad de Harvard.

Trabajó en campos como la neurobiología, teoría biológica, epistemología y especialmente en neurociencias cognitivas (Ojeda, 2001).

## 1.1.5.3. Objetivo

El constructivismo se basa en una epistemología que intenta comprender al observador, cuestionándose cómo conocemos aquello que conocemos, ¿cómo es que conocemos? ¿Cómo es que emergió esa creencia?. Expresa dudas acerca de la realidad, afirmando que no existen descubrimientos que sean independientes de los observadores y pone en tela de juicio a la objetividad (Bertrando y Toffanetti, 2004; Foerster, 1991; Segal, 1994).

## 1.1.5.4. Postulados

Los postulados teóricos del constructivismo son:

- Su postulado básico menciona que el ambiente tal y como lo percibimos es una invención nuestra. De esta forma nos encontramos con que el observador es el constructor de su realidad, la cual puede ser interpretada de distintas formas, por lo tanto nadie puede reclamar un acceso privilegiado a una verdad o realidad externa. (Feixas y Villegas, 2000; Foerster, 1990; Maturana y Pörksen, 2004).
- *Todo lo dicho es dicho por un observador.* El observador es la medida de todas las cosas, es la fuente de todo, sin él no hay nada. (Maturana y Varela, 2004; Foerster, 1991).
- Entiende el observar como una operación humana que requiere del lenguaje y presupone la conciencia del estar observando algo en ese momento (Maturana y Pörksen, 2004).
- La experiencia del observador, está determinada por su estructura individual y no por las características del estímulo exterior, no podemos separar nuestra historia de acciones biológicas y sociales de cómo nos aparece el mundo –*determinismo estructural*– (Feixas y Villegas, 2000; Maturana y Varela, 2003).

- El conocimiento, es evidencia de que cualquier alteración en la biología de nuestro sistema nervioso altera nuestras capacidades cognoscitivas y como seres biológicos no tenemos acceso a una realidad independiente de nuestro observar. (Maturana, 1993).
- No existe conocimiento verdadero de la realidad sino objetividad entre paréntesis, es decir se acepta que la existencia se produce por medio de las distinciones del observador, e implica que la existencia es constitutivamente dependiente del observador y niega el reduccionismo de los fenómenos (Maturana, 1990).
- Existe el *multiverso*, de modo que existen tantos dominios de distinción como tipos de operación distintos, que son igualmente válidos (Maturana, 1993; Méndez, Coddou y Maturana, 2004).
- Nosotros existimos como seres humanos en el lenguaje, pues representa una forma de convivencia y se vale de este, para describir nuestras explicaciones de una realidad o verdad (Maturana, 1993; Maturana y Pörksen, 2004).
- *Todo hacer es conocer y todo conocer es hacer.* Existe una circularidad, un encadenamiento entre acción y experiencia, una inseparabilidad entre ser de una manera particular y como el mundo aparece, por lo que todo acto de conocer trae un mundo a la mano (Maturana y Varela, 2003).
- Los fenómenos asociados a la percepción se entienden sólo si se entiende el operar del sistema nervioso como una red circular cerrada de correlaciones internas, y simultáneamente se entiende que la organización del ser vivo se explica a sí misma al verla como un operar circular cerrado de producción de componentes que producen la misma red de relaciones de componentes que los generaba *–autopoiesis–*. (Maturana y Varela, 2003).

De esta manera, los constructivistas proponen criterios de validez relativa a un sistema de conocimiento, bajo las cuales puede aceptar un conocimiento dado. La predicción científica derivadas del conocimiento no predice lo que sucederá en el mundo objetivo sino predice nuestra experiencia. Asimismo propone que no es necesario presuponer la preexistencia de un mundo externo para explicarlo. Cuando la experiencia es coherente y compartida por una comunidad de observadores se lo declara como conocimiento válido (Feixas y Villegas, 2000; Betrand y Toffanetti, 2004; Méndez, Coddou y Maturana, 2004).

### 1.1.6. Construccinismo Social

#### 1.1.6.1. Antecedentes

En la primera mitad del siglo XX, la psicología se basó en modelos de corte naturalista y experimental, englobados en el rubro de la modernidad, cuyo punto de partida es el siglo XVI y supone que todo lo dado se expresa en una realidad dual, cree en el progreso, en la razón, en la ciencia, en la técnica, y en el orden construido por los hombres, es una epistemología positivista que supone que existe una realidad separada del observador, susceptible de ser conocida de manera objetiva. Sin embargo en la segunda mitad del siglo, se disminuyó la presencia de esos modelos para dar paso a perspectivas englobadas en el rubro de la posmodernidad –postula que el conocimiento está construido socialmente, que la legitimación del conocimiento se logra a través de expertos en áreas específicas, y lo establecido se transmite a través del lenguaje; No existen realidades ni verdades y la legitimación que se logra puede no ser verdadera, pues se transforma con frecuencia. No hay teorías, ni leyes pues nuestra forma de ver las cosas cambia, por lo tanto nada puede ser permanente ni inmodificable–, entre las cuales se encuentran la orientación socioconstruccionista o teoría del construccionismo social, que se comenzó a delinear en el ámbito de la psicología social, durante la segunda mitad de los años ochenta, pero cobra relevancia hasta la década de los años noventa, en Estados Unidos (Gergen, 2006a; Limón, 2005; 2005a; Lyotard, 1993; Roa, 2001).

Se ha considerado al construccionismo social como una aproximación ecléctica por sus fuentes de inspiración, pues emergió como un intento de encontrar una metateoría que representara una alternativa válida frente al método empiricista de la ciencia (Limón, 2005). Tiene sus principales raíces en el pensamiento crítico –un intento de revisar nuestros propios sesgos, determinantes y supuestos–, ya sea social, cultural, político o lingüístico (Pakman, 1994).

El construccionismo social como teoría de construcción del conocimiento deviene de posiciones basadas en el “contexto de descubrimiento”, esto es, en el espacio donde el científico elabora el saber, espacio que no es otro sino el contexto sociocultural donde se crean y construyen las ideas. Se trata de una tesis kuhniana de producción del conocimiento, en la cual el elemento social juega

un papel importante en los períodos de “ciencia normal y de “revoluciones científicas” (Sánchez, 2003).

El posestructuralismo de Jacques Derrida, Julia Kristeva, Roland Barthes, Gilles Deleuze, Félix Guattari y Michel Foucault, jugó un papel importante para el desarrollo del construccionismo. Dicho movimiento considera que todo conocimiento es textual, lo que significa que el conocimiento no estará compuesto sólo de conceptos si no de palabras, y las palabras pueden sugerir distintos significados. Bajo este marco epistemológico Derrida hizo una propuesta que pone en tela de juicio toda la filosofía occidental –orientada en el estructuralismo, cuya atención se dirige hacia el modelo en que las representaciones lingüísticas están influidas por estructuras y fuerzas distintas al mundo representado y buscan ir más allá de la superficie de la expresión lingüística para descubrir el sistema generativo o la estructura interior (Gergen, 1996)– a la que denominó “deconstrucción” que se refiere a una lectura que apunta a la descentralización, es decir a desenmascarar la naturaleza controvertible de todo centro –verdades, punto fijo, origen, esencia, Dios, que garantiza todo significado–, ya que el pensamiento basado en centros excluye y margina a otros. De este modo sólo se puede acceder a la realidad por medio de conceptos, códigos y categorías; La mente humana forma pares conceptuales opuestos en el que uno tiene prioridad y margina el otro, por lo que la deconstrucción es una táctica para descentrar una manera de abordar la lectura que ante todo nos permite abordar la centralidad del componente central. Luego intenta subvertirlo para que la parte marginada pase a ser central y temporalmente elimine la jerarquía. Dicha etapa de subversión no se debe omitir ni neutralizar demasiado rápido pues es un estado necesario para subvertir la jerarquía original, de modo tal, que el primer componente pase a ser el segundo pero con el tiempo se cae en cuenta de que la nueva jerarquía es también inestable y se entra a un juego libre de los opuestos, dejando la jerarquía de lado y advirtiendo que ambas lecturas como muchas otras son igualmente posibles; De acuerdo con Derrida todo el lenguaje y todos los textos son así cuando se les deconstruye, como lo es el pensamiento humano que siempre está compuesto de lenguaje, es decir se da un juego libre que genera posibilidades y limita la tendencia hacia lo fijo, la institucionalización, la centralización y el totalitarismo, en el que cada construcción parece estar por momentos en el presente, la cual surgió de una previa que ya se está desvaneciendo y da paso a una construcción futura (Powell, 2004).

Derrida hace una analogía de la deconstrucción con el habla y la escritura. Señala que el pensamiento occidental favorece el habla oral sobre la escritura o palabra escrita, a lo que llamó logocentrismo, considera a la voz como la verdad, la palabra, la expresión de una causa u origen central, original y absoluto (Powell, 2004). Este carácter no representativo del lenguaje se enfoca en el análisis del texto escrito, estacionado e inmóvil como texto. Metáfora útil que destaca que un texto nos llega deconstruido y que nunca podremos llegar a conocer lo que quiso decir el autor original, pues sólo podríamos llegar a tener una interpretación contemporánea de acuerdo con las reglas gramaticales y condiciones culturales en las que estuviera inmerso el lector, pues es el lector el que interpreta su contenido, de acuerdo a las condiciones sociales y culturales existentes en el momento de su escritura (Limón, 2012); La teoría deconstructiva extiende el foco de análisis del analista social, incluyendo los gremios literarios, y se habla de una construcción textual de lo social que abre nuevos panoramas a las ciencias humanas en términos tanto de teoría como de las diversas formas de trabajo práctico, como lo son la intervención, terapia y trabajo comunitario. (Gergen, 1996).

#### 1.1.6.2. Representantes

Entre los autores que destacan se puede nombrar a Kenneth Gergen, Tomás Ibañez, John Searle, Rom Harré, John Shotter, entre otros (Limón, 2005).

Sin embargo Kenneth Gergen, ha sido considerado el motor principal para el desarrollo del enfoque constructorista y promotor principal de su acercamiento a la psicoterapia, con su participación en publicaciones, congresos y talleres en los escenarios de la terapia familiar.

Kenneth J. Gergen, es profesor de Psicología en Swarthmore College en las inmediaciones de Filadelfia. Autor de *“el yo saturado”*, *“la teoría como construcción social”*, *“construir la realidad, realidades y relaciones”*, entre otras (Gergen, 2006a; McNamee y Gergen, 1996).

### 1.1.6.3. Objetivos

El construccionismo social, buscó desde sus inicios distanciarse de las interpretaciones cognoscitivas y biologicistas de la psicología, además de presentar un frente común en contra de las posturas positivistas dominantes (Limón, 2005).

El construccionismo social se enfoca en las relaciones sociales entre personas y las normas culturales y sociales que las moldean (Payne 2002), trata de ver los problemas de las personas como construcciones sociales características de un momento histórico y de una particular forma de pensar, tanto de los pacientes como de los terapeutas. (Trujano y Limón en prensa, citado en Limón, 2005).

### 1.1.6.4. Supuestos teóricos

De acuerdo con Gergen (1996), los supuestos que a continuación se exponen dan cuenta de la esencia, componentes y características de la perspectiva construccionista social del conocimiento:

1. *Los términos con los que damos cuenta del mundo y de nosotros mismos no están dictados por los objetos estipulados de este tipo de exposiciones.* Este supuesto aprovecha el análisis semiótico y de crítica textual que demuestran cómo los diferentes modos de dar cuenta de los mundos y las personas dependen, en cuanto a su Inteligibilidad e impacto, de la confluencia de los tropos literarios que lo constituyen. Se forma además del análisis centrado en las condiciones sociales y procesos en la ciencia que privilegian determinadas interpretaciones sobre otras. En su forma más radical propone que no hay limitaciones asentadas en principios en cuanto a nuestra caracterización de los estados de las cosas.
2. *Los términos y las formas por medio de las que conseguimos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambio situados histórica y culturalmente y que se dan entre personas.* Para los construccionistas, las descripciones y las explicaciones, ni se derivan del mundo tal como es, ni son el resultado inexorable y final de las propensiones genéticas o estructurales internas al individuo. Las palabras adquieren significado sólo en el contexto de las relaciones actualmente vigentes. Refieren también que las comprensiones se sedimentan culturalmente y son los elementos que constituyen el orden que se da por sentado.



3. *El grado en el que un dar cuenta del mundo o del yo se sostiene a través del tiempo, no depende de la validez objetiva de la exposición sino de las vicisitudes del proceso social.* Es decir las exposiciones del mundo y del yo pueden sostenerse con independencia de las perturbaciones del mundo que están destinadas a describir o explicar. De manera similar, puede que sean abandonadas sin tener en cuenta aquello que se considera como rasgos perdurables del mundo. Afirma que la metodología no proporciona una garantía trascendente o libre de las ataduras contextuales para atestiguar que determinadas descripciones y explicaciones son superiores “más objetivas o más ciertas” a otras. Esto equivale a abrir puertas a voces alternativas en el seno de la cultura, voces menospreciadas durante mucho tiempo por su falta de ontología, epistemología y metodologías subsidiarias aceptables. Este tipo de voces ya no son acalladas a falta de datos necesarios.
4. *La significación del lenguaje en los asuntos humanos se deriva del modo como funciona dentro de las pautas de relación.* En el enfoque del lenguaje como adecuación o correspondencia, las proposiciones, no derivan su sentido de su relación determinante con un mundo de referentes. En estos términos el construccionismo social es un compañero compatible para la concepción Wittgensteniana del significado como un derivado del uso social, es decir los términos adquieren significados gracias a su función en el seno de un conjunto de reglas circunscritas. Este enfoque del significado como algo que deriva de intercambios microsociales incrustados en el seno de amplias pautas de vida cultural presta al construccionismo, atención al modo en que los lenguajes, incluyendo las teorías científicas, se utilizan en la cultura.
5. *Estimar las formas existentes de discurso consiste en evaluar las pautas de vida cultural; tal evaluación hace eco de otros enclaves culturales.* Se estimula la evaluación crítica de las diversas inteligibilidades desde posiciones exteriores, explorando así el impacto de estas inteligibilidades en las formas más amplias de vida cultural. Con ello no se privilegia la evaluación por encima de las inteligibilidades y las prácticas en cuestión, se abre la puerta para un entretejimiento más completo de comunidades dispares de significados.

El construccionismo trata de una deliberación en grupo y la creación de un sentido a través de un proceso de colaboración que defiende la importancia de la conversación para desarrollar un sentido de identidad y voz interna. A diferencia de otras propuestas teóricas, no trata de eliminar ideas y prácticas existentes sino de extender aquello que es accesible al género humano, pues

considera que los conceptos y las ideas son producto del intercambio social, a través del lenguaje, discurso o conversación. Asimismo invita a considerar los límites de las tradiciones, a extender nuestro diálogo y a enriquecer nuestras maneras de trabajo práctico, de modo que se inscriban en una perspectiva relacional. (Gergen, 2006; McNamee y Gergen, 1996).

## **1.2. Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna:**

Los modelos y aproximaciones terapéuticas de la terapia familiar sistémica y posmoderna, se ubican en el marco de la modernidad y posmodernidad:

El modernismo, es una visión del mundo, una ideología global y un conjunto de prácticas culturales que extraen la mayoría de sus metáforas del pensamiento occidental del siglo XVI y XVII, cuya tendencia es explorar la conciencia, ver hasta dónde llega su campo, su riqueza íntima y su fuerza constructiva; Supone que todo lo dado se expresa en una realidad dual, separa sujeto y objeto, alma y cuerpo, supraestructura e infraestructura, conciencia e inconsciente, interioridad y exterioridad, siendo todo susceptible de ser conocido, pero con perseverantes esfuerzos de profundización de la realidad, producto de las creaciones mentales del hombre; El conocimiento se basaba en la experimentación, predominando el modelo *hipotético deductivo* y una pregunta frecuente, el *por qué*; El lenguaje es útil para validar la información, se utilizan los relatos para divulgar el conocimiento que es aceptado por la sociedad a través de teorías (Gergen, 2006; Lyotard; Roa, 2001). Es bajo este marco que a finales de los años cuarenta surge la terapia familiar sistémica, en el que la unidad de análisis es el sistema familiar y no el individuo, basadas en la cibernética y la teoría general de sistemas, para posteriormente integrar otros elementos teóricos como la epistemología batesoniana, la teoría de la comunicación humana, hasta emigrar a aproximaciones teóricas como el constructivismo y construcción social, acercándose a una epistemología cibernética y posturas posmodernas que incluyen al observador como parte del proceso terapéutico.

La posmodernidad es una postura teórica que se muestra escéptica sobre la validez universal de los componentes narrativos singulares o versiones teóricas de cada situación humana, es decir ya no se cree en “*verdades, ni realidades*”, la *legitimación* que se logra puede no ser verdadera, pues

se transforma con frecuencia, no hay teorías, ni leyes, argumenta que nuestra forma de ver las cosas cambia, por lo tanto nada puede ser permanente ni inmodificable. De manera que se pone en tela de juicio la supremacía de la ciencia, se cuestiona la teoría de la correspondencia según la cual el lenguaje es un reflejo del mundo exterior, y se cree que la realidad depende de los relatos y de las interpretaciones, ya que la posmodernidad se alimenta en gran medida del construccionismo social (Betrando y Toffaneti, 2004; Hoffman, 1996; Lyotard, 1993).

A continuación se presentan cada uno de los modelos teóricos revisados durante la residencia. En primera instancia se describen los modelos de intervención basados en una epistemología moderna, cuyos puntos en común son: 1) consideran que el desarrollo de los terapeutas se da en fases, 2) se enfatiza la adquisición de habilidades terapéuticas específicas como resultado de la supervisión, 3) consideran que es necesario un proceso de terapia personal como requisito para el proceso de entrenamiento y supervisión, y 4) se ve al supervisado como un aprendiz (Tarragona, 1999).

El modelo estructural, el modelo estratégico, el modelo de terapia breve centrada en los problemas, la terapia breve orientada a las soluciones y el Modelo de Milán, son algunos de los modelos de la terapia familiar sistémica.

### **1.2.1 Modelo Estructural**

#### **1.2.1.1. Antecedentes**

El modelo estructural de terapia familiar fue desarrollado en la segunda mitad del siglo veinte por Salvador Minuchin, con el fin de brindar una respuesta al concepto de hombre como parte de su medio (Minuchin, 1985).

Minuchin realizó su trabajo inicial en la Philadelphia Child Guidance Clinic en Estados Unidos, junto con Haley y Montalvo. En 1965 Minuchin tomó el cargo como director de esta clínica, es ahí donde también diseñó programas de entrenamiento para terapeutas y personas no profesionales que trabajaban con poblaciones de comunidades marginadas (Desatnik, 2004).

En 1970 comenzó a colaborar con el Philadelphia Child Hospital, donde Minuchin desarrolló un proyecto de investigación que se centraba en niños “diabéticos frágiles” pero también incluía a anoréxicos, asmáticos y sus familias. Más tarde se amplió para abarcar problemas de la anemia falciforme, la colitis ulcerosa y otros trastornos psicósomáticos. Minuchin y sus colaboradores encontraron una correlación entre ciertas características familiares (fusión, exceso de protección, dificultades para resolver conflictos) y particular vulnerabilidad en el paciente diabético. Resultados similares se encontraron en el caso del asma psicósomática y también en el caso de anorexia nerviosa. El éxito de Minuchin en este ámbito, logró captar la atención de los terapeutas hacia el modelo estructural, pues proporcionó pruebas físicas de la eficacia de la terapia familiar. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Minuchin y Nichols, 1994).

Minuchin consideraba que al tratar a los niños y sus familias no sólo estaba obligado a escuchar sino también a mirar códigos invisibles y señales compartidas que parecían movilizar a algunos de los miembros de la familia para que respondieran de una manera pautada. Empezaron a predecir esos hechos y a descubrir una estructura subyacente que regía las pautas de funcionamiento familiar, sin embargo no existían modelos, ni literatura en los cuales basarse y sólo contaban con hipótesis de trabajo. Pensaron en ver si las relaciones entre los miembros de la familia cambiaban en diferentes contextos y crearon una entrevista en tres etapas en la cual los terapeutas se veían con las familias en distintos agrupamientos. Primero entrevistaban a toda la familia, después un terapeuta se reunía con la madre o con ambos padres, y otro con los hijos. A continuación la familia y los terapeutas se reagrupaban. Cada sesión era observada por otros dos miembros del equipo que después informaban y proporcionaban una profundización de las interacciones familiares, y también del modo en como los terapeutas interactuaban con la familia.” A partir de sus observaciones elaboraron una teoría que partió de un análisis sociológico y antropológico de la vida de familias con bajos recursos económicos en distintas culturas, encontrando en común, la tendencia a pasar a la acción, el estilo de comunicación y el número limitado de roles, todas estas características ligadas al plano social y no a características étnicas o culturales. En vez de orden, reglas e intimidad, estas familias mostraban roles mal definidos (Minuchin y Nichols, 1994).

De este modo, Minuchin publicó su primera formulación sistémica en 1972 en un artículo llamado “*Structural family therapy*” y culminó su obra con la publicación en 1974, de “*Familias y Terapia Familiar*”. En 1975 abandonó el cargo de director de la clínica y una vez nombrado director del

centro de formación trabaja en este, hasta 1981. Resume su trabajo junto con Fishman en el libro *“Técnicas de terapia familiar”*. (Bertrando y Toffanetti, 2004).

#### 1.2.1.2. Representante del modelo

Salvador Minuchin nació en una familia de judíos rusos que emigraron a Argentina en 1905, vivió sus primeros años en un enclave cercado por el antisemitismo (Bertrando y Toffanetti, 2004). Creció dividido, internalizando los prejuicios de la mayoría argentina y luchando contra la injusticia. Fue el mayor de tres hermanos por lo que considera que la jerarquía y la interdependencia fueron fundamentales para su crecimiento (Minuchin y Nichols, 1994).

Durante su estancia en la secundaria ya pensaba en ayudar a los delincuentes debido a la influencia de su profesor de Psicología, quien lo acercó a las ideas de Rousseau y se vio identificado con la idea de defender a las víctimas de la sociedad, decidiendo entonces que sería abogado, ya que en esa época la Psicología en Argentina se consideraba como una carrera de mujeres. Finalmente a los dieciocho años se incorporó a la Universidad y decidió estudiar Medicina (Minuchin y Nichols, 1994).

En 1944 se rebeló como estudiante contra el dictador argentino Juan Perón, siendo encarcelado, aislado durante tres meses y posteriormente expulsado de la Universidad. En 1946 terminó sus estudios de Medicina e inició una residencia en pediatría con psicología médica como subespecialidad. En 1948, se fue a Israel y lo nombraron médico de una unidad de élite del ejército para el cual trabajó durante 18 meses. En 1950 terminó la guerra y emigró a Estados Unidos para estudiar psiquiatría con el propósito de volver a Israel como psiquiatra infantil. Fue admitido para estudiar con Bruno Betelheim, pero al llegar a Nueva York, se quedó en ese lugar e inició su preparación simultáneamente en el Bellevue Hospital trabajando con niños psicóticos bajo la supervisión de Laureta Bender y como becario de psiquiatría infantil en el Jewish Board of Guardians, vivía y trabajaba en su centro residencial. Se casó en 1951 con la psiquiatra infantil Patricia Minuchin y juntos emigraron a Israel, donde fue codirector de cinco instituciones para niños perturbados. Entre 1954 y 1958 regresó a Estados Unidos, realizó un entrenamiento psicoanalítico en el Instituto de Psicoanálisis William Alason en la ciudad de Nueva York. Durante su formación comenzó a trabajar con delincuentes juveniles en la escuela para varones Wiltwyck, a través de la terapia individual y familiar, donde lentamente prevalecieron sus experiencias en

terapia familiar, pues las terapias tradicionales tuvieron poco efecto. Formó un equipo con el fin de convertir la escuela en un programa terapéutico orientado a la familia y contrató a otro terapeuta latino, llamado Braulio Montalvo. Dicho trabajo se centró en la relación, la distancia y la proximidad, las coaliciones y las alianzas, lo cual culminó en la obra colectiva “*Families of the slums*” considerada como el agente más poderoso en la orientación de Minuchin, pues más tarde se convertiría en la *Terapia Estructural de la Familia*. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Minuchin y Nichols, 1994).

### 1.2.1.3. Supuestos teóricos

La Terapia estructural es un modelo sistémico, ya que su marco conceptual está basado en el principio general de los sistemas, en donde la familia es considerada como un sistema formado por la agrupación de subsistemas que interactúan como un todo (Hoffman, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La visión sistémica estructural permite la exploración de las interacciones, se concentra en el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas. (Desatnik, 2004).

Se fundamenta en el concepto de «estructura», que alude al conjunto de demandas de los miembros de una familia, reflejo de los procesos de interacción familiar en un momento dado, por lo cual uno de sus postulados es que el síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar a permanecer en el *status quo*. (Ochoa de Alda, 2004).

La terapia estructural debe partir de un modelo de “normalidad” que le permita medir las dificultades en la dinámica familiar, sin embargo cuando Minuchin habla de la familia “normal” no se refiere a la ausencia de problemas, sino a un marco de referencia para la identificación de las problemáticas presentadas, por lo que el terapeuta debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar que le ayude analizar una familia. Un esquema basado en la concepción de la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales, tiene tres componentes. 1) La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación; 2) La familia muestra desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración; 3) La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo tal, que mantiene continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro. La

familia debe enfrentar el desafío de cambios internos y externos, al mismo tiempo que debe mantener su continuidad, apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adapta a una sociedad en transición. En este sentido, las funciones de la familia cumplen con dos objetivos distintos: 1) Interno. La protección psico-social de sus miembros, y 2) Externo. La acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura (Minuchin, 1985).

En la terapia familiar estructural, se reconoce y acepta la interacción del terapeuta en el sistema familiar para motivar el cambio, convirtiendo al sistema familiar en un sistema “familia-terapeuta” (Hoffman, 2004; Minuchin, 1985; Sánchez Y Gutiérrez, 2000).

Los terapeutas estructurales familiares reconocen explícitamente la transacción del ciclo de vida de la familia, como causante de la disfunción, estos cambios son evolutivos y pueden desajustar la estabilidad familiar. El terapeuta debe atender al momento evolutivo familiar y comprobar si las tareas, interacciones, límites y jerarquías, corresponden a los requisitos del nuevo estadio enfatizando la distribución del poder y la flexibilidad en familias (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Es así que el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema: 1) Una transformación de la estructura familiar, permite al menos una posibilidad de cambio. 2) El sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. 3) El sistema de la familia tiene propiedades de autoperpetuación (Minuchin, 1985).

Algunos conceptos relevantes en la práctica de la terapia estructural son:

#### *Estructura familiar*

La terapia estructural se fundamenta en el concepto de «estructura», que alude al conjunto invisible de demandas funcionales de los miembros de una familia, reflejo de los procesos de la interacción familiar en un momento dado. (Minuchin, 1985; Ochoa de Alda, 2004); Minuchin propuso el término “estructura familiar” para indicar las restricciones funcionales, siendo influenciado por su formación como médico, sin embargo ha lamentado que la palabra «estructura» se preste a una interpretación diferente, que implica un estado fijo. Posteriormente contempló que una metáfora fisiológica, como la del mantenimiento de la temperatura corporal, sería más apropiada porque indicaría la flexibilidad ante los cambios, pues las estructuras familiares son conservadoras pero modificables (Minuchin y Nichols, 1994).

### *Ciclo vital familiar*

Otro concepto acorde con los antecedentes de Minuchin era la idea del desarrollo familiar. Pues como psiquiatría infantil para él era obvio que las familias podían verse como organismos que evolucionan a través de diversas etapas de desarrollo. Cada etapa presenta nuevas exigencias; estas obligan a los miembros de la familia que crecen o envejecen a acomodarse a las nuevas necesidades, y las circunstancias. Como las familias son conservadoras, su respuesta natural a los cambios evolutivos es insistir en lo habitual. La tarea de la terapia familiar consiste a menudo en ayudar a la familia a readaptarse a las situaciones cambiantes (Minuchin y Nichols, 1994).

### *Subsistemas o Holones*

Los *subsistemas* permiten diferenciar el sistema familiar, están formados por generación, género, interés y función. Los principales son: *el subsistema conyugal*, se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención de construir una familia; sus principales características deben ser la complementariedad y la acomodación. Los adultos deben poseer un territorio psicosocial propio, un sostén emocional; *el subsistema parental*. Inicia con la llegada del primer hijo, su tarea será la de protección al hijo sin descuidar sus necesidades como cónyuges, se debe trazar un límite que permita el acceso al niño a ambos padres pero al mismo tiempo lo excluya del subsistema conyugal. Los niños necesitan alimentación, guía y control, por lo que la autoridad será fundamental, si ésta no existe no se podrán ejecutar dichas tareas; *Subsistema fraterno*. Es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales, en el se aprende a negociar, cooperar y competir, por lo que las posiciones que ellos establezcan en ese núcleo serán significativas en el desarrollo posterior de sus vidas (Minuchin, 1985).

### *Límites o frontera.*

Están constituidos por interacciones gobernadas por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera. Su función es proteger la diferenciación del sistema, para que el funcionamiento familiar sea adecuado, éstos deben ser definidos con precisión, ser claros, deben permitir el contacto entre subsistemas y otros sistemas, regulando el flujo de información y energía que un sistema vivo requiere para mantener el equilibrio en su contexto. (Desatnik, 2004; Umbarguer, 1983).



### *Jerarquía*

Se refiere a la posición que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, marca subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro. Define la función del poder y sus estructuras en las familias (Desatnik, 2004).

### *Alianzas y coaliciones*

Las *alianzas* designan una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema; las *coaliciones* se presentan cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema; generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero (Desatnik, 2004). Ambas permiten al terapeuta formar un mapa familiar que pone de manifiesto su funcionamiento y los modos en que los miembros de la familia se agrupan en la resolución de conflictos (Minuchin y Fishman, 2006).

### *Triángulos*

Tiene como función equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas; una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia a un tercero (Desatnik, 2004).

#### 1.2.1.4. Objetivo

Las metas terapéuticas se dirigen a disminuir o hacer desaparecer los síntomas del paciente identificado, así como aumentar la flexibilidad de la estructura subyacente y la cosmovisión familiar, para funcionar de manera más eficaz. (Hoffman, 2004; Minuchin y Nichols, 1994; Ochoa de Alda, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La tarea de la terapia consiste a menudo en ayudar a la familia a readaptarse a las circunstancias cambiantes, desarrollando sus propios recursos para enfrentar con éxito las exigencias de la etapa del ciclo vital evolutivo que está atravesando (Minuchin y Nichols, 1994; Ochoa de Alda, 2004). Es importante que el terapeuta note el ángulo de desviación entre él y la familia que acude a él (Hoffman, 2004).

La terapia estructural familiar es una terapia de acción. La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado, pues el pasado se manifiesta en la organización y funcionamiento actual. El objetivo de las intervenciones en el presente es el sistema familiar, por lo que el terapeuta se une al sistema, utiliza a su persona para transformarlo, pero no con el objetivo de educarla sino para modificar su funcionamiento y la familia desarrolle sus tareas con mayor eficacia (Minuchin, 1985).

#### 1.2.1.5. Técnicas

Minuchin y Fishman (2006), refieren que el abordaje estructural considera a la familia como un organismo, un sistema complejo con dificultades en su funcionamiento. El terapeuta quebranta la homeostasis existente, produciendo crisis que empujan al sistema a elaborar una mejor organización. Las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar a la familia mediante el cuestionamiento de su organización.

Existen tres estrategias principales de terapia estructural de la familia, y cada una dispone de un grupo de técnicas. Las tres estrategias son: cuestionar el síntoma, cuestionar la estructura de la familia y cuestionar la realidad familiar.

- Cuestionamiento del síntoma

Las familias que acuden a terapia por lo común han individualizado el síntoma y consideran a uno de sus miembros como la fuente del problema, pero el terapeuta ingresa a la situación terapéutica con el supuesto de que la familia se equivoca, es decir que el problema no reside en el paciente individualizado sino en ciertas pautas de interacción de la familia. De este modo la tarea del terapeuta, es cuestionar la definición que la familia tiene del problema y el objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes. Las técnicas disponibles en la estrategia de *reencuadre* son la escenificación, el enfoque y la intensidad.

- a) *Escenificación*. La escenificación es la técnica por la cual el terapeuta pide a la familia que dance en su presencia. Así construye una secuencia interpersonal en la sesión, en que se ponen en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia. Se produce en el contexto de la sesión, en el presente y en relación con el terapeuta.

- b) *Enfoque*. En esta técnica el terapeuta selecciona y pone de relieve un aspecto de la interacción familiar y los organiza de manera acorde con las estrategias y objetivos terapéuticos.
  - c) *Intensidad*. Es una técnica utilizada para intervenir de manera que la familia registre el mensaje, que sea reconocido en su importancia.
- Cuestionamiento de la estructura familiar

La concepción que los miembros de la familia tienen del mundo depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes holones familiares. Aumentar o disminuir la proximidad entre los miembros de holones significativos, puede dar lugar a diferentes modos de sentir, pensar y actuar, que hasta entonces habían sido inhibidos por la participación en el subsistema. Los sectores disfuncionales de la familia a menudo se deben a una alianza excesiva o escasa; La terapia sirve para verificar la proximidad y la distancia. El terapeuta puede desplazar su posición y trabajar en subsistemas diferentes, cuestionando la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y de sus funciones. Las técnicas disponibles en la estrategia de *reestructuración* son la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la complementariedad.

- a) *Fronteras*. En esta técnica el terapeuta se propone modificar las afiliaciones de los miembros de la familia a los distintos subsistemas o la distancia entre los subsistemas y regulan la permeabilidad en los mismos.
  - b) *Desequilibramiento*. La técnica permite modificar las jerarquías de personas dentro de un subsistema.
  - c) *Complementariedad*. Esta técnica se dirige a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia y cuestiona la idea de jerarquía lineal. Considera el sí-mismo como un todo y al mismo tiempo como parte de un todo.
- Cuestionamiento de la realidad familiar

Los pacientes acuden a terapia porque la realidad que han construido es percibida como no viable, por lo tanto todas las variedades de terapia se basan en el cuestionamiento de esos constructos. La terapia parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada y contienen esta modalidad de experiencia, por lo tanto es preciso elaborar

nuevas modalidades de interacción de tal manera que permita modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia. Las técnicas utilizadas en la estrategia de construcción de la realidad son, los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y lados fuertes de la familia.

- a) *Constructos cognitivos*. La técnica de constructos cognitivos permite dar una visión más amplia y plural de la realidad de la familia, utilizando símbolos universales, verdades familiares o el consejo profesional.
- b) *Paradoja*. La técnica se trata de una redefinición sistémica ante la resistencia familiar al cambio en la parte del sistema que el síntoma regula, para evitar una lucha de poder entre la familia y el terapeuta. Genera una crisis de percepción y a consecuencia de esta la familia encuentra cada vez más difícil regularse por medio de un síntoma y empieza hacerlo de manera diferente.
- c) *Lados fuertes*. La técnica pretende resaltar los recursos y logros de la familia o de algunos de sus miembros, para favorecer su desarrollo y el cambio.

#### 1.2.1.6. Consideraciones finales

El modelo estructural resulta útil en la práctica terapéutica en México, pues tal como Hoffman (2004) plantea, es un modelo lo suficientemente flexible y por lo tanto permite incluir las diversas formas en que pueden organizarse las estructuras familiares, ya sean familias con bajos recursos económicos o de distintas etnias, pues respeta sus costumbres hasta un punto en que funcionan para el bienestar de los miembros de estas familias.

La tipología de familias de Minuchin está basada en familias americanas, sin embargo se pueden encontrar similitudes con las poblaciones mexicanas ya que algunas de las familias que acuden a los centros comunitarios de la UNAM son de bajos recursos, es decir en condiciones similares a las poblaciones con las que él trabajó. El modelo también es aplicable en las familias mexicanas en lo que respecta al cuestionamiento de la estructura familiar en poblaciones vulnerables (familias con adolescentes en conflicto con la ley, familias migrantes y familias con miembros con alguna enfermedad crónica o discapacidad). Sin embargo considero que es importante ajustar, contemplar y ampliar la propuesta de modelo con las configuraciones familiares actuales.

Por otro lado las técnicas que brinda el modelo son muy bondadosas cuando un terapeuta familiar inicia su formación, pues permiten que el terapeuta haga uso de las técnicas con las cuales se sienta cómodo, lo cual brinda más posibilidades de tener una intervención “exitosa”, es decir no tener que forzar las intervenciones hacia un estilo determinado. Sin embargo creo que aunque Minuchin propone las diferentes posiciones en que puede coparticipar el terapeuta, en la mayoría de las intervenciones mantiene una posición de experto siendo así su trabajo muy directivo y tal vez pueda limitarlo en cuanto a conocer la realidad experimentada por el sistema, aunque cabe notar que esto también le produce ventajas, pues evita ser absorbido por el sistema y responder a las demandas del *status quo* de la familia.

Por último estoy de acuerdo con Hoffman (2004) en que el enfoque de Minuchin parece sencillo, pero es difícil de enseñar pues trabaja con comportamientos analógicos, por lo que es necesario ver a muchas familias antes de empezar a reconocer las pautas invisibles que un experimentado terapeuta estructural reconoce a primera vista.

### 1.2.2 Modelo Estratégico

#### 1.2.2.1. Antecedentes

El modelo estratégico deriva de la terapia ericksoniana, es decir de las teorías de Milton Erickson, quien es considerado el pionero en el uso del sistema de creencias y recursos internos del paciente, ya que él consideraba a la hipnosis como un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas que facilita y promueve el contacto con los recursos naturales que cada individuo posee para prevenir, enfrentar y resolver situaciones problemáticas en la vida cotidiana. Esta comunicación e intercambio se logra a través del trance hipnótico –estado alterado de conciencia–, que permite a la persona ponerse en contacto consigo misma sin perder la conciencia y su estado de alerta, participando de forma activa en su proceso terapéutico (González, 2004).

Milton Erickson influyó en las actividades de Jay Haley como terapeuta, ya que en 1953 Bateson le encomendó entrevistarle, es a partir de ese acercamiento, que considera a Erickson como el maestro del enfoque estratégico en terapia y una guía en la terapia que él adoptó, pues refiere que esta deriva de las enseñanzas y consultas que realizó con mentor durante años, incluso es

Haley quien se vuelve el primer divulgador de las técnicas de Erickson. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Haley, 1983; Haley, 2008; Wittezaele y García, 1994).

En 1963 las ideas de Haley sobre la interpretación de cada terapia en términos estratégicos son publicadas en la obra *“Estrategias en Psicoterapia”*, donde utiliza por primera vez el término *“terapia breve”*. El libro *“Terapia no convencional”* constituyó para Haley la obra más importante de su carrera, pues en esta acuñó el término estratégico y surgió un modelo basado en las técnicas hipnóticas, es decir define la terapia estratégica por primera vez. En 1976 publicó *“Terapia para resolver problemas”* en donde da un gran salto, sus ideas difieren en gran medida en lo propuesto en Terapia no convencional, pues fue escrito en su estancia en Filadelfia, trabajando junto a Minuchin y Montalvo, por lo tanto esta obra presentó una gran influencia del modelo estructural (jerárquico); Haley también colaboró con Cloé Madanes en el desarrollo de conceptos sobre formación; Para Haley la terapia es un rastreo de la secuencia en la evaluación del problema y un cambio paso a paso en la forma en que la familia está organizada, pasando así de una organización anormal a otra, antes de lograr finalmente una organización más normal (Bertrando y Toffanetti, 2004; Haley, 2008; Hoffman, 2004; Wittezaele y García, 1994 ).

#### 1.2.2.2. Principales representantes

Los principales representantes de este modelo son Jay Haley y Cloé Madanes quién se unió al trabajo de Haley, juntos desarrollaron conceptos sobre formación terapéutica (Galicía, 2004).

##### *Jay Haley*

Fue uno de los pioneros de la terapia familiar. Su acercamiento a la terapia familiar se dio al colaborar con el grupo de Bateson, pues en aquellos años aspiraba a ser escritor, pero ante la necesidad de ganarse la vida, abandonó la universidad, trabajó de bibliotecario y se integró al grupo; fue cofundador del Family Therapy Institute de Washington. Fue autor de más de veinte libros y editor fundador de la revista Family Process de 1962 a 1967. Produjo películas destinadas a la formación terapéutica junto a su esposa, la antropóloga Madeleine Richeport- Haley, con quién escribió su último libro *“El Arte de la Terapia Estratégica”* en el 2006. Falleció el 13 de Febrero del 2007 (Bertrando y Toffanetti, 2004; Family Process, 2014; Linares y Ceberio, 2013).

*Cloé Madanes*

Nació en Argentina, primogénita de una familia de origen judío, y recursos económicos favorables. Estudió la Licenciatura en Psicología en la Universidad de Buenos Aires, egresó en 1965. Hizo una exitosa carrera y emigró a Estados Unidos donde estudió Terapia Familiar sistémica en Palo Alto. Fue contratada por Salvador Minuchin para trabajar en Filadelfia con familias latinas y fue co-directora del Family Therapy Institute de Washington, junto con Jay Haley –con quien también contrae matrimonio–; Madanes debe su fama a su estilo terapéutico, caracterizado por intervenciones creativas, de comedia, elementos dramáticos, expresivos y lúdicos, a veces en el límite de lo cómico, pero que suelen ser bien aceptadas por las familias debido a su candidez. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Label, 2014),

## 1.2.2.3. Supuestos teóricos

Para Haley (1983) la terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino son varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. Es así que una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema.

El enfoque estratégico rara vez utiliza criterios diagnósticos de la psiquiatría y la patología, por lo que la primera misión del terapeuta es definir el problema de tal modo que sea posible solucionarlo. El enfoque es sensible a la red social más amplia, en particular a los profesionales que tienen el poder sobre la persona que presenta el problema (Madhanes, 2001); Hace hincapié en lo analógico, es decir da por sentado que analógica o metafóricamente un síntoma es expresión de un problema y también una solución –a menudo insatisfactoria– para todos los que se relacionan con él. Por lo tanto el foco de la terapia esta puesto con frecuencia en la modificación de analogías y metáforas, sin embargo no se interpreta el significado de las metáforas, dado que no se traduce el significado inconsciente a términos conscientes (Haley, 1983).

Es importante considerar las jerarquías, tanto en la familia como en el lugar en que se sitúa el terapeuta para evitar coaliciones con los miembros que ocupan posiciones inferiores en contra de los que ocupan las superiores. Para Haley las relaciones humanas son una lucha constante por decidir quién dicta las reglas. Los síntomas psiquiátricos también son considerados como

maniobras de poder dentro de una relación o jerarquías que funcionan incorrectamente , que el terapeuta debe lograr resolver, venciendo y manteniendo por todos los medios su propia posición de poder (Bertrando y Toffanetti, 2004; Madanes, 2001).

Por último es importante destacar que este tipo de terapia pone el acento en la comunicación en el presente, es decir la entrevista no se centra en abusos y culpas del pasado, sino en el problema presentado por el cliente (Haley y Richeport, 2006).

Algunos de los conceptos relevantes en el modelo estratégico son:

#### *Alianza y coalición*

La alianza se refiere a un proceso de acción conjunta en la que dos personas comparten un interés del que no participa el tercer individuo; la coalición es proceso de unión y acción conjunta en contra de o para excluir a un tercero. Ambas se pueden establecer en distintos niveles jerárquicos (Haley, 2008; Hoffman, 2004).

#### *Jerarquía*

Organización que forma una escala de estatus o poder en la que cada uno ocupa un lugar, con alguien por encima y por debajo, es decir no todos tiene la misma posición en la estructura de comunicación (Haley, 2008; Madanes, 2001; Haley y Richeport, 2006).

#### *Triángulos*

Estructura trídica que causa tensiones en el sistema social; Coalición intergeneracional que parece coincidir con manifestaciones indeseables como violencia, comportamiento sintomático o disolución del sistema, cuyas principales características son: 1) Contener a dos personas del mismo nivel en una jerarquía de estatus y una persona de un nivel distinto, 2) Abarcar una coalición de dos que se encuentran en distintos niveles contra uno que queda restante, 3) la coalición contra la tercer persona, se mantiene oculta, es decir el comportamiento que indica que existe la coalición, será negado a nivel metacomunicativo (Hoffman, 2004).

#### *Directiva*

Acciones del terapeuta, que transmiten un mensaje para que la otra persona haga algo y se produzca el cambio. Las directivas se pueden prescribir en forma directa o indirecta (metáforas y



paradojas), por una inflexión de la voz, un ademán o un silencio oportuno, empleados durante la conversación (Haley, 2008; Haley y Richeport, 2006).

#### *Metáfora*

Es un recurso literario que incluye el símil, decir que una cosa es “como” otra o “semejante” a ella, como por ejemplo “tu piel es suave como el terciopelo”; Es un método utilizado en la terapia breve, para estimular la creatividad del terapeuta y permitir que los clientes proyecten sus propios significados y soluciones, pues ayudan a emplear conocimientos que ya se poseen para comprender nuevas experiencias. (O’Hanlon y Weiner-Davis, 2010; O’ Hanlon y Bertrolino, 2001).

#### *Paradoja*

Una aserción o sentimiento aparentemente contradictorio, u opuesto al sentido común, pero que podría ser verdadero en realidad (Diccionario Internacional de Webster, citado en Papp, 1988); Se transmite un mensaje en dos niveles de clasificación, de manera simultánea, un doble mensaje, dos indicaciones, en la que una indicación califica conflictivamente a otra, y por lo tanto no es posible obedecer la indicación ni desobedecerla (Haley, 1989).

#### *Problema*

Se refiere a un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas. Los problemas surgen de una confusión de los niveles de comunicación, y a su vez una confusión entre los niveles de un sistema de relación que funcionan a través de triadas (Hoffman, 2004; Haley, 2008; Madanes, 2001).

#### *Secuencia de los hechos*

Conductas repetitivas y redundantes en una organización. Es la manera en que todos los participantes involucrados en el problema se conducen para mantenerlo y se repite cíclicamente. (Haley, 2008).

#### 1.2.2.4. Objetivos De La Terapia

El enfoque terapéutico tiene por objetivo principal solucionar dentro del marco familiar los problemas que se le presentan a un cliente, haciendo hincapié no en un método particular, sino en encarar el problema con técnicas especialmente adecuadas para esa situación específica. La tarea del terapeuta consiste entonces, en formular con claridad el síntoma presentado y planear una intervención en la situación social del cliente a fin de modificarlo (Haley, 2008).

Madanes (2001) refiere que el terapeuta estratégico, establece claros objetivos que siempre se enfocan en la solución del problema presentado, entre los principales están:

- 1) Ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida familiar, a fin de pasar a la etapa siguiente.
- 2) Impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se programan varias etapas en la terapia:

- a) La definición de cada problema abarca a no menos de dos personas y habitualmente tres.
- b) El terapeuta debe discernir quienes están involucrados en el problema presentado y de qué manera.
- c) El terapeuta resolverá cómo ha de intervenir a fin de modificar la organización familiar para que el problema presentado ya no sea necesario.

Por lo común el cambio se planea en etapas, de tal modo que el cambio en una situación o en un conjunto de relaciones provocará otro cambio en otra relación, y luego otro más, hasta que toda la situación cambie.

#### 1.2.2.5. Técnicas

##### *Etapas de la primera entrevista*

Para Haley (2008) una terapia exitosa es aquella en la que el terapeuta debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo. Además se necesita flexibilidad y espontaneidad, por lo que no debe adoptar un enfoque rígido y estereotipado con respecto a la terapia. La probabilidad de éxito aumenta si se combinan los procedimientos ya conocidos con técnicas innovadoras. Por esta razón

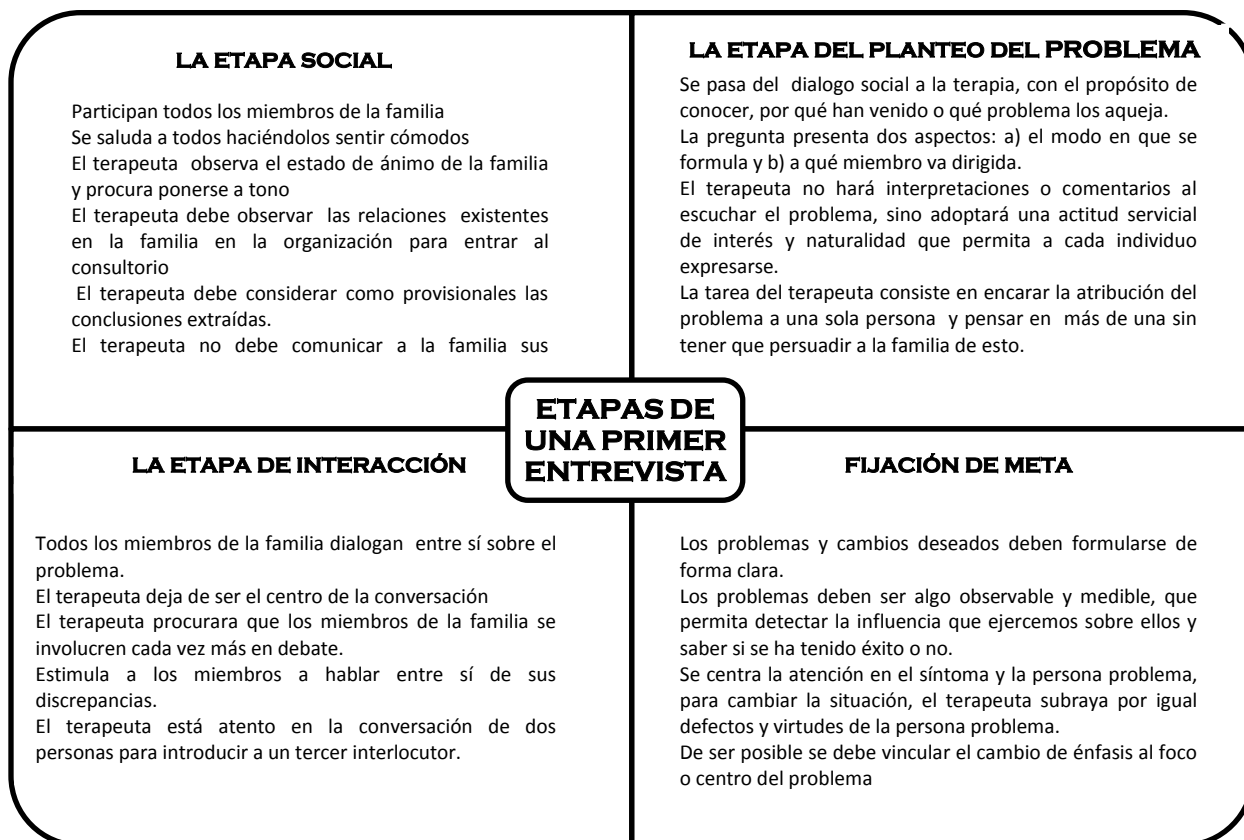
el autor propone lo que el terapeuta debe hacer en la primera entrevista. Da una serie de sugerencias y señala las etapas que deben cumplirse en la primera entrevista.

La primera entrevista puede durar una o varias horas. El terapeuta puede proponer enseguida un cambio, o quizá proceder pausadamente y no solicitar de inmediato una acción. También puede entrevistar a una sola persona, pero considerando que a través de esta puede conocer e intervenir sobre la familia.

Una terapia comienza con el primer contacto establecido con relación al problema. En general alguien solicita una entrevista vía telefónica en la que recoge cierta información. El terapeuta debe pedir que todos los que habiten en el hogar asistan a la primera entrevista.

La entrevista recorre las siguientes etapas: 1) Etapa social; 2) Etapa del planteo del problema; 3) Etapa de interacción; 4) Etapa de fijación de meta. Finalmente, se fija día y hora para una nueva sesión, a la que se asistirá toda la familia o parte de ella (ver figura 11).

Figura 11. Cuatro etapas de una primer entrevista



Nota. La figura describe las características de las cuatro etapas de la primera entrevista de acuerdo con Haley (2008).

La figura 11, no sólo refleja la importancia de ir paso a paso en el primer encuentro con el cliente, sino la importancia de la precisión en el proceso terapéutico, pues el enfoque estratégico busca definir la secuencias que permitan dar claridad en la definición del problema presentado y por lo tanto las intervenciones precisas para cada caso.

### *Directivas*

El estilo terapéutico de Haley está basado en las directivas y proviene de las técnicas propuestas por Erickson cuya noción, es que el terapeuta debe ser un elemento activo y directivo en la terapia (Hoffman, 2004).

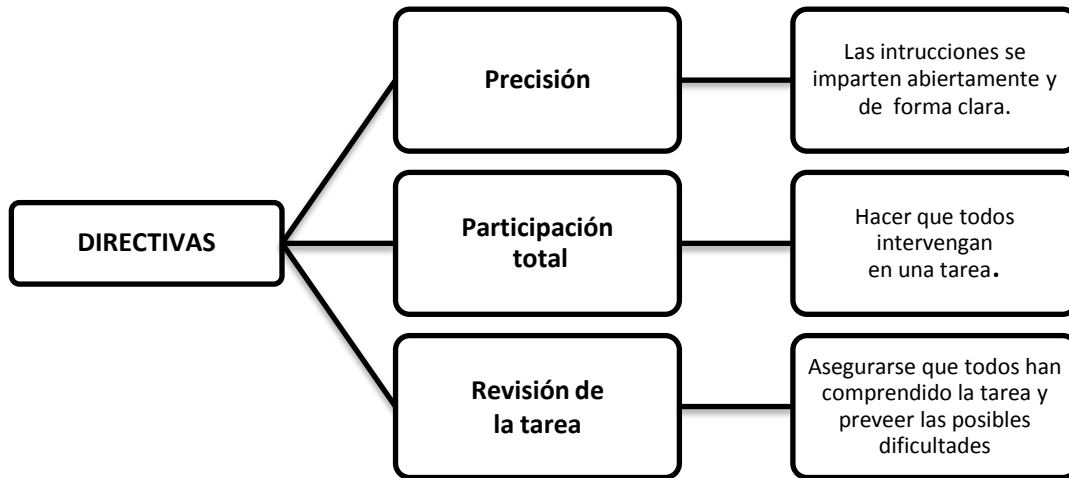
Las directivas son un medio para cumplir con los objetivos de la terapia, es decir provocar el cambio. Son empleadas para intensificar la relación entre clientes y terapeutas, así como para obtener información, pues se observa cómo reaccionan las personas a las instrucciones. Todo cuanto se haga en terapia puede ser visto como una directiva (una inflexión de la voz, un ademán, un silencio oportuno, una instrucción), pero dichas intervenciones suelen cobrar la forma de directivas cuando los miembros de la familia tienen que realizar algo dentro y fuera de la entrevista (Haley, 2008; Madanes, 2001).

Las directivas se pueden plantear de manera directa o implícita, y se clasifican como (Papp, 1988):

#### *a) Directas (basadas en el cumplimiento)*

Se basan en el acatamiento, y la expectativa del terapeuta de que la familia habrá de acatarlas. Este tipo de directivas deben ser precisas, para que surtan el efecto deseado. Si la tarea que se solicita se realizará fuera de la sesión, por lo general todos los integrantes intervendrán en ella, y a menudo se ensayará durante la sesión. Las características antes mencionadas se resumen en la figura 12.

Figura 12. Características de las directivas



Nota. Las características de las directivas se presentan con base en la propuesta de Haley (2008).

Las intervenciones directas (consejo, explicaciones, sugerencias, interpretaciones o tareas) apuntan directamente a cambiar las reglas y roles de la familia. Algunas de estas son: el enseñar a los padres sobre cómo controlar a sus hijos, redistribuir las tareas entre los miembros de la familia, establecer reglas disciplinarias, regular la intimidad, establecer prioridades por edad, y brindar información que la familia no conoce, así como fomentar la comunicación franca.

En esta clase de directivas también se proponen las directivas metafóricas. Las cuales son empleadas cuando el terapeuta pretende que los implicados en la queja hagan algo que parezca espontáneo, sin una plena conciencia de haber recibido la consigna de realizarlo (Galicia, 2004).

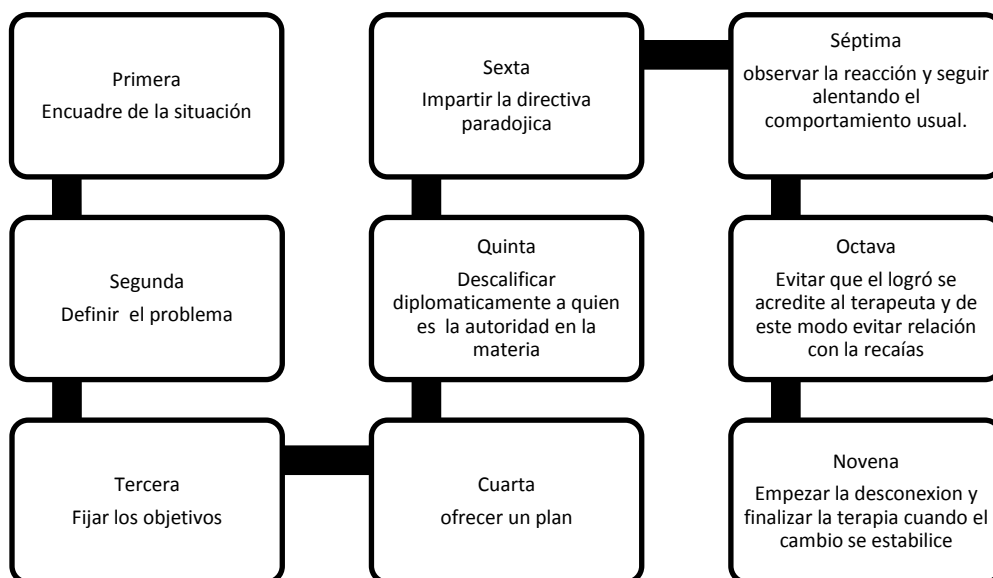
#### b) *Paradójicas (basadas en la oposición)*

Son directivas basadas en el desafío, referidas a la expectativa del terapeuta de que la familia habrá de resistirse a ellas. Para lograr el éxito en este tipo de directivas la familia debe desafiar las instrucciones del terapeuta o seguirlas en un extremo absurdo, negándose a partir de ahí a continuar acatándolas. Contienen un doble mensaje dirigido a la familia (por un lado se les

comunica que sería bueno para ellos cambiar y por otro que no sería tan bueno) y ambos mensajes son transmitidos en forma simultánea (Papp, 1988).

Tal como ocurre en la entrevista, impartir una directiva paradójica también implica una serie de etapas, resumidas en la figura 13 (Haley y Richeport 2006; Haley 2008).

Figura 13. Etapas de una intervención paradójica



De este modo al proponer una tarea paradójica, el terapeuta debe solicitar que la familia o alguno miembro permanezcan sin cambiar, encuadrando esta petición en el marco de ayudarlo a cambiar, sino puede crear en ellos la idea ya sea de que están desahuciados o de que el terapeuta los insulta. Cuando el cambio se da, se debe seguir promoviendo el comportamiento inadecuado o problemático, o se optará por prescribir la recaída. Es importante que el terapeuta evite que el cambio le sea atribuido a él, y puede lograrlo mostrándose incrédulo ante las mejoras presentadas por los clientes.

1.2.2.6. Consideraciones Finales

De acuerdo Sánchez y Gutiérrez (2000) el Modelo Estratégico se puede aplicar a familias de cualquier estrato social y cualquier tipo de problemas, pues es un enfoque directivo, pero no rígido ya que toma en cuenta el contexto social de las personas.

En este sentido me parece que es un modelo útil y práctico, el cual sería de suma utilidad en países como México, si se aplicara en diferentes instituciones de salud pública, pues tal como Hoffman (2004) lo afirma, es un modelo ahorrativo para el cambio.

Por otro lado es importante destacar que integra a la red social que interviene en el problema planteado por el cliente, y entre ellos a los profesionales de salud. Sin embargo me parece poco viable tener acceso a los psiquiatras de las instituciones, por cuestiones de costos, quizá jerarquías y prejuicios referentes al ejercicio profesional, donde pareciera privilegiarse más un tratamiento médico-farmacológico.

Me parece que aunque es considerado como un método manipulativo (Hoffman, 2004), coincido en que en algunos casos es la mejor opción, pues finalmente se trabaja con lo planteado por el cliente y el poder es delegado por este al terapeuta (Haley, 2008). En cuanto se refiere a cuestiones en que esté implicada la ética profesional –sólo se utilizarán procedimientos que el terapeuta esté dispuesto a experimentar o a que los experimente su familia. El terapeuta no hará terapia con nadie que defina como incurable (Haley y Richeport, 2006)– considero es difícil encontrar el punto medio, es decir, atender las demandas del cliente sin faltar a la ética profesional, pues creo que los criterios que determina el terapeuta para la acción son muy subjetivos.

### **1.2.3 Terapia Breve centrada en los problemas**

#### **1.2.6.1. Antecedentes**

El primer modelo de terapia breve estratégica se realizó en el Mental Research Institute (MRI) con el grupo de Palo Alto California. Dando como resultado un modelo sistemático de terapia breve basado en la teoría de sistemas y en un enfoque interaccional, que puede ser aplicado a diversos desordenes. Desde esta perspectiva los problemas se originan y son mantenidos por la conceptualización que el cliente y las personas involucradas tienen del problema, así como por las soluciones intentadas para resolverlo. Es fundamental entonces, que el terapeuta tenga una clara

descripción de dicha conceptualización para desarrollar de forma rápida estrategias de intervención, específicas y eficaces para cada caso (Cade y O'Hanlon, 1995; Freidberg, 1989; Nardone, 2004; 2007).

Para hablar del Modelo del MRI, es importante referirse a los eventos, conceptos y supuestos teóricos que influyeron en la creación del Instituto y el Modelo de Terapia Breve, tales como las conferencias Macy, la cibernética y el proyecto de Bateson sobre la comunicación.

### *Las conferencias Macy y la cibernética*

El concepto de cibernética –ciencia de la comunicación y le control– surge en una serie de conferencias llamadas Macy, que consistían en encuentros interdisciplinarios organizados por la fundación Macy. Todos los miembros de estas conferencias creían que era posible intentar comunicarse sin fronteras entre las diferentes ciencias; Para Ashby (citado en Eguiluz, 2007) uno de los objetivos de la cibernética era ofrecer un vocabulario único, además de unificar los conceptos adecuados para representar los más diversos tipos de sistemas. En 1948, Wiener, publicó su obra “*Cybernetics*”, la cual básicamente era una síntesis de las discusiones multidisciplinarias de las primeras conferencias Macy, donde la cibernética se conceptualizaba como un modelo que permitía estudiar la patología y la normalidad en el comportamiento humano, aplicando los conceptos formales de esta. (Eguiluz, 2007; Sluzki, 1987; Wittezaele y García, 1994).

El surgimiento de la cibernética, apareció casi al mismo tiempo que otras dos contribuciones fundamentales en diversos campos de la ciencia, la Teoría de la Información de Shannon en 1949 – toda información existe si el emisor dice algo que cambia el conocimiento del receptor, que reduce su incertidumbre (entropía)– y la Teoría de los juegos de Von Neuman y Morgenstern en 1947 –secuencias de interacción aparentemente distintas que pueden en realidad presentar una estructura de incentivo similar–. Por lo tanto las conferencias Macy instituyen, los fundamentos de una ciencia interdisciplinar de la comunicación y la información (Wittezaele y García, 1994).



*Proyecto de Gregory Bateson sobre la comunicación*

Después de que Bateson asistió a las conferencias sobre Cibernética de la Fundación Macy, fue invitado por el psiquiatra Jürgen Ruesh a colaborar con él, en la clínica Langley Porter de San Francisco, juntos publicaron el libro *“Communication: The Social Matrix of Psychiatry”*, primer libro en el que Bateson utilizó y aplicó a la psiquiatría los conceptos de la cibernética desarrollados en las Conferencias Macy (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Más tarde Bateson decidió estudiar la comunicación en los animales, aplicando los presupuestos jerárquicos de *la teoría de los tipos lógicos* de Bertrand Russell, cuya idea central es que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros, es decir, la clase no puede ser miembro de sí misma, ni uno de los miembros puede ser la clase (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Wittezaele y García, 1994).

En 1952, Bateson recibió apoyo de la fundación Rockefeller para estudiar la naturaleza y los niveles en la comunicación. Para llevar a cabo este proyecto de investigación formó un equipo, constituido por el ingeniero químico John Weakland, un pasante de comunicación social, Jay Haley y el psiquiatra, William Fry. Los dos primeros años el proyecto estudió comunicación ambigua, mensajes y metamensajes que se califican mutuamente (situación paradójal). El grupo observaba las pautas de la transacción esquizofrénica, demostraron que éstos no pueden diferenciar los metamensajes que determinan el contexto y toman las metáforas literalmente. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Fisch, Weakland y Segal, 1994; Hoffman, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Wittezaele y García, 1994).

En 1954 concluyó la beca de la Fundación Rockefeller, sin embargo el grupo de Bateson apenas había identificado su campo de estudio –la comunicación de los esquizofrénicos–, pero ya no contaban con fondos para continuar con el proyecto. En esa época Bateson conoció al psiquiatra y psicoanalista Don Jackson, quién dirigía el departamento de psiquiatría de la Clínica Médica de Palo Alto, y estudiaba lo referente a la homeostasis familiar. Bateson, le habló sobre su proyecto, pues consideraba que el campo de estudio del equipo de Jackson se relacionaba con los objetivos de su investigación; Se unió al grupo primero como consultor y después como miembro del equipo de investigación. Ambos aportaron conocimiento a sus respectivas profesiones, Bateson acercó a Jackson a la cibernética y las nociones sistémicas, mientras Don Jackson aportó credibilidad clínica

al grupo y acercó a Bateson a la psiquiatría. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Wittezaele y García, 1994).

### *La formación del MRI*

El Mental Research Institute (MRI), –nombrado así por razones de mantener un subsidio ya que uno de los donadores exigía que el nombre del instituto incluyera la idea de que se estudiaban cuestiones “mentales”– se fundó en noviembre de 1958 por Don D. Jackson, aunque se inauguró oficialmente en marzo de 1959, ya que inicialmente, era una pequeña asociación privada sin fines de lucro, cuyo objetivo principal era investigar las interacciones familiares con otros sistemas sociales, así como estudiar y formalizar un método de terapia familiar. El equipo quedó conformado originalmente por Don Jackson, una secretaria, Jules Riskin y Virginia Satir. Más tarde se incorpora Paul Watzlawick, en 1961; en 1962 John Weakland y Jay Haley (Bertrando y Toffanetti, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Szprachman, 2003).

A finales de los años cincuenta las diferencias entre Bateson y su equipo se hacen más evidentes, ya que Bateson nunca estuvo interesado en la terapia ni en la enfermedad mental, sin embargo Jackson quería desarrollar al máximo la parte terapéutica del enfoque. Bateson abandonó la psiquiatría para regresar al campo de la comunicación animal, mientras el resto del equipo continuó en Palo Alto, bajo la dirección de Don Jackson (Bateson, 1998; Wittezaele y García, 1994).

En 1967, algunos fundadores de MRI desilusionados de la terapia familiar abandonaron el MRI, lo que llevó a Don Jackson a formar “el proyecto de terapias breves” dirigido por Richard Fisch, y teniendo como asociados a Arthur Bodin, Paul Watzlawick y John Weakland. El proyecto se inició con tres objetivos: 1) solucionar de manera rápida y eficiente los problemas expuestos por los clientes; 2) Transformar el arte de la terapia en un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros fácilmente; 3) Estudiar el cambio en los sistemas familiares (Bertrando y Toffanetti, 2004; Espinoza, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Tras la muerte de Don Jackson en 1968, sus colegas, principalmente John Weakland, Paul Watzlawick y Richard Fisch continuaron el trabajo del MRI y la expansión de sus ideas teóricas y práctica clínica (Hoffman, 2004). En 1974, Watzlawick, Weakland, Bodin y Fish publicaron el

artículo “*Terapia breve: enfocada en la resolución de problemas*”, es a partir de este momento que la Terapia breve es mundialmente conocida como “Modelo de Palo Alto”. (Bertrando y Toffanetti, 2004).

El primer libro que este proyecto editó fue “*cambio: formación y solución de los problemas humanos*”, en 1974 (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1999). El siguiente, fue “*La táctica del cambio: como abreviar la terapia*”, en 1982. (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

El trabajo del MRI permitió desarrollar una serie de preceptos técnicos para la conducción de la sesión. En primer lugar, se estableció el uso del espejo unidireccional y del trabajo en equipo en el curso de las sesiones, así como la supervisión directa, es decir evolucionó según la epistemología sistémica. Además reflejó la llegada del constructivismo a la terapia sistémica. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Nardone, 2007; Wittezaele y García, 1994).

#### *El doble vínculo*

La teoría del doble vínculo es lo que une a los dos equipos que seguirán en Palo Alto, aunque los grupos nunca colaboraron realmente, todos los miembros del grupo de Bateson, excepto Bateson se reunieron en el MRI (Wittezaele y García, 1994).

En 1956, el grupo presentó un escrito sobre sus descubrimientos, la hipótesis del *doble vínculo* en el artículo “*Hacia una teoría de la esquizofrenia*”. El artículo describía un contexto de frecuentes callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros, por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación, en dónde una persona haga lo que haga “no puede ganar”. *Un doble vínculo*, es una comunicación en diferentes niveles, en el que una demanda manifiesta es anulada o contradictoria en otro nivel. (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1998; Bertrando y Toffanetti, 2004; Hoffman, 1981; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

#### *Teoría de la comunicación humana*

Paul Watzlawick continuó las investigaciones sobre comunicación, y en 1964 publicó una antología de la comunicación humana, que estableció las bases de la pragmática de la comunicación humana. En 1967, formalizó las ideas y publicó el libro de la “*Teoría de la*

*Comunicación Humana*”, en coautoría con Beavin y Don Jackson. En esta obra los autores parten de la teoría del doble vínculo, describieron el uso terapéutico de las paradojas pragmáticas de la comunicación, y proporcionaron una explicación interaccional de las técnicas, coherentes con sus premisas teóricas, convirtiéndose así en los padres fundadores de la primera teoría terapéutica de orientación sistémica (Bertrando y Toffanetti, 2004; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1986; Wittezaele y García, 1994).

Los principios desarrollados por Bateson, se convirtieron en axiomas de la comunicación: 1) Es imposible no comunicar, 2) toda comunicación tiene un elemento de contenido y uno relacional, 3) la naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes, 4) todos los seres humanos se comunican tanto digital (verbalmente) como analógicamente (no verbal), 5) todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en igualdad o en la diferencia (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1986).

#### 1.2.6.2. Principales representantes

##### *“Don D. Jackson”*

Donald De Ávila Jackson nació en Oakland, ciudad industrial cercana a San Francisco, su madre de origen portugués y su padre fue un comerciante viajero para una firma farmacéutica. Estudió medicina y psiquiatría en la Universidad de Stanford, se interesó en el psicoanálisis, sus influencias teóricas se remiten a Freud, Sullivan, y el trabajo de Milton Erickson sobre hipnosis. En 1951, realizó su residencia en la clínica Chestnut Lodge en Rockville. En 1952 se mudó a Palo Alto, California, donde trabajó como jefe del departamento de psiquiatría de la clínica médica. Fue asociado del Instituto Psicoanalítico de San Francisco, de la Universidad de Stanford y colaboró como miembro consultor en el Hospital de Veteranos de Palo Alto, junto con Bateson. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cade y O’Hanlon, 1995; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Wittezaele y García, 1994).

En 1954 conoció a Gregory Bateson, cuando éste se le acercó después de hablar sobre homeostasis familiar –capacidad de autorregulación de los seres vivos, mantenida por un juego de fuerzas dinámicas– en la Conferencia “Frieda Fromm-Reichmann” y le hizo saber que pensaba que

ese tema estaba relacionado con los objetivos de un proyecto que dirigía con Jay Haley, John Wekland y William Fry. Es así que colaboró como consultor del proyecto inclinándose cada vez más por la clínica y las ciencias sociales, sin embargo nunca dejó de desarrollar sus propias ideas. En 1959 publicó el artículo "*la terapia familiar conjunta*". Fundó el Mental Research Institute (MRI) para no dispersar el patrimonio terapéutico que había acumulado el grupo de Bateson, así como para estudiar y formalizar un método de terapia familiar, aportando de esta manera credibilidad clínica al grupo de investigación. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cade y O'Hanlon, 1995; Wittezaele y García, 1994).

Jackson se convirtió en el defensor de un enfoque no patologizante de la enfermedad, pues consideraba que era posible adoptar un método diferente y más fértil para responder tanto a las exigencias científicas de la teoría como a las necesidades prácticas de la clínica; fue el primero en defender el tratamiento de los enfermos mentales fuera de las instituciones; y reconoció el *feedback* positivo como motor de cambio y destacó la importancia de la implicación del terapeuta en el proceso de tratamiento de las familias (Wittezaele y García, 1994).

Murió en 1968, se desconocen las causas, pero se rumoró la posibilidad de suicidio o muerte accidental por la toma de medicamentos. Antes de su muerte, parecía haber cambiado ya de intereses, deseando dedicar más tiempo a escribir que administrar el MRI. (Hoffman, 2004; Nardone, 2007; Wittezaele y García, 1994).

#### *John H. Weakland*

John Weakland se formó inicialmente como químico en 1939, y como ingeniero químico en 1940, egresado de la Universidad Cornell. Ejerció como ingeniero en actividades de investigación relacionadas con el diseño de plantas industriales durante seis años, para posteriormente trabajar en antropología y sociología investigando temas de cultura y personalidad, la familia y las culturas chinas, en la New School for Social Reserach y en la Universidad de Columbia de 1947 a 1952. Trabajó bajo la dirección de Gregory Bateson, Margaret Mead y Ruth Benedict. En 1953, se trasladó a Palo Alto para trabajar en los proyectos de investigación de Gregory Bateson sobre la comunicación humana con Jay Haley, Don Jackson y William Fry. Esta investigación condujo a la teoría del doble vínculo en la esquizofrenia y a la fundación del MRI; Weakland, fue consejero matrimonial, familiar e infantil, investigador asociado del centro e terapia breve, profesor en la

Universidad de Stanford, autor y co-autor de cincuenta artículos profesionales y cuatro libros, entre los cuales destacan, *“cambio: formación y solución de los problemas humanos”* y *“la táctica del cambio: cómo abreviar la terapia”* (Fisch, Weakland y Segal, 1994; Wittezaele y García, 1994).

#### *Paul Watzlawick*

Paul Watzlawick nació en 1921 en Villach, una pequeña ciudad en Austria, procede de un medio modesto, su padre era empleado de un banco. Su educación básica fue muy tradicional, posteriormente estudió medicina interna, carrera que no concluye debido a la guerra. Fue prisionero político, pero al escapar es recogido por los británicos. Al terminar la guerra entró a los servicios de policía criminal en Italia. Al mismo tiempo ingresó a algunos curso en la universidad de lenguas modernas y filosofía, obteniendo en 1949 el grado de doctor. El 1954 se graduó como analista jungiano, intentó ejercer como terapeuta en Bombay, pero al no ser posible regresó a Europa y en 1957 se mudó a San Salvador para ejercer como psicoterapeuta en la Facultad de Medicina y Psicología, hasta 1959, ya que deseaba incorporarse al ámbito de la investigación. Viajó a Filadelfia y colaboró en estudios de comunicación con Bray Birdwhistell y Albert Scheflen, quienes lo acercaron al trabajo de Bateson y el grupo de Palo Alto en California, es así que en 1960 Watzlawick se incorporó al MRI, por invitación de Don Jackson.

Watzlawick se interesó apasionadamente por los fundamentos del enfoque batesoniano de la comunicación, leyó todo los escritos de Bateson, realizó una lista de todo lo publicado sobre el *doblo vínculo* y publicó una síntesis; Se le atribuye el crédito de *“la Teoría de la Comunicación Humana”* publicada en 1967, apoyada explícitamente en las investigaciones de Bateson. Para el autor la publicación representaba un homenaje para Gregory Bateson, pero no fue reconocido, ni recibido como tal por éste, negándose a escribir el prólogo; para el resto del mundo, la obra es celebrada y considerada fundamental para la evolución posterior de la terapia familiar, pues consiguió relacionar la teoría con la práctica (Wittezaele y García, 1994).

#### *Richard Fisch*

El Dr. Richard Fisch nació en 1926 en Nueva York. Se recibió como licenciado en letras en 1949. En 1954, se doctoró en Medicina en la Universidad de Nueva York. De 1955 a 1958, se especializó en psiquiatría como médico residente en el Hospital Sheppard y Enoch Pratt de Towson, Maryland.

Comenzó a ejercer como psiquiatra privado en 1959. En 1962, comenzó su vinculación con el grupo de investigación del MRI, cuando fungía como miembro del comité de formación familiar, momento a partir del cual se interesó por la terapia familiar y los métodos que le permitieran abreviar los tratamientos, pero es hasta 1966 que se unió al grupo formalmente, y en 1967 se integró al proyecto Centro de Terapia breve, del cual es director, (Fisch, Weakland y Segal, 1994; Wittezaele y García, 1994.)

Fisch, ha colaborado como psiquiatra en Palo Alto California, director y jefe investigador del Centro de Terapia Breve del MRI, e investigador asociado del MRI. Además de consultor psiquiátrico en el departamento de libertad condicional para delincuentes juveniles del condado de San Mateo, y profesor de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

#### 1.2.6.3. Supuestos teóricos

La base teórica del modelo de Terapia Breve es sistémico-constructivista, su teoría de la persistencia y el cambio así como la conceptualización de la formación y solución de los problemas humanos se ve reflejada en la exposición de cuatro ideas básicas del pensamiento herético con relación a la psicoterapia tradicional (Nardone, 2007):

1. El planteamiento de la terapia se remite a la concepción filosófica del *conocimiento constructivista*, que se fundamenta en la comprobación de la imposibilidad, por parte de cualquier ciencia, de ofrecer una explicación absolutamente “verdadera” y “definitiva” de la realidad y sobre el hecho de que la realidad más bien está determinada por el punto de vista del investigador o el sujeto. En este sentido no existe una sola realidad, sino tantas como puntos de observación e instrumentos empleados para observar. De este modo la herejía es el paso de sistemas teóricos cerrados, a los sistemas teóricos abiertos; del concepto de verdad científica al de probabilidad; de la causalidad lineal determinista a la causalidad circular, elástica; de la ortodoxia a la duda metódica.
2. En esta perspectiva, la tarea de terapeuta se centra en cómo funciona y cómo se puede cambiar la situación de malestar de un sujeto, una pareja o de una familia. El paso es de los contenidos a los procesos y se trata de un saber *cómo*, más que de un saber *por*

qué. Se parte de la convicción de que el trastorno físico y comportamental está determinado por la percepción de la realidad propia del sujeto a la cuál reacciona con una conducta no acorde para la situación, pero el sujeto cree que es la mejor reacción para determinada situación, en este sentido “las soluciones ensayadas” mantienen o agravan el problema. La intervención entonces se basa en el imperativo ético de Von Foerster: “obra siempre de modo que aumentes el número de posibilidades de elección”.

3. El enfoque de terapia breve es el resultado de aplicar al campo clínico los principios matemáticos de *la teoría de los tipos lógicos* de Whitehead y Russel, de *la teoría de los sistemas* y de *la cibernética*, basada en concepciones de causalidad circular, de retroacción entre causa y efecto, en el principio de discontinuidad del cambio y del desarrollo. Es decir los problemas humanos pueden resolverse mediante estrategias focales en el aquí y ahora, que rompen el sistema circular de retroacción que mantienen operante el problema, donde el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en el comportamiento y en las concepciones del sujeto que pide ayuda, adaptando el tratamiento al paciente y no al paciente al tratamiento.
4. Desde esta perspectiva basada en el *constructivismo*, el cambio se centra en la convicción de que para cambiar una situación problemática, antes hay que cambiar el obrar y como consecuencia el pensar del paciente, o el marco de realidad. El terapeuta se orienta pragmáticamente a la acción y a la ruptura del sistema de retroacción que genera el malestar que el paciente vive consigo mismo y con los demás.

#### 1.2.6.4. Objetivo

La terapia apunta hacia todos o algunos de los siguientes objetivos (Cade y O’Hanlon, 1995):

- Modificar los marcos de creencias o constructos del cliente (individuo o familia) que se pueden considerar relacionados con el modo en que se perciben, encaran y mantienen las dificultades.
- Modificar las sentencias repetitivas que rodean el problema derivadas de aquellos marcos.



- Modificar las posiciones y enfoques del terapeuta, que se vuelvan partes de un patrón que se autorrefuerza entre el terapeuta y el cliente.
- Modificar la relación del cliente (y quizá del terapeuta) con los sistemas globales de la familia, el vecindario o la profesión.

#### 1.2.6.5. Técnicas y métodos de intervención

La intervención propuesta por Fisch, Weakland y Segal (1994), en la Táctica del cambio, consiste en las siguientes fases: 1) Entrevista, 2) Explorar la postura del cliente, 3) Planificación del caso y 4) Las intervenciones.

##### *Entrevista*

De acuerdo con Fisch, Weakland y Segal (1994), antes de intervenir, el terapeuta debe recoger la suficiente y adecuada información para cada caso, a través de la entrevista. Es decir obtener información clara y explícita que se manifieste en términos conductuales, por ejemplo, qué hacen y qué dicen los individuos cuando se da el problema y cuando intentan afrontarlo.

Este paso es de suma importancia en la terapia breve, ya que estos datos sirven de fundamento para planificar y realizar una intervención. Para obtener la información por lo general se comienza preguntando ¿Cuál es el problema que le trae aquí?, refiriéndonos al problema actual y no tomando demasiada importancia a la historia del problema. Además de centrarse en lo que está sucediendo, la indagación debe enfocarse sobre las dolencias principales de quienes buscan ayuda, en términos de conducta, ¿Qué está haciendo que esto represente un problema?, ¿ para quién y cómo está constituyendo un problema la conducta?. El solicitar un ejemplo del problema a menudo suele ser el mejor camino, para obtener información concreta. Es importante preguntar ¿cómo se convierte en un problema la situación actual? Ya que esta pregunta sirve para aclarar tal punto y además poder introducir, la pregunta de ¿en qué forma cree que yo puedo ayudarle a afrontar este problema?. También es importante explorar, ¿Por qué ha llamado en el momento que lo hizo y no antes o después? y ¿qué es lo que han estado intentando para solucionar o afrontar el problema?; Durante la primera entrevista también es relevante identificar el lenguaje del cliente y la postura de éste, aunque cabe destacar que esto no se realiza mediante preguntas directas, sino a través de la atención al lenguaje analógico y digital del paciente.

*Postura del cliente*

La postura del cliente es muy importante, pues es necesario que el terapeuta conozca la postura para poder abreviar la terapia. La tarea del terapeuta consiste entonces en influir en el cliente para que afronte de un modo distinto su problema. Es importante escuchar lo que dice el cliente: las palabras concretas que emplea, el tono y énfasis con que las expresa.

Se considera que el cliente puede asumir una de estas dos posturas: 1) el problema es manifiestamente doloroso y el cambio se vuelve urgente y necesario; 2) el estado de las cosas es indeseable pero no incomodo en exceso y no necesita un cambio urgente.

*Planificación del caso*

Planificar es imprescindible para aplicar con eficacia la propia influencia y para resolver los problemas con rapidez. El primer paso consiste en establecer el problema del cliente, es decir tener una comprensión clara de la dolencia que el cliente lleva al terapeuta, ya que el objetivo general de la terapia consiste en eliminar o reducir de modo satisfactorio esta dolencia; El segundo paso, es la comprensión completa de las soluciones intentadas por el cliente, en el momento presente, ya que esto nos lleva a identificar qué es lo que se debe evitar, pues nos ayuda a alejarnos del “campo minado”. El siguiente paso consiste en formular un enfoque estratégico –estrategias que se oponen al impulso básico del paciente, apartándose en 180 grados de dicha dirección– que debe considerar cuál acción es más probable que realice el cliente, por lo tanto hay que considerar el contexto y en ocasiones solicitar al paciente que haga lo que en apariencia no es más que una pequeña alteración en el manejo del problema; Por último es importante formular objetivos y evaluar el resultado, en este sentido, es importante vincular los procedimientos que adopte el terapeuta y el objetivo del tratamiento, además de evaluar que datos indicarán el éxito o el fracaso del tratamiento.

## Intervenciones

Las intervenciones del modelo de terapia breve se resumen en la figura 14.

Figura 14. Intervenciones del Modelo de Terapia Breve

Intervenciones	Tipos de intervenciones
<p><i>Intervenciones Principales.</i> Se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlo integrado en la planificación del caso, ajustando estas técnicas a las necesidades específicas y concretas del caso.</p>	<p>Surgen dentro del contexto formado por cinco intentos básicos de solución observados en la práctica clínica:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.</i> Se centra en el intento del paciente de superar el problema, para lo cual se suministran razones y directrices –falta información para solucionar el problema– que lleven al paciente a fracasar en su rendimiento.</li> <li>2. <i>Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.</i> Se expone al paciente a la tarea temida al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.</li> <li>3. <i>Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.</i> Consiste en hacer que el solicitante se coloque en una actitud de inferioridad, es decir en una postura de debilidad, ejemplo, “sabotaje benévolo”.</li> <li>4. <i>Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.</i> Consiste en lograr que la persona que solicita algo, lo haga directa y espontáneamente, aunque la solicitud se formule de forma arbitraria.</li> <li>5. <i>Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.</i> Por lo general hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado; El terapeuta manifiesta que el acusador es la persona equivocada o que causa el problema y entonces el defensor, que también desea que acabe el juego puede solucionar el problema a través de una acción unilateral.</li> </ol>
<p><i>Intervenciones generales.</i> Pueden ser útiles en cualquier momento de la terapia, en ocasiones preparan el terreno para intervenciones posteriores más específicas. Son de gran utilidad, pues a pesar de no estar estrechamente ligadas con el problema, logran influir en el cliente y en ocasiones puede resultar una solución del problema al emplear estas intervenciones.</p>	<p>Existen 4 tipos de intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>No apresurarse.</i> Consiste indicarle al paciente que no se apresure en la solución del problema.</li> <li>b. <i>Los peligros de una mejoría.</i> Se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema.</li> <li>c. <i>Un cambio de dirección.</i> El terapeuta varía de postura, directriz o estrategia y al hacerlo le ofrece al cliente una explicación sobre dicha variación.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. <i>Cómo empeorar el problema.</i> Se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren.</li> </ol>

Nota. Se presentan las dos categorías de intervención planificadas propuestas por Fisch, Weakland y Segal (1994).

#### 1.2.6.6. Consideraciones finales

El modelo de Terapia Breve es un modelo de suma utilidad en el tratamiento de diferentes problemáticas, como las fobias, la impotencia sexual, el funcionamiento intestinal, temblores y tics, pues ha comprobado que resulta ser efectivo cuando se aplica en el tratamiento de estos estados, es decir se elimina o disminuye la dolencia o problemática del cliente.

Considero que los resultados exitosos de este modelo se deben a los fundamentos teóricos que lo conforman, pues retoma los principales fundamentos de la teoría sistémica, es decir la teoría general de sistemas y la cibernética, pero a su vez propone una metodología propia. Asimismo revolucionaron la terapia, pues aportaron una vía de intervención, que permite dar cuenta de los cambios, ya que se centra en los comportamientos –lo observable–, pero también toma en cuenta el sistema de creencias del cliente, que junto con los intentos de solución conductuales mantienen el problema.

Me parece que es un modelo útil en nuestro país, puesto que es un proceso que no requiere de muchas sesiones, y además permite crear un plan de intervención *ad hoc* a las necesidades de cada persona. Por lo tanto me parece aplicable en las diferentes instituciones de salud pública de México, no sólo en instituciones psiquiátricas o de salud mental, sino en todas las instituciones de este sector, ya que se puede aplicar a diversas problemáticas, pues tal como señala Nardone (2007), no pretende extinguir definitivamente los problemas de los pacientes, sino una solución focal de los problemas.

Pienso, que puede resultar difícil, la aplicación de este modelo si no se tiene la suficiente información con respecto a los fundamentos epistemológicos, pues considero que al inicio es complicado olvidarse de los modelos lineales, ya que la mayoría de los psicólogos hemos sido entrenados bajo estas perspectivas.

Por último coincido con Freidberg (1989) en que es muy importante considerar la postura epistemológica del terapeuta, pues los objetivos, intervenciones y resultados del tratamiento estarán permeadas por las concepciones de este ante la vida.

### 1.2.4 Terapias breves orientadas a las soluciones

#### 1.2.4.1. Antecedentes

Para el modelo de soluciones, la terapia implica intentos deliberados de producir un cambio de punto de vista y/o acciones que lleven a la solución, más que explicaciones y comprensión de la naturaleza u origen del problema. Considera que no hay una teoría correcta de la psicoterapia, por lo que valida diversas teorías y técnicas, pues su foco de atención está en la utilidad de éstas para producir cambios y resultados positivos, basados en la exploración de aptitudes, capacidades, excepciones y soluciones del cliente, (Espinoza, 2004; O’Hanlon y Weiner-Davis, 2010).

Los antecedentes del Modelo de Terapia de Soluciones se remontan al trabajo teórico y epistemológico de Milton Erickson, Gregory Bateson y el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto.

Milton Erickson, es considerado pionero en diversas áreas de la terapia tales como la terapia familiar, terapia breve, y terapia estratégica. Es el primer terapeuta en utilizar las técnicas enfocadas a soluciones a través de la hipnosis, desarrolló una manera de hacer terapia, que no suponía un trance formal, pero incorporaba elementos de la comunicación y de la influencia interpersonal; Para Erickson era poco relevante especular sobre el origen de los problemas, consideraba habilidades y convertía en ventajas lo que para los demás terapeutas era patológico; Destacó que la terapia puede ser breve y ajustada para satisfacer los estilos y las idiosincrasias de cada cliente, es decir utilizar todo lo que el cliente presenta –“resistencias”, síntomas, creencias rígidas, conductas compulsivas, etc.– para solucionar el problema, pues Erickson consideraba que los clientes tienen los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitan hacer, por lo que el papel del terapeuta es acceder a estos recursos y ayudar a los clientes a usarlos en las áreas apropiadas de sus vidas; Se habla además de la cura como algo repentino que se ve influenciado por las expectativas, ya que una actitud de expectación favorece la exploración, el descubrimiento y la curación. (De Shazer, 1989; De Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich, y Weiner-Davis, 2000); O’Hanlon y Bertolino, 2001; O’Hanlon y Weiner-Davis, 2010; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El antropólogo Gregory Bateson, tuvo un papel central en la definición de la cibernética, su aplicación en las ciencias sociales, psicológicas y la terapia familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004). Sus estudios también impactaron en los supuestos de la terapia breve y del cambio; Estableció una relación recursiva entre el significado (encuadre) y la acción, es decir que un cambio de visión respecto al problema (reencuadre) favorece un cambio en la conducta de las personas (Espinosa, 2004). Por lo que la terapia está destinada a modificar en forma gradual las definiciones que componen el encuadre de una familia (reencuadre); Se considera que la realidad de las personas es uno de los modos de dar sentido a las cosas y hechos que experimentan, por lo que el terapeuta pretenderá ayudar a encontrar una nueva manera de verla, participando en la co-creación de la realidad de las personas. (Cade y O'Hanlon, 1995; de Shazer, 1989; O'Hanlon y Bertrolino, 2010).

El trabajo del MRI formuló un enfoque terapéutico que considera los problemas de la gente como aspectos de la interacción, desarrollados por un manejo inadecuado de las dificultades de la vida cotidiana y mantenido o empeorado por los intentos de solución del mismo. Por lo que no se centra en revisar el cuadro patológico, en reorganizar a las familias o producir insight, sino se trata de un enfoque pragmático que procura abordar las problemáticas de la manera más simple y económica posible para resolver el problema, "orientado hacia las metas" y evalúa las técnicas según su utilidad para alcanzarlas, es decir la utilidad de estas para aliviar las quejas específicas, que los clientes llevan a terapia. (De Shazer, 1989; O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010).

En este panorama emergió el *Modelo de Terapia de Soluciones*, como un cambio de enfoque ante la tendencia de la mayoría de las psicoterapias enfocadas a eliminar problemas y la patología de las personas, centrándose en las cosas positivas que la gente hace. Plantea que el cliente debe resolver el problema específico que lo trae a terapia, utilizando sus recursos de la misma forma en que resolvieron problemas anteriores, pues se basa en el supuesto de que "la personalidad tiene una fuerte tendencia normal a adaptarse a una oportunidad dada", creando un contexto que le permita acceder a capacidades y recursos que no había aplicado a la situación que le aqueja (O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

#### 1.2.4.2. Principales representantes y sus aportes al modelo

Se considera como principales representantes a Steve de Shazer y William Hudson O'Hanlon, por sus aportes al modelo. Sin embargo el primer autor es considerado como el pionero en este campo (Espinoza, 2004; Trepper, Dolan, MacCollum y Nelson, 2006).

##### *Steve de Shazer.*

De Shazer tiene grandes influencias del MRI ya que al ser alumno de Watzlawick, Weakland y Fisch en Palo Alto, quedó encantado con el trabajo de Milton Erickson, pero él descubrió que conviene más buscar claridad donde no existe, además de no forzar demasiado al cliente. Es así que en la década de los ochenta se trasladó a Milwaukee y fundó el Brief Family Therapy Center (BFTC). Su grupo de trabajo estaba conformado por Wally Gingerich, Alex Molnar, Eve Lipchik, Elam Nunnally, Kate Kowalsky, Ron Kral e Insoo Kim Berg, siendo ésta última esposa de Shazer e inspiradora de gran parte de las adquisiciones técnicas del centro (Bertrando y Toffanetti, 2004; de Shazer, 1989, 2004; Trepper, et al., 2006).

De Shazer fue director del BFTC de 1978 a 1989 e investigador asociado durante 16 años. Falleció, el 11 de Septiembre de 2005. Entre sus principales obras se encuentran: *"Pautas de Terapia Familiar Breve"*, *"Claves para la solución en terapia breve"*, *"Claves en psicoterapia breve"*, y *"En un origen las palabras eran magia"*. Después de su muerte se publicó un libro en el que recientemente había intentado actualizar la aproximación de la terapia centrada en soluciones: *"More than miracle: The state of the art of solution-focused therapy approach"* (Trepper, et al., 2006).

Entre las principales aportaciones al modelo de la terapia centrada en soluciones desarrollada en el BFTC, están (O'Hanlon y Bertrolino, 2001; O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010):

- *Analogía de ganzúa.* Sostiene que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza del problema que se lleva a terapia para resolverlo, es más importante la naturaleza de las soluciones.
- *La muerte de la resistencia.* No existe la resistencia, asumen que los clientes quieren cambiar realmente; Se asume que cada cliente tiene una forma única de cooperar y que la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esta forma de cooperación.

- *Árbol de decisiones.* Ayuda a los terapeutas a identificar los patrones de cooperación de los clientes con las tareas (variación del enfoque de utilización de Erickson).
- *Tareas de fórmula.* Prescripciones y tareas invariables.
- *Elementos de enfoque:* 1) *Pregunta del milagro.* Permite hacer más real y probable un futuro sin el problema; 2) *Pregunta de la excepción.* Lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, centrándose en las ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas.

#### *William Hudson O'Hanlon*

Bill O'Hanlon, radica en Omaha, Nebraska. Fue preparado por Erickson, por lo que desarrolló un modelo de terapia breve orientado a las soluciones, retomando elementos de trabajos de su mentor. O'Hanlon reconoce la influencia de Erickson en su trabajo, pero difiere en que lo consideren discípulo de Steve de Shazer y el BFTC de Milwaukee, pues nunca se asoció a él. Refiere que sus propuestas teóricas se desarrollaron simultáneamente y a pesar de que el nombre de ambos modelos se parece, para O'Hanlon su método es muy diferente al centrado en las soluciones (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Para O'Hanlon el modelo centrado en soluciones pasa por alto, la necesidad de reconocer y validar los sentimientos, así como los puntos de vista del cliente, elementos considerados piedra angular en el modelo orientado a las soluciones. Asimismo veía que el modelo del BFTC se volvió formulista, rígido –con planteamientos como el Juego oficial de preguntas, gráficos de flujo, arboles de decisión, etc.– y poco sensible a los clientes, lo cual está mínimamente relacionado con el trabajo orientado a las soluciones, el cual se rige por un método intuitivo y espontáneo. (Espinoza, 2004; O'Hanlon y Bertolino, 2001).

De este modo O'Hanlon empezó por llamar a su trabajo *Terapia de posibilidades*, como una manera de diferenciarse de Shazer, y considerar que esa manera de nombrarse describía lo que hace. Es decir generar posibilidades, destacando como aspectos positivos de su modelo él no asignar etiquetas estigmatizadoras y el destacar aspectos útiles y provechosos del cliente, esforzándose por producir un cambio en la dirección del curso que dirige la vida del cliente, sin minimizar diversos aspectos negativos y reales que ocurren en el mundo, o contrarrestarlas con un optimismo irreal, pero tampoco dar un mayor énfasis a un pensamiento negativo, según el cual todo es un desastre y no es posible hacer nada para solucionarlo; La terapia de posibilidades,



pone atención en mantener un equilibrio constante entre el reconocimiento y posibilidades, basado en las capacidades y soluciones. Se centra en el presente y en el futuro, procura considerar el pasado, los problemas, los diagnósticos, la medicación, etc., en caso de ser pertinentes a la terapia (O'Hanlon y Bertolino, 2001).

Entre las principales aportaciones de este modelo se encuentran (Espinoza, 2004; O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010):

- *Principio de incertidumbre.* Los instrumentos de observación y los procedimientos de evaluación de cada terapeuta no pueden dejar de influir en los datos a observar, situación que puede favorecer o entorpecer el proceso terapéutico:
  - a. *Salud iatrogénica:* salud que se promueve o crea por la intervención terapéutica a través de instaurar un efecto placebo en la dirección de la solución y la curación, en vez de crearlo en dirección de los problemas y la patología.
  - b. *Co-creación de problemas resolubles.* Los clientes llegan con una definición del problema poco útil para su resolución, por lo que es preferible negociar con los clientes, problemas que estén en manos del terapeuta y el cliente resolver o por lo menos parezcan más manejables.
  - c. *Co-creación de realidades.* No existe el problema real en terapia, por lo tanto en vez de buscar los verdaderos sentimientos, problemas o puntos de vista de los clientes, se opta por influir y co-crear activamente las experiencias que el cliente tiene de la situación.
- *Conversación de posibilidades.* La utilización consciente y creativa del lenguaje es tal vez el método indirecto más influyente para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitables.
  - a. *Presuposiciones.* Formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente.
  - b. *Utilización de los tiempos verbales.* Crear una realidad en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el presente y el futuro.
  - c. *Cooperación.* El cliente es tan experto como el terapeuta; El cliente es experto en su propia experiencia y el terapeuta en crear un clima

interactivo y conversacional que facilite el cambio y la obtención de resultados.

- *Reconocimiento*. Reconocer lo que dicen o hacen los clientes y solidarizarse con ellos, para que tengan la sensación de ser escuchados y comprendidos, invitándolos así a progresar con rapidez.

Los modelos expuestos en este apartado, se toman como base para el trabajo de la terapia de soluciones.

#### 1.2.4.3. Supuestos teóricos

La terapia breve centrada en soluciones y la terapia orientada en soluciones o terapia de posibilidades, comparten fundamentos teóricos que dan forma a sus propuestas basados en el trabajo de Erickson, del MRI y Bateson, pero difieren en la metodología de trabajo. O'Hanlon da mayor peso a la espontaneidad y sensibilidad hacia el cliente, mientras de Shazer, presenta mayor estructura y diseño de la intervención. A continuación se exponen los supuestos teóricos de ambas propuestas, como parte de *la terapia de soluciones* (Berg y Miller 1992; O'Hanlon y Weiner-Davis, 2010; O'Hanlon y Bertolino, 2001):

- El cliente es experto en su propia experiencia, se acepta la significación del cliente en su significado literal. Por lo tanto es quien define sus objetivos.
- El cliente tiene capacidades y actitudes necesarias para resolver sus quejas.
- No es necesario saber mucho de la queja para resolverla.
- No es necesario saber la causa o la función de una queja para resolverla.
- Es posible provocar cambios o resolver problemas con rapidez
- El terapeuta procura que la conversación se centre más en el futuro que en los problemas del pasado.
- Lo importante es lo que se puede modificar: se debe centrar más en la solución y en las capacidades, que en la patología.
- La manera de observar altera los datos que se observan.
- Un pequeño cambio en un área puede causar profundas diferencias en muchas otras.
- El terapeuta sirve al paciente indagando su singular manera de conceptualizar la dolencia que lo llevó a buscar el tratamiento.

- El cambio forma parte de la vida, por lo tanto es inevitable.
- La relación terapéutica es cooperativa, no sólo el cliente debe trabajar con el terapeuta sino el terapeuta también trabaja con el cliente. De este modo no existen pacientes resistentes sino diferentes tipos de relaciones entre cliente y terapeuta: 1) *Comprador*. Identifica junto con el terapeuta un objetivo para el tratamiento, se ve como parte de la solución y está dispuesto a hacer algo respecto al problema; 2) *Demandante*. Puede identificar junto con el terapeuta un objetivo, para el tratamiento, pero no han podido identificar los pasos concretos que necesita dar para producir una solución; 3) *Visitante*. Cliente y terapeuta no han identificado un objetivo para trabajar en el tratamiento. El cliente no ve ninguna razón para cambiar, ni para estar en terapia.
- Filosofía central: 1) Si no está roto, ¡No lo componga!; 2) Una vez que sepa que es lo que funciona, ¡Haga más de lo mismo!; 3) Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡Haga algo diferente!
- No hay una única forma correcta de ver las cosas; diferentes puntos de vista pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.

Estos supuestos son el fundamento del trabajo y el tipo de intervenciones desarrolladas en la terapia de soluciones.

#### 1.2.4.4. Objetivo

El modelo de soluciones, pretende dar mayor énfasis a las soluciones del problema, que a las causas que lo originaron o lo mantienen (O'Hanlon y Bertolino, 2001; Trepper, et al., 2006). El terapeuta ayuda a construir una expectativa no sólo de que el cambio es posible, sino cierto. De este modo la terapia es un proceso cooperativo, la mayor parte del tiempo se centra en la descripción y clasificación de las actividades del terapeuta que crean un diálogo de cooperación para orientar a los clientes a encontrar soluciones al problema con sus propios recursos y capacidades. (O'Hanlon y Bertolino, 2001; Berg y Miller, 1992; De Shazer, et al., 2000).

## 1.2.4.5. Intervenciones

El Modelo de Soluciones tiene diversas intervenciones, entre las cuales destacan: las intervenciones de fórmula, búsqueda de excepciones, la pregunta del milagro, intervenciones de escalas, las cuales se explican con mayor detalle en la figura 15 (Berg y Miller 1992; Cade y O’Hanlon, 1995; de Shazer, et al., 2000; O’Hanlon y Weiner-Davis, 2010).

Figura 15. Intervenciones de la Terapia de Soluciones

<i>Intervención</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Descripción</i>
<b><i>Tareas de fórmula.</i></b>		
<i>Tarea de formula de la primera sesión</i>	Aumentar la claridad de las metas del tratamiento, e iniciar la mejoría en el problema presentado.	“Entre esta entrevista y la próxima, quiero que observen y después me digan lo que sucede en su vida (matrimonio, familia, relación)”
<i>Intervenciones de fórmula que se usan junto con la tarea de la primera sesión.</i>	Concentrarse en las cosas que dan resultado o empiezan a darlo y no en exploración o clarificación de la patología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Muchas veces las personas advierten que entre el momento en que conciertan la cita para la terapia y la primera sesión algunas cosas ya parecen diferentes. ¿Qué ha advertido usted de su propia situación?”.</li> <li>• “Preste atención a lo que hace cuando la tentación o el impulso a... (caer en el síntoma o algunas conductas asociadas al síntoma”.</li> <li>• “Entre este momento y la próxima visita me gustaría que usted haga algo distinto y me diga lo que ha sucedido”.</li> <li>• La situación es muy complicada. Entre este momento y la próxima vez que nos veamos, trate de identificar porque la situación no es peor”.</li> </ul>
<b><i>Excepciones</i></b>		
<i>Búsqueda de excepciones</i>	Hacer evidentes al cliente, los momentos en que el motivo de queja está ausente. E invitarlo a reconocer lo ya ha estado haciendo y considerarlos como éxitos. Capitaliza y utiliza los recursos del paciente favoreciendo su autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo consiguió hacer eso?</li> <li>• “por lo que usted me ha dicho sobre su situación, realmente me sorprende que las cosas no sean mucho peor, ¿Cómo lo ha soportado?</li> </ul>
<b><i>Preguntas por el milagro</i></b>		
<i>La pregunta del milagro</i>	Orientar al paciente hacia un estado futuro en el que el problema ya está resuelto que sirva como catalizador para generar la solución.	Supongamos que una noche se produce un milagro, y mientras usted duerme el problema que lo ha traído a terapia queda resuelto. ¿Cómo lo sabría? ¿Qué sería distinto? ¿Qué vería usted diferente a la mañana siguiente, como signo que se produjo un milagro? ¿Qué es lo que harán o sentirán en lugar de ello?
<b><i>Escala</i></b>		

<i>Preguntas sobre la posición en una escala.</i>	Las preguntas, están destinadas a informar al terapeuta y sirven para motivar, alentar y fomentar el proceso de cambio.	“En una escala que va de cero a diez, y en la que cero representa lo peor, y diez corresponde a las cosas tal como serán cuando estos problemas estén resueltos, ¿Dónde se situaría usted el día de hoy?”.
<b>Intervenciones de enmarcado</b>		
<i>Reenmarcado</i>	Ayudar a las personas a saltar fuera de los marcos que limitan su capacidad para adoptar perspectivas diferentes y empezar con ello a resolver las situaciones problemáticas.	El terapeuta proporciona o alienta el desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación de modo directo o indirecto.
<i>Desenmarcado</i>	Que el cliente cree o descubra significados alternativos o quede sin ningún significado en particular.	El terapeuta desafía (directa o indirectamente) los significados que el cliente asocia con la situación sin proporcionar un nuevo marco.
<b>Felicitaciones</b>		
<i>Elogios</i>	Sostener la orientación hacia la solución mientras continúa el desarrollo de su campo afirmativo.	Se refieren a destacar las cosas útiles, positivas o correctas que ya está haciendo el cliente.
<b>Normalizar y despatologizar</b>		
<i>Normalizar</i>	Ayudar a los clientes a considerarse así mismos como personas normales	Ver las dificultades, como algo normal, cotidiano en vez de algo psicológico o patológico. Ej. “bueno eso es muy comprensible”.

Las intervenciones expuestas en la figura 15, pueden ser aplicadas a diversos campos así como a diversas áreas de la psicología: Terapia Sexual, problemas de consumo de alcohol y autoayuda, por nombrar algunas.

#### 1.2.4.6. Consideraciones finales

La aplicación del modelo se ha visto reflejada en diferentes campos, tales como:

- La terapia sexual, donde ha resultado ser muy útil, pues difiere con otros modelos en cuanto a que no se centra en la carencia o en la dificultad, sino en ampliar lo positivo y encontrar excepciones, lo cual es interesante, pues permite ampliar su mirada, evidenciando que hay momentos en que el problema no está presente y por lo tanto aumentar las expectativas y colaboración para la solución del problema. (Green y Flemons, 2004).
- Problemas relacionados con el consumo de alcohol (Berg y Miller 1992). Es importante, pues las premisas del modelo de soluciones permiten generar alternativas no sólo para los consumidores de alcohol, sino para los profesionales a cargo de dichos procesos terapéuticos, ya que en ocasiones dichos profesionales son pesimistas respecto al

pronóstico del tratamiento y por lo tanto existir una predisposición que limita las posibilidades de éxito, en la solución del problema.

- Es útil también en situaciones de depresión (O'Hanlon, 2005) y enfermedades crónicas (Llyd H. and Dallos R. ,2008), ya que brinda un panorama distinto y alternativas a las personas involucradas, quizá con mayor evidencia en el caso de las enfermedades crónicas, pues a pesar de saber que nunca podrá estar libre de la queja, existen formas de verlo, es decir de resignificarlo y afrontarlo.

Por último, me gustaría comentar que me parece un modelo muy útil, sin embargo considero que a pesar de su evolución y orientación hacia posturas posmodernas, por momentos me da la impresión de poca escucha hacia el paciente, pues desde que se inicia el encuentro, el terapeuta ya está pensando que es posible un cambio, tiene una agenda a seguir, que desde mi perspectiva podría limitar la posibilidad de escucha, al privilegiar la mirada del modelo, es decir centrarse en recursos, posibilidades y excepciones al problema, más que a la persona, sus necesidades y tiempos en cuanto al proceso del cambio se refiere; Aunque no dejó de reconocer sus bondades, flexibilidad y adaptación a diversas áreas, incluso en áreas no psicoterapéuticas como la Psicología Organizacional.

### **1.2.5 Modelo de Milán**

#### **1.2.5.1. Antecedentes y desarrollo del modelo**

La terapia del grupo de Milán parte de una orientación psicoanalítica. En 1967, la psicoanalista infantil y especialista en anorexia Mara Selvini Palazzoli, fundó el Centro para el Estudio de la Familia, en Milán Italia, centro privado cuya actividad se desarrolló en un contexto hostil y culturalmente no preparado, motivo por el cual presentó diversos obstáculos, tales como la dificultad de encontrar y motivar a las familias para el tratamiento, así como poca experiencia de los terapeutas en el trabajo con familias. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo y Bertrando, 1996; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003; Reséndiz, 2010; Sánchez y Gutiérrez, 2000; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Selvini realizó un viaje a New York en el que conoció a Boscolo y Cecchin, y los invitó a participar en su grupo de colaboradores. Cuando estos regresaron a Italia se unieron al equipo de Selvini y tras haber reformulado la forma de trabajo, se creó una asociación sin fines de lucro para el estudio de las familias. En 1971, se constituyó el grupo de trabajo conocido como “grupo de Milán” conformado por cuatro miembros, Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, quienes se separan del psicoanálisis y adoptan un modelo sistémico, tomando como fundamento el modelo de Terapia Breve de Palo Alto del Mental Research Institute (MRI) y la Teoría de la Comunicación Humana de Watzlawick, quien supervisó su trabajo en sus comienzos. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003; Reséndiz, 2010; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Durante la mayor parte de la década de 1970, el grupo se reunía como equipo de trabajo dos días por semana y veía como promedio a dos familias por día. Cada sesión se dividía en cinco partes: I) *La pre-sesión*, en la cual el equipo formulaba una hipótesis preliminar, acerca de la queja de la familia; II) *La sesión*, duraba aproximadamente una hora y estaba a cargo de una pareja heterosexual de coterapeutas, quienes solicitaban cierta información a las familias y se interesaban por el modo en que era suministrada tal información, como un índice del estilo de la interacción familiar. Los terapeutas se abstendían de revelar los fenómenos observados, así como de emitir valores y juicios, lo retenían para usarlo como guía para la intervención final. Durante la sesión también existía una pareja heterosexual de colegas en la cámara de observación, los cuales daban sugerencias o aconsejaban a los terapeutas a cargo de la familia; III) *Discusión de la sesión*. Los terapeutas salían y se reunían con los observadores para discutir la sesión y decidir en equipo como concluirla; IV) *Conclusión de la sesión*. Los terapeutas volvían para concluir la sesión, generalmente con un breve comentario o una prescripción paradójica; V) *El acta de la sesión*. El equipo se reunía una vez más para discutir las reacciones observadas al cierre de la sesión. Formular suposiciones y redactar el acta de la sesión para sintetizar los elementos principales; El número de sesiones que se fijaban eran diez con un intervalo mensual, pues observaron que las entrevistas con intervalos más largos eran más eficaces, ya que permitía que la familia se organizara de forma diferente antes de la próxima sesión. (Boscolo y Bertrando, 1996; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003; Reséndiz, 2010; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Entre sus publicaciones más importantes se encuentran: “*The treatment of children through brief therapy of their parents*” en 1974; “*Paradoja y contraparadoja*”, en 1975; en 1980 se publicó el

artículo “*Hipótesis, Circularidad y Neutralidad*”, último título que publicaron como grupo, el cual marcó el final de su colaboración, y el inicio de la siguiente fase del modelo basado en las teorías de Bateson. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Reséndiz, 2010).

En 1980, el grupo se dividió principalmente por algunos motivos prácticos; Selvini y Prata se enfocaron en el sistema observado, específicamente en los patrones transmitidos de generación en generación, que solían desarrollar síntomas acordes a la situación familiar. Continuaron con sus investigaciones y se dedicaron a enseñar su método de trabajo en Europa y Canadá. En 1981, presentaron un nuevo método, “*la prescripción invariable*” en el Congreso Internacional de Psicoterapia de la Esquizofrenia en Heidelberg, pero Selvini, se mostraba insatisfecha tras los resultados de dicha investigación por lo que dividió el grupo y constituyó un nuevo equipo de investigación sobre las tipologías familiares, para posteriormente publicar “*los juegos psicóticos en la familia*” (1988), obra en la cual se desarrolló un nuevo concepto, el “*embrollo familiar*”, con el que surgió un nuevo modelo de seis estadios de la génesis familiar de la psicosis. Selvini fue muy criticada por esta publicación y a partir de entonces comenzó a declinar su influencia en la Terapia Familiar. En 1998, se retiró de la terapia familiar y murió en 1999; Boscolo y Cecchin se interesaron más por la formación en terapia familiar, en el sistema observante y las ideas de Bateson, así como en el desarrollo de conceptos y técnicas de intervención que reflejaran un lenguaje “discreto y poco agresivo”. (Boscolo y Bertrando, 1996; Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003; Hoffman, 2004).

#### *Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin*

A finales de la década de 1970, Boscolo y Cecchin pasaron de la investigación sobre las familias al interés en la formación y la terapia. Este desplazamiento refleja su interés en un modelo de cibernética de segundo orden, dedicándose a la formación de terapeutas y denominándose como “Asociados de Milán”. (Boscolo y Bertrando, 1996; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003; Reséndiz, 2010).

Para Cecchin el énfasis de su trabajo ahora recaía sobre el terapeuta –la persona que observa el sistema–, en conocer ¿Qué le ocurre a él? ¿Qué hace? y ¿cómo se conecta con la familia. Ya no buscan todo el tiempo alianzas y coaliciones en las familias, ni confusiones entre generaciones,



sino se busca cuál es la premisa básica de la familia, es decir, la idea básica que mantiene a la familia andando; Según Boscolo, su trabajo se basaba en la definición epistemológica de Bateson: *“un sistema es cualquier unidad estructurada a partir de la retroalimentación”*, lo cual permite ver la relación entre terapeuta y familia como estructurada en la relación, donde el terapeuta ocupa una posición auto-reflexiva, en la que surge el dilema de actuar y pensar al mismo tiempo, pero si se comprende esta posición, se pueden usar estos dos niveles en las intervenciones. (Boscolo, Cecchin, Campbell y Drapper, 1985).

Después de la publicación del artículo con Selvini y Prata, *“Hipótesis, Neutralidad y Circularidad: tres directivas para la conducción de la sesión”*, Boscolo y Cecchin no publicaron muchas obras como equipo, pues sus ideas se transmitían esencialmente a través del diálogo. Por lo que para sintetizar y escribir sus posiciones, en 1987 publicaron un libro con la ayuda de Lynn Hoffman y Peggy Penn, que les invitó a reflexionar sobre su trabajo y les permitió desentrañar elementos de la terapia para entender qué era para ellos hacer terapia, percibir la relación entre el pensar y el sentir del terapeuta, así como de los miembros de la familia. El libro fue titulado *“Terapia familiar sistémica de Milán: diálogos sobre teoría y práctica”* (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003).

En el trabajo de Boscolo y Cecchin desaparecieron las parejas mixtas y la idea de que dos terapeutas atendieran a la familia en el consultorio. Pero aún predomina el concepto de Bateson de visión binocular, es decir debía estar una persona dentro del sistema y otra que pudiera observarla (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

Durante esta época –diciembre de 1987– Cecchin publicó el artículo llamado *“Nuevas visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad”* en el que reformuló el concepto de *“Neutralidad”*, no como ausencia de toma de posición sino como un estado de *“curiosidad”*, pues al escribir el libro junto a Boscolo, Hoffman y Penn, identificó que se necesitaba corregir el concepto de neutralidad, pero no encontró manera de plantearlo en ese momento a sus colegas. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003; Cecchin, 1989).

Así es, que el método de Milán se aleja cada vez más de la terapia familiar tal como se le conoce tradicionalmente. Después de la publicación del libro, Boscolo y Cecchin viajaron alrededor del mundo exponiendo y aplicando su método, conociendo así diversas personalidades entre ellos

Maturana, quien también ha sido considerado uno de los pensadores más importantes para el Modelo de Milán. Incluso Boscolo y Cecchin han referido que además de ser hijos de Bateson también lo son un poco de Maturana, pues retoman de éste la idea de que la realidad emerge en el lenguaje a través del consenso. Al ser herederos de Bateson y conocer el trabajo de Maturana se descubren como constructivistas y desarrollan una sensibilidad particular por el lenguaje y se vuelve importante el uso de las metáforas, la retórica y la hermenéutica en la terapia. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo y Bertrando, 1996; Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003; Reséndiz, 2010).

Se desplazó entonces la atención al observador y ya no se miró a la familia como una máquina homeostática que hay que reparar, sino se comenzó a prestar mayor atención a lo que sucedía en la sesión, al intercambio de informaciones, emociones y significados entre terapeutas y clientes. De manera que el modelo de Milán, incorpora el lenguaje, las historias y las construcciones; desarrolla teorías y técnicas que complementarán y formarán parte de la aproximación sistémica de Milán, entre los cuales destacan: la irreverencia, los prejuicios, el tiempo, la terapia sistémica individual y la terapia dialógica (Boscolo y Bertrando, 1996; Reséndiz, 2010).

#### 1.2.5.2. Representantes

##### *Mara Selvini Palazzoli*

Mara Palazzoli, es su nombre de soltera, nació en el contexto de una familia de recursos económicos favorables en Milán Italia. Estudió medicina motivada por rebelarse a los deseos de su madre para estudiar en la Universidad Católica. En 1940 comenzó su interés por estudiar a muchachas anoréxicas, pues cuando se especializaba en medicina interna tuvo los primeros acercamientos a ese tipo de casos.

Contrajo matrimonio con el cardiólogo Aldo Selvini. Trabajó como psicoanalista y dedicó varios años a trabajar con la anorexia nerviosa. En 1963, publicó su libro "*L'a anoressia mentale*" el cual le da fama en Europa (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Formó el grupo de Milán, con el cual colabora de 1971 a 1979. Para posteriormente constituir un nuevo grupo conformado por Matteo Selvini, Stefano Cirillo y Ana María Sorrentino. En 1988 se

retira de su labor profesional, y murió en junio de 1999. (Bertrando y Toffanetti, 2004, Reséndiz, 2010).

#### *Gianfranco Cecchin*

Gianfranco Cecchin, nació el 22 de agosto de 1932 y falleció el 02 de febrero del 2004.

En 1959, se graduó como Médico en la Universidad de Padova. Se especializó en 1964 como psiquiatra y psicoanalista en Nueva York. Realizó práctica privada en Milán y colaboró en el grupo del Modelo de Milán, de 1971 a 1980.

De 1980 a 2004, fue codirector en el Centro Milanés de Terapia Familiar y líder en numerosas conferencias en Europa, Estados Unidos y Canadá (CMTF, 2013).

#### *Luigi Boscolo*

Luigi Boscolo, es psiquiatra, psicoanalista y terapeuta familiar. Es co-fundador y docente del Centro Milanés de Terapia Familiar, en Milán.

En 1960, terminó sus estudios de Medicina y Pediatría. Se especializó en Psiquiatría y Psicoanálisis en Nueva York, en el periodo de 1961 a 1967.

En el periodo de 1967 a 1980, trabajó en el “grupo de Milán” y a partir de 1980 fundó junto con Cecchin el centro Milanés de Terapia Familiar. Se ha dedicado al entrenamiento de profesionales de salud pública, en Italia y en el extranjero (CMTF, 2013).

Ha trabajado en diferentes contextos relacionados con la práctica clínica, la consulta privada, el trabajo de investigación, terapia familiar, terapia de pareja y terapia sistémica individual (Boscolo y Bertrando, 2008).

### 1.2.5.3. Supuestos teóricos

Al inicio el modelo de Milán se basó en la *Teoría general de sistemas, la cibernética y la pragmática de la comunicación humana*. La familia era un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

La pragmática de la comunicación humana, ofreció los instrumentos adecuados para el análisis de la comunicación, que son: el concepto de contexto como matriz de los significados; la coexistencia en el hombre, del lenguaje analógico y digital; el concepto de la secuencia de interacción; el concepto de necesidad de definición de la relación y los distintos niveles verbales y no verbales en los que puede darse tal definición; el concepto de posición simétrica y complementaria en el vínculo; los conceptos fundamentales de paradoja sintomática y paradoja terapéutica. (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Durante este periodo denominado estratégico, los principios que retomaron se encuentran en la cibernética de primer orden, pues el consultor y los terapeutas observaban desde el exterior el objeto del cual se ocupaban. Este periodo también refleja la epistemología en la cual se mantuvo Mara Selvini Palazzoli; Después se interesaron en las ideas de Bateson, y se ha denominado este periodo como Batesoniano. Aquí se dio mayor importancia a los cambios de significados, es decir a las premisas epistemológicas del cliente y el terapeuta. Cecchin identificaba este movimiento como el inicio del acercamiento a las *ideas constructivistas*, pues el trabajo coincidía con las ideas de Maturana y Von Foerster. Lo cual se reflejó posteriormente en el artículo publicado por Cecchin, en 1987, referente a la *"curiosidad"*. A partir de este artículo, se toma la idea de la cibernética de segundo orden, *"cibernética de los sistemas observantes"*, en la cual no existen separación entre el observador y lo observado, las descripciones del observador reflejan sus teorías y sus prejuicios (Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003).

Maturana es considerado un pensador esencial para el Modelo de Milán, pues de él se retomó la idea de *que la realidad emerge en el lenguaje a través de consenso*, es decir, la realidad se co-construye, y por lo tanto se vive en un *multiverso*. Desarrollando así una sensibilidad particular por el lenguaje, relevancia por el uso de las metáforas, de la retórica y de la hermenéutica. Por lo tanto pierde sentido la idea de curar a la familia y se considera a cada sistema sano desde su propio punto de vista. De esta forma, la idea de patología desaparece completamente, pues la

objetividad es puesta entre paréntesis. (Boscolo y Bertrando, 1996; Boscolo y Bertrando, 2008; Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003).

Posterior al constructivismo, el modelo de Milán también se vio influenciado por el construccionismo social y la narrativa, periodo al que se ha denominado *etapa posmoderna*: El *construccionismo social* pone atención en las relaciones, pues se basa en que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son comunicados a través del lenguaje; la narrativa permite poner la atención en saber cómo los clientes conectan los hechos y significados de su pasado para explicar su presente y vincularlo al futuro, es así que se pasa de una perspectiva sincrónica a una perspectiva diacrónica (Boscolo y Bertrando, 2008; Reséndiz, 2010).

A continuación se presentan algunos de los conceptos desarrollados en las diferentes fases del modelo de Milán. Algunos han permanecido en las diferentes etapas e incluso siguen vigentes en la actualidad, pues han evolucionado con el modelo *–evolución epigenética*, un modo de teorizar conceptos y experiencias recursivamente conectados en una evolución continúa (Boscolo y Bertrando, 2008; Bertrando, 2011)–.

### *Conceptos del Grupo de Milán*

#### *Juego familiar*

Las familias con transacción esquizofrénica sostienen su propio juego –el uso del término es intuitivo e informal, con la finalidad de producir asociaciones, semejanzas y lenguajes aptos para encuadrar de modo más claro los fenómenos que sugieren ideas de grupo, equipo, individuos, jugadores, posiciones (mando, soldado, ataque, defensa), estrategias, tácticas, movidas, habilidades y alternar turnos), es decir un lenguaje ligado a relaciones interpersonales y cambios de conducta (Selvini, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1999)– a través de marañas de paradojas que involucra a todos los miembros de la familia. Marañas que pueden ser disueltas solo por paradojas terapéuticas; Se ve al síntoma como un fenómeno coherente con características interaccionales específicas del grupo natural con el que se identifica. El poder se encuentra en las reglas del juego, basado en la hipótesis de que la familia es un grupo natural regulado en su interior por una simetría llevada al punto de exasperación que la hace inconfesable y por lo tanto se mantiene

encubierta. El juego puede continuar hasta al infinito pero puede también implicar el riesgo de la ruptura (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

#### *Transmisión intergeneracional del juego*

Son necesarias por lo menos tres generaciones para obtener un esquizofrénico, ya que las familias de origen muestran normas rígidas y repetitivas en la resolución de problemas. En la segunda generación la pareja no sólo adopta soluciones disfuncionales sino se observa gran cautela al exponerse por miedo al rechazo. Cada uno partió con el enorme deseo de recibir una confirmación, deseo que tanto más intenso es, más crónicamente insatisfecho se vuelve; En estas familias de origen la lucha por la definición de la relación es muy exasperada porque los padres –primera generación– se comportaron como si confirmar representara un signo de debilidad. De esta manera el juego configura las reglas secretas de la relación, en el que el mensaje se hace siempre más críptico para evitar exponerse y se vuelven expertos en el uso de la paradoja (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

#### *Mito familiar*

Es un producto colectivo, convicciones que el grupo comparte, éstos dictan el tipo de relaciones que establecen los miembros de la familia entre sí, son aceptados por cada uno como cosa sagrada y tabú, que nadie osa examinar y mucho menos desafiar. Prescribe los atributos y papeles de cada uno de ellos. El mito tendrá mayor fuerza si viene de generaciones atrás, cuyo fin es mantener la homeostasis familiar (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata 1988; Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

#### *Paradoja*

Tácticas y maniobras en que se prescribe el síntoma, o al menos se recurre a elogiarlo, connotarlo positivamente, fomentarlo, manifestar preocupación por el hecho de que desaparezca demasiado rápido, etc., que aparentemente se oponen a los objetivos de la terapia, pero que en realidad se adoptan para alcanzarlos; Se manifiestan como interpretaciones –redefiniciones relacionales del síntoma como conducta de protección y sacrificio por parte del paciente a favor de los demás miembros de la familia– de *por qué* el paciente ha desarrollado el síntoma, orientadas a provocar o estimular reacciones de cambio. (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

### *Contraparadoja*

Es el contragolpe más verosímil del comportamiento esquizofrénico, que consiste en llevar la paradoja al extremo, al imposible absoluto a través de la sustitución “del hacer por el ser”, no tienen que hacer algo, tienen que ser lo que no son, es decir no es que lo hagan como debieran hacer, es que no son como debieran ser, donde él *como* por obvio parece indefinido; Son paradojas terapéuticas para disolver las marañas que mantienen el juego familiar, basadas en la idea de que realmente no hay jamás vencidos ni vencedores de acuerdo a las posiciones en el vínculo, que son siempre seudocomplementarias o seudosimétricas (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

### *Connotación positiva*

Término que surgió por la necesidad de llegar a una intervención terapéutica paradójica sin contradecirse, pues no podían prescribir lo que a inicios se criticaba, es decir la prescripción del síntoma al paciente designado, por lo que se connotó positivamente tanto el síntoma del paciente designado como los comportamientos de los otros miembros de la familia; Se validan los motivos de todos los comportamientos observados, enmarcándolos en el deseo de mantener la unión y cohesión del grupo familiar (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

### *Hipótesis*

Es una técnica que permite explicar los hechos, una suposición, cuya función es conectar las conductas de la familia con su significado; son útiles en el proceso terapéutico como guía, para obtener nueva información que confirme, refute o modifique la explicación de los hechos. (Cecchin, 1989; Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1990; Ugazio, 1985).

### *Neutralidad*

Es una postura que permite percibir un sistema de manera sistémica, asignando el mismo peso a todas las partes; Se trata de adoptar varias posiciones, en vez de no adoptar ninguna; Ser neutral es imposible, pero se convierte en sinónimo de esforzarse en no ser inducido por el sistema familiar, y ser capaz crear un estado de *curiosidad* –exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos– en la mente del terapeuta (Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003; Boscolo, Cechhin, Hoffman, Penn, 2003 ; Cecchin, 1989).

*Circularidad*

Es una técnica empleada en el desarrollo de las hipótesis y la neutralidad; Se refiere a la capacidad del terapeuta para buscar información acerca de las relaciones y las diferencias. Su exploración se basa en la retroalimentación recibida de la familia en respuesta a su pedido de información acerca de las relaciones y por lo tanto de diferencias y cambios (Cecchin, 1989; Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1990).

*Terapia breve-larga*

El modelo de Milán se define como una terapia breve por el número de sesiones y larga por la duración del proceso terapéutico. El intervalo de sesiones es mensual y se considera como una de las principales características del modelo. (Boscolo y Bertrando, 1996).

*Conceptos de Mara Selvini Palazzoli y su equipo de investigación**Estancamiento*

La característica esencial del estancamiento es el perfecto encaje que se determina entre las necesidades afectivas de los dos *partners*, encaje que hace imposible una disolución de la pareja incluso en presencia de elementos específicos de frustración y de insatisfacción que los dos cónyuges experimentan en la relación (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

*El embrollo*

En el juego del embrollo un padre hace ostentación de una relación privilegiada con uno de sus hijos a quien da a entender que lo prefiere por encima de su cónyuge. Esta relación es usada como instrumento de una estrategia en contra del otro cónyuge, que es su verdadero centro de interés. El hijo sabe que es participe de una relación ilícita, lo que le hace desconfiar cada vez más de su aliado hasta que descubre que en realidad su padre le ha utilizado para enfrentar a su cónyuge, entonces se siente traicionado y condenado al silencio por la ilicitud de su relación. (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).



*La instigación*

Este juego consiste en una provocación disimulada a la que se responde con un enojo disimulado, de tal forma que quien instiga nunca consigue provocar abiertamente a la otra persona. Uno instiga al otro siempre para provocar a un tercero (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

*Aproximación individual y tri-generacional*

El modelo de Milán implica una aproximación individual y tri-generacional desde un pensamiento multidimensional, que aprecia la individualidad en el aquí y ahora, en relación con la familia del individuo sintomático y en relación de éste con el terapeuta. Estas relaciones del sujeto son vistas como fruto de su historia o de sus relaciones pasadas, ahora cristalizadas (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990; Selvini, Cirillo, Selvini y sorrentino, 1999).

*Conceptos de Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin*

Boscolo y Cecchin desarrollan ideas más cercanas al constructivismo y la posmodernidad. Se resumen a continuación:

*Contexto y significado*

Sin *contexto* no hay significado. El significado de la acción y el comportamiento, sólo es dado por el contexto (Boscolo, Cecchin Campbell y Draper, 1985).

*Sistema significante*

Es una idea que permite definir la índole del problema con más exactitud que la idea de sistema familiar; incluye todas aquellas unidades (personas o instituciones) que se activan en el intento de aliviar los problemas cuya solución se solicita a los profesionales (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

*Posición auto-reflexiva*

Cuando observas un sistema te vuelves parte de él. De este modo se forma parte del sistema, pero al mismo tiempo, se requiere una autoevaluación como si se estuviera fuera de ese contexto (Boscolo, Cecchin Campbell y Draper, 1985).

*Premisa*

Valores de referencia o principios orientadores, programados en el nivel profundo de la estructura, fuera del alcance de la mente consciente. Útiles en terapia, pues estás parecen mantener las conductas vinculadas a un problema, ya que se tiene la esperanza de que si la premisa varía o se transmuta este cambio afectara la conducta familiar y se producirá un cambio de segundo orden, un cambio de premisa (Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper, 1985; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

### *Irreverencia*

Es una postura derivada de un estado mental del terapeuta que le permite actuar, liberándolo de la ilusión de control. El terapeuta promueve la incertidumbre debilitando constantemente los patrones y los relatos que constriñen a la familia (Cecchin, Lane, Ray, 2002).

### *Los prejuicios*

Se refieren a cada pensamiento preexistente –fantasías, ideas, verdades aceptadas, presentimientos, preconceptos, nociones, hipótesis, modelos, teorías, sentimientos personales, estados de ánimo y convicciones ocultas– que contribuya en un encuentro con otros seres humanos, a la formación del punto de vista, de las percepciones y las acciones. Son inevitables y se expresan a través del lenguaje. De este modo la terapia deriva de los prejuicios del terapeuta y el cliente. El papel del terapeuta desde este punto de vista es el de aceptar dudar sobre sus propias ideas, en la teoría y en la práctica, así como aprender a convivir con ellas simultáneamente (Cecchin, Lane y Wendel, 1997).

### *El Tiempo*

Se refiere a la dimensión temporal –presente, pasado y futuro– desde la perspectiva del sistema terapéutico, la familia, el terapeuta y el equipo de observación. Se considera al sistema como una entidad siempre dispuesta a transformarse en entidades diversas, es decir dispuestas a construirse un futuro. Se aleja de una concepción lineal del tiempo, y se busca en los significados y las acciones creadas en el presente. Parte de la premisa de que los síntomas aparecen cuando las relaciones de una persona consigo misma o con los demás, pierden significado o adquieren significados oscuros y ambiguos. Por lo que la acción terapéutica trata de destruir las ambigüedades y los dilemas relacionales a través de considerar las oscilaciones temporales de los sistemas; Considera el tiempo como un anillo autoreflexivo, en el que el pasado y presente

influyen recíprocamente. El anillo resulta más complejo si se toma en cuenta el futuro, que reciben su significado del pasado y presente, y a su vez influye sobre ellos: las expectativas, los planes y los proyectos contribuyen a dar un significado a las acciones presentes que, a su vez, condicionan la selección que la memoria realiza –el pasado–; pasado, presente y futuro están unidos en un único anillo recursivo, en el que cada uno recibe su significado de los otros. Sin embargo hay que subrayar que el presente ocupa un lugar más importante en el anillo autoreflexivo. (Boscolo, y Bertrando, 1992; Boscolo y Bertrando 1996; Boscolo, Cecchin, Campbell y Drapper, 1985).

### *El respeto*

Es una postura que toma el terapeuta, que le permite tratar al otro similar y en general tratar al hombre siempre como fin y nunca como medio. Implica también asumir una postura de curiosidad y de interés por entender el mensaje de los comportamientos humanos; Respetar en terapia involucra mirar más allá del ser patológico o lo que no funciona según la sociedad, se busca entender el mensaje global de la “elección de las personas”, de acuerdo a las circunstancias en que se encuentran, las relaciones que tienen, y su lenguaje. El respeto también implica que el terapeuta envíe un mensaje de escucha al cliente, es decir reconocerlo por lo que es y no por su diagnóstico (Cecchin, 2005).

#### 1.2.5.4. Objetivos

En el periodo de paradoja y contraparadoja, el objetivo de la terapia era eliminar las configuraciones rígidas de comportamientos “disfuncionales”, dejando espacio a la posible aparición de configuraciones más funcionales, es decir se trataba de describir al sistema y encontrar el modo de cambiarlo. Posteriormente el énfasis recayó sobre el terapeuta, la persona que observa el sistema, ¿qué le ocurre a él? ¿Qué hace?, la manera en que él conecta con la familia es más importante (Boscolo y Bertrando, 1996; Boscolo, Cecchin Campbell y Draper, 1985; Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003).

Para Cecchin el modelo de Milán busca cuál es la premisa, la idea básica que mantiene funcionando a la familia; Para Boscolo, el enfoque de Milán trata de cambiar la perspectiva del mundo, las premisas. Entonces el terapeuta debe trabajar para crear un contexto y ser capaz de crear distintos marcadores de contextos, ya que los significados cambian, si cambian los

marcadores de contexto. Entonces la terapia concluirá, cuando el terapeuta haya alcanzado la meta que ha sido establecida por su premisa básica referente a la terapia (Boscolo, Cecchin Campbell y Draper, 1985).

#### 1.2.5.6. Práctica clínica y elementos de la terapia

La evolución constante de las ideas del grupo de Milán se ven reflejadas también en la práctica clínica. Sin embargo debido al desarrollo epigenético, las estrategias y técnicas de intervención, no son exclusivas de una época, por tal motivo no se hace distinción por período, sino sólo una descripción de las principales maneras de intervención en el Modelo de Milán a lo largo de su desarrollo:

##### *Largo intervalo entre sesiones*

El espacio entre una sesión y otra se extendió de una semana a un mes, pues se parte de la premisa de que las intervenciones terapéuticas requieren tiempo para que su impacto en la organización familiar sea visible. De este modo el espacio entre sesión y sesión forma parte de las intervenciones ya que el sistema familiar requiere lapsos más prolongados para evidenciar del cambio (Bertrando y Toffanetti, 2004; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003; Reséndiz, 2010; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988; Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

##### *Connotación positiva*

Es un mensaje a través del cual el o los terapeutas comunican a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto; no va dirigida a una o varias personas en particular, sino más bien, a las tendencias de automantenimiento del sistema global. Los terapeutas sistémicos no perciben el síntoma en el vacío, lo relacionan con su contexto social al servicio de la homeostasis familiar o de algún aspecto de ella. Al proceder así respetan la necesidad que tiene la familia de proteger su equilibrio, y en consecuencia, reducen el riesgo de alianzas y escisiones en subgrupos que podrían incrementar su resistencia al cambio. (Ochoa, 2004; Boscolo, Cecchin Campbell y Draper, 1985; Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988; Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino 1999).

### *Contraparadoja*

Es una técnica terapéutica que consiste en llevar la paradoja al extremo –*doble vínculo terapéutico*– para promover el cambio, es decir disolver el juego familiar. El terapeuta prescribe la secuencia patológica como benévola o bien intencionada y coloca a la familia en una posición donde haga lo que haga está bien, y por lo tanto no existen vencidos ni vencedores. (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988; Rodríguez, 2004).

### *Rituales familiares*

Consisten en la prescripción de una serie de acciones, que rompen los patrones habituales de los miembros de la familia, introduciendo nuevas reglas del juego sin recurrir a explicaciones o a críticas de los mitos familiares. Los rituales pueden ser prescritos por una sola vez o repetitivos. (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988; Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

### *Intervención final*

Nació como una especie de ritual creado en la metodología de trabajo del grupo de Milán, importante en el trabajo estratégico. Consiste en cerrar la sesión con un mensaje. Su función es introducir información al sistema para iniciar el proceso de cambio, en ocasiones se le da un toque dramático y un carácter críptico; La intervención final puede ser una prescripción, un ritual o simplemente una cita para la próxima sesión, una afirmación, una expresión de duda, un encuadre o una historia sobre lo que ocurrió durante la sesión (Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003; Bertrando, 2011). El uso de la intervención final ha evolucionado, considerando a las intervenciones no sólo como un mensaje final, sino también denominando como tales a las preguntas y comentarios informativos que se introducen en el transcurso de la sesión (Ugazio, 1985).

### *Prescripción invariable*

Consiste en prescribir una misma tarea o ritual –*fórmula fija*– a familias con patologías similares, para romper el juego familiar de la manera más críptica posible, evitando acusar a los padres e indicar esquemas educativos sobre cómo deberían actuar o cómo debería ser una buena pareja. El acento terapéutico se desplaza sobre la última generación y se basa en la hipótesis de que los hijos se entrometen en los problemas de los progenitores y tienden a hostigar a uno o a otro. De esta

manera la prescripción busca establecer las diferencias intergeneracionales, demarcar límites con familia de origen y la familia nuclear, así como diferenciar el subsistema conyugal y filial. Tiene una función desmitificadora, pues reafirma al paciente sus propias percepciones (Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentino 1999).

#### *Revelación del juego familiar*

Consiste en explicitar a la familia el juego familiar –*embrollo e instigación*–, las verdaderas causas de la enfermedad, se considera equiparable a un diagnóstico. Es decir se explica la conexión entre los problemas no resueltos de la pareja conyugal y su impacto en el sufrimiento del paciente identificado; se deja de lado la reticencia –no decir todo aquello que se sabe o se siente– y se dice con claridad a la familia todo aquello que el terapeuta y el equipo ha comprendido y también aquello que se parece intuir o poder “adivinar”, basados en experiencias precedentes con familias similares; Se pretende estimular la colaboración de la familia mediante la propuesta de una relación abierta, empática y favorecer adecuaciones personales más realista expresando las necesidades defensivas de cada uno y mostrando comprensión con respecto a la historia de cada individuo (Ochoa, 2004; Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentino 1999).

#### *Hipótesis sistémicas*

Son esquemas explicativos formulados por el terapeuta en un intento de responder a las razones de la conducta sintomática o función del síntoma presentado por la familia. Son útiles en promover el proceso de cambio en la media que permiten al terapeuta conectarse con el sistema familiar sin ser absorbido por él, pues garantizan la presencia activa del terapeuta sin ser absorbido e introducen información en el sistema; El criterio para elegir una sobre otra, es el grado de incoherencia o diferencia con la hipótesis creada por los esquemas explicativos de la familia. El conocimiento del terapeuta de dichos esquemas, lo guiará para elegir hipótesis sistémicas útiles para generar cambio en el trascurso de la terapia (Ugazio, 1985).

#### *Entrevista Interventiva*

Consiste en una perspectiva en la que se considera que todo lo que hace el terapeuta durante la entrevista puede ser una intervención. El terapeuta asume que todo lo que hace es potencialmente significativo con el resultado terapéutico eventual. Se concentra más en su

propio comportamiento y los efectos que provoca, con el fin de distinguir aquellas acciones que resultan terapéuticas de las que no (Tomm, 1987).

#### *Preguntas circulares*

Las preguntas circulares se plantean para orientar al terapeuta hacia la situación del paciente, pero se basan en las suposiciones circulares sobre la naturaleza de los fenómenos mentales. La intención detrás de estas preguntas es principalmente exploratoria. El terapeuta se comporta como un explorador, investigador o científico en busca de un nuevo descubrimiento. Las presuposiciones que guían son internacionales y sistémicas, de este modo se supone que todo está vinculado de alguna manera con todo. Se plantean preguntas para producir los “patrones que vinculan” personas, objetos, acciones, percepciones, ideas, sentimientos, hechos, creencias, contextos, etc.; Tienden a ser preguntas más neutrales y por ende se aceptan con mayor facilidad, ya que las respuestas proporcionadas por los miembros de la familia suelen ser menos juzgadas. Este tipo de preguntas se caracteriza por una curiosidad general sobre la posible conexión de eventos que incluyen el problema más que una necesidad específica para conocer los orígenes precisos del problema (Penn, 1982; Tomm, 1988); Las preguntas se dividen en varias categorías, las más comunes son, *preguntas acerca de las diferencias de la percepción de los vínculos* ¿quién es más apegado a su hija?, *diferencias de grado*, “la gravedad de los síntomas son mayores o menores esta semana”, *diferencias entre entonces y ahora*, ¿Ella bajó de peso antes o después de la muerte de su hermana?, *referidas al futuro* “cuando su hija se marche a la universidad, ¿cree que su vida sexual conyugal mejorará o empeorará?”, *preguntas hipotéticas*, ¿si ella no hubiese nacido su matrimonio sería diferente hoy? (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003).

#### *Preguntas reflexivas*

Preguntas que intentan influenciar al paciente o a la familia y se basan en suposiciones circulares sobre la naturaleza del proceso que tiene lugar en el sistema terapéutico. Estas preguntas se plantean con la intención de facilitar la autocuración en un individuo o una familia, activando la reflexividad entre los significados dentro de los sistemas de creencias preexistentes que permiten a los miembros de la familia, generar o generalizar por sí mismos los patrones constructivos de cognición y comportamiento. El terapeuta se esfuerza por interactuar de una manera que abra espacio para que la familia vea nuevas posibilidades y evolucione más libremente de modo propio. Aun cuando la indagación reflexiva también tiene la intención de influenciar a la familia en

dirección terapéutica, se mantiene más neutral al interrogar que la indagación estratégica, porque respeta más la autonomía de la familia; Existen diferentes subtipos: *Preguntas orientadas al futuro*, “crees que tus padres se preocuparían si tomaras drogas?; *Preguntas de perspectiva del observador*, “¿Qué te imaginas que siente, cuando está en esa situación?”; *Preguntas de cambio de contexto*, “qué pasa en su familia que necesita este tipo de comportamiento?”; *Preguntas de comparación normativa*, “¿piensa que están más abiertos sobre sus desacuerdos que la mayoría de las familias o menos?”; *Preguntas de interrupción del proceso*, ¿te has preguntado si continuar con la terapia podría realmente inferir con tu capacidad de aprender a encontrar soluciones por ti mismo? (Tomm , 1987; 1988).

#### *Visión positiva*

Es una forma de reconocer la identidad del sistema (Reséndiz, 2010). Se trata de introducir en una persona la capacidad de curarse a sí misma. Es un nivel en el que la decisión de dejar de hacer algo pertenece a la persona misma (Boscolo et al, 1985).

#### 1.2.5.7. Consideraciones finales

El Modelo de Milán ha estado en una “evolución permanente”, lo cual se refleja en los cambios epistemológicos del modelo, influenciados por el contexto social. De esta manera se evidencia la flexibilidad del modelo y la coherencia con sus premisas teóricas, alejado así de una intervención ortodoxa (Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi , 2003).

Algunos autores como Bertrando y Toffanetti (2004), refieren que la terapia de Milán es la que más se centró en el diálogo de todas las que nacieron en ese periodo, y es en ella donde está la raíz de las terapias narrativas y conversacionales de veinte años después. Por lo que considero que es un modelo que refleja la transición de la terapia familiar hacia las terapias posmodernas, y por lo tanto explica su vigencia y relevancia en la actualidad.

Por último me parece relevante mencionar que para intervenir desde este modelo es importante hacer una revisión profunda de los fundamentos epistemológicos, de lo contrario considero que resulta complicado poder entender lo que sucede en el sistema terapéutico. Pienso que el haber



revisado con anterioridad la epistemología y modelos que fungieron como eje en el desarrollo teórico-metodológico del Modelo de Milán, fue esencial en la residencia para poder acercarme a la intervención terapéutica desde esta perspectiva.

### **1.2.6 Modelos Posmodernos**

Los modelos posmodernos en terapia basados en un pensamiento centrado en aspectos locales y tradicionales de la comunicación, en las micronarrativas sin interpretaciones de veracidad o universalidad, responden al malestar y cuestionamiento de algunos terapeutas ante las prácticas terapéuticas de los modelos sistémicos, tales como la jerarquía y prácticas de poder en la terapia (Bertrando y Toffanetti, 2004); Proponen que el terapeuta debe acercarse al cliente desde una postura del “no conocer”, ya que el cliente es el experto de su propia vida. El supervisor debe tener una actitud de curiosidad y necesidad de saber más, en lugar de comunicar opiniones teóricas y expectativas preconcebidas sobre el supervisado y el problema; esta posición implica una clara reducción de la jerarquía del supervisor sobre el supervisado, por lo que uno de los elementos centrales de la supervisión posmoderna es la colaboración o co-construcción entre el supervisado y el supervisor (Tarragona, 1999).

En el siguiente apartado se exponen tres prácticas terapéuticas basadas en el posmodernismo: 1) Terapia Narrativa; 2) Equipo reflexivo; y 3) Enfoque Colaborativo.

#### **1.2.6.1. Terapia Narrativa**

##### **1.2.6.1.1. Antecedentes**

La terapia narrativa, se refiere a un cuerpo de prácticas e ideas que se derivan del trabajo de Michael White y David Epston. Emergió junto al posmodernismo y al construccionismo social (Bertrando y Toffanetti, 2004; Freedman y Combs, 1996).

El posmodernismo se refiere a un movimiento en nuestra cultura que se aleja de la búsqueda y la creencia en verdades fundamentales. El posmodernismo asume que no hay una realidad única

sino muchas maneras de entender la naturaleza del conocimiento, el cual cambia a través del tiempo; propone que nuestra definición de la realidad es construida a través del consenso lingüístico (Limón, 2005; Roa, 2001; Tarragona, 1999).

Para el construccionismo social, el mundo que percibimos y los significados que creamos acerca del mundo nacen en las relaciones sociales a través del lenguaje. De este modo la sociedad construye el lente a través del cual sus miembros interpretan el mundo (Fernández y Rodríguez, 2002; Gergen, 2006; Limón, 2005).

Es así que las terapias posmodernas, tienden a poner su atención en historias y narrativas. Las narrativas se definen como la forma de organizar nuestra experiencia a través del lenguaje; Son relatos construidos en diferentes contextos que funcionan como parámetros para determinar qué tipo de historias son posibles. El concepto de narrativa, puede verse como el espacio donde se desarrolla la actividad terapéutica, en el que los terapeutas creen que la queja del cliente es una de las historias que pueden ser narradas y al mismo tiempo transformarse. Al cambiar la historia, se proponen elementos que movilizan a la construcción de nuevas narraciones y por lo tanto de nuevos significados (Limón, 2005; Suárez, 2004).

#### *La terapia de White y Epston*

En la década de 1990 el trabajo de Epston y White es cuando tiene mayor auge y es conocido como “terapia centrada en las narrativas”, pues ambos han trabajado en terapia con recursos escritos y narraciones. De acuerdo con estos autores los síntomas están relacionados con narraciones evocadoras del discurso social del poder y desaparecerían en el trabajo de externalización (Bertrando y Toffanetti, 2004; Suárez, 2004).

Epston y White (1993) proponen la analogía de la terapia como un proceso de “contar” y “volver a contar” las vidas y las experiencias de las personas que se presentan con los problemas. La analogía del texto permite, escribir y seleccionar los eventos y significados en el papel que podrán contribuir de manera muy concreta a co-crear una nueva narrativa (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En otras palabras la terapia narrativa de Epston y White, lo que promueve es reescribir la historia familiar y personal para cambiar de una narrativa saturada del problema a otra más sana y de este modo preguntarnos como terapeutas ¿Cómo podemos hacer posible la escritura de relatos

personales y colectivos que liberen y curen, cuando los relatos dominantes están tan saturados del problema? (White y Epston, 1993; Sánchez y Gutiérrez, 2004).

#### 1.2.6.1.2. Representantes

Los representantes de la terapia Narrativa son Michael White y David Epston:

##### *Michael White*

Se desarrolló personal y profesionalmente en Adelaida Australia, refiere que a finales de 1970 comenzó a interesarse en el trabajo de Gregory Bateson, específicamente en el “método interpretativo”, “cómo sabemos lo que sabemos”, “las diferencias que hacen una diferencia” en los sistemas vivos y las “pautas ecológicas que interconectan en tales sistemas”. En la década de 1980 llamó su atención el trabajo de Michael Foucault, sobre la relación entre conocimiento y poder –que se convierte en una base fundamental en su trabajo, pues este autor revela cómo las afirmaciones de verdad contenidas en las grandes abstracciones de la ciencia reduccionista convierten en sujetos deshumanizados a las personas–. Foucault estaba interesado en descubrir y circular discursos marginalizados; El construccionismo social de Gergen, la psicología narrativa de Bruner, la teoría feminista, la antropología y la teoría crítica también fueron de importancia para White (Bertrando y Toffanetti, 2004; Freedman y Combs, 1996; White, 1994; 2002; White y Epston, 1993).

White comenzó a poner en práctica las ideas de Foucault, al trabajar con niños que padecían encopresis –quienes eran generalmente estigmatizados por sus padres–, observó que el progreso clínico era mayor cuando se daba al paciente la posibilidad de hablar del problema como algo distinto y separado de sí. White inventó la expresión “caca ruin” para referirse a la encopresis y la personificó como una entidad exterior al niño, es así que la familia fue descubriendo gradualmente que todos los miembros se sienten oprimidos por un enemigo común, que es una entidad separada de la identidad del niño como persona. De este modo comenzó a desarrollar una de sus aportaciones más importantes, la “*externalización del problema*”, la cual propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente para transformarlo en algo que la persona puede enfrentar y quizá vencer. Para White su trabajo era una “terapia de méritos literarios”, siendo el cuidadoso empleo del lenguaje en las conversaciones

terapéuticas lo que moviliza las iniciativas curativas del paciente. Falleció en abril del 2008. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000, White, 1994; Psicoterapia y Familia, 2008; White y Epston, 1993).

### *David Epston*

David Epston, reside en Auckland, Nueva Zelanda, se formó como sociólogo de medicina y posteriormente realizó estudios de antropología. Para Epston la antropología, los estudios etnográficos y transculturales son metodologías estrechamente ligadas a la práctica terapéutica. El pensamiento antropológico lo influenció en tres puntos fundamentales (Bertrando y Toffanetti ,2004):

- En la comprensión relativista de la fenomenología de las “pequeñas culturas familiares” y de la identidad singular, metodología muy a fin a los antropólogos.
- En el rechazo del pseudocientificismo de la psiquiatría ortodoxa, en la que el objeto estudiado es separado del sujeto observador, lo que produce la degradación de la cultura familiar.
- En la conceptualización del cambio y por tanto del cambio terapéutico, según una perspectiva transcultural, siguiendo la metáfora de la transición y del pasaje.

De este modo para Epston la psicoterapia esta fuera de modelo médico y la enfermedad. Concibe la psicoterapia como un instrumento que facilita el paso; el terapeuta es un entrenador del cliente que ayuda a encontrar las transiciones justas a través de las propias evoluciones existenciales, respetando la identidad de cada pequeña cultura.

La mayor contribución de Epston a la terapia narrativa es el uso de medios literarios como fines terapéuticos, básicamente, la escritura de cartas, ya que para Epston era muy importante resumir en cartas lo ocurrido en cada sesión, por lo que escribía una carta al cliente o la familia al terminar cada sesión. De manera que existe una relación más igualitaria entre profesional y cliente, pues la historia clínica es compartida por ambos. Al objetivar al problema en un papel, se contribuye a consolidar la metáfora de “la terapia como texto” (White y Epston, 1993).

## 1.2.6.1.3. Supuestos teóricos

La terapia narrativa, toma como base los siguientes principios o supuestos teóricos (Fernández y Rodríguez, 2002; Freedman y Combs, 1996; Gergen, 2006; Taragona, 1999, White y Epston, 1993; White, 1994, White, 2002):

- Las creencias, valores, instituciones, costumbres, leyes, divisiones de trabajo y todo lo que constituye la realidad es construida por los miembros de una cultura en su interacción con los de otra, de generación de generación y de día a día.
- Los seres humanos son seres interpretantes: interpretan activamente sus experiencias a través de la red de premisas y supuestos que constituyen sus mapas del mundo.
- Toda información es necesariamente la noticia de una diferencia, para percibir estas diferencias es necesario situar los eventos en el tiempo.
- El lenguaje constituye nuestro mundo y nuestras creencias, por lo que el acto de conocer es el acto de poner en palabras, y el cambio implica un cambio en el lenguaje.
- El lenguaje es siempre cambiante.
- Los significados están determinados por las historias que las personas dan de sus vidas, asimismo determinan lo que las personas eligen expresar de sus vidas (historias dominantes).
- A medida que las personas se separan de las historias dominantes o totalizantes que forman parte constitutiva de su vida, se les hace posible orientarse más hacia aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos.
- El terapeuta no es exterior a su entorno social: contribuye a través de su trabajo a construir una política ideológica y moral de la sociedad en que vive.
- Existe una postura de no saber. El terapeuta se acerca al cliente desde una postura de no saber y busca crear un contexto en el que las personas que buscan ayuda terapéutica tengan el privilegio de ser los autores primarios de los conceptos y prácticas. De manera que el terapeuta se considera asimismo como co-autor.
- El sistema terapéutico es “transparente”, pues contribuye a un contexto en el cual las personas son capaces de decidir por sí mismas la manera de tomar una de las múltiples alternativas que propone el terapeuta.

- La responsabilidad del terapeuta se centra en crear un *contexto conversacional* que permita la colaboración mutua en el proceso de definición del problema.
- Se valora la multiplicidad de voces y perspectivas como testigos externos que validan las historias y las identidades de los clientes (Equipo reflexivo).

Los supuestos que se expusieron en este apartado son útiles como eje para la práctica clínica de los terapeutas narrativos.

#### 1.2.6.1.4. Práctica clínica y elementos de la terapia

En la terapia narrativa cuando una persona acude en busca de ayuda, la primera parte del trabajo consiste en obtener algún conocimiento acerca de aquello por lo que han estado atravesando las personas. Se considera que es importante lograr una comprensión de lo que pasa y que las personas sepan que se les comprende. Generalmente, se logra la comprensión de la situación al explorar con las personas sus experiencias del problema, introduciendo una clase de conversación llamada "*externalizadora*", que pone entredicho todo, y hace posible que la persona experimente una identidad distinta o separada del problema. De este modo el problema queda inhabilitado, pues abre nuevas posibilidades para la acción. (White, 2002).

En la *conversación externalizante*, el terapeuta debe alentar a las personas para que relaten de qué manera el problema ha estado afectando sus vidas y sus relaciones a través de preguntas que historien "*logros aislado*" –aspectos de su vida que contradicen las historias dominantes o totalizantes–, llamadas *preguntas del panorama de acción*, las cuales dan origen a paisajes alternativos que ayudan a la persona a identificar la historia de logros aislados localizándolos dentro de una secuencia particular de sucesos que se desenvuelven en el tiempo. Las preguntas pueden referirse al pasado, presente y futuro; Las preguntas del panorama de acción sirven como andamio para realizar *preguntas del panorama de conciencia*, que llevan a la persona a reflexionar respecto a los hechos que se desarrollan en el otro panorama de acción y a determinar qué podrían revelar estos, sobre: a) la naturaleza de sus preferencias y de sus deseos; b) el carácter de las cualidades personales y de relación; c) la constitución de sus estados intencionales; d) la composición de sus creencias preferidas y e) la naturaleza de sus empeños. Estas preguntas alientan a realizar las preferencias alternativas y motivan a las personas a reflexionar en los

sucesos tal cual se han desarrollado en la historia reciente y en la historia más distante del panorama de acción. A medida que las personas responden a las preguntas referentes al panorama de acción y al panorama de conciencia, van reviviendo experiencias, como si fueran contadas de nuevo. Durante este proceso de recreación mediante el diálogo, el terapeuta se opone a volver a la idea de que el logro aislado se explica por sí mismo; las *preguntas de experiencia de experiencia*, incluyen ambos panoramas, e incitan a las personas a dar una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar de ellas: a) incitan a las personas a remontarse a sus experiencias pasadas y a expresar ciertos aspectos olvidados o descuidados con el paso del tiempo; b) ponen a jugar la imaginación de las personas de tal forma que crean experiencias alternativas de sí mismas (White, 1994).

Para White y Epston (1993), las *preguntas de influencia relativa* son útiles en las conversaciones externalizadoras, pues anima a las personas a trazar un mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y sus relaciones, además de invitarlos a descubrir su propia influencia sobre la vida del problema; Las *preguntas de influencia del problema*, ayudan a identificar los ámbitos de la influencia del problema. Identifica la descripción saturada del problema en la vida de la persona, de manera más amplia que la que comúnmente se hace, abriendo así un campo que permite buscar acontecimientos extraordinarios y posibilidades de una acción afirmativa. Esto posibilita experimentar a las personas una nueva sensación de agencia personal; las *preguntas de influencia de las personas* invitan a los consultantes a describir su propia influencia sobre la vida del problema, generan información que contradice la descripción saturada por el problema de la vida de la persona y ayuda a las personas a identificar su competencia y sus recursos ante la adversidad. Además permiten identificar acontecimientos extraordinarios, los cuales son considerados como tales únicamente si son significativos y relevantes para la persona.

De este modo el resultado de las *conversaciones externalizadoras*, es lo que White llama “*deconstrucción*”, un procedimiento que cuestiona las “*verdades*” establecidas, que atrapan las vidas de las personas (Freedman y Combs, 1996; White, 2002).

---

Otros elementos que son útiles en la terapia narrativa son:

- *El equipo reflexivo*, como testigos externos que validan las historias y las identidades de los clientes.
- *Personajes y metáforas* alusivas a problemas.
- Elaboración de *documentos* que acrediten nuevas actitudes y nuevos relatos: certificados de huida del sufrimiento, certificado de victoria sobre los malos hábitos y diploma de conocimientos especiales.

Estos son algunos elementos útiles la practica terapéutica desde un modelo narrativo, los cuales permiten que la terapia sea un espacio de co-creación de nuevas historias, pues consultante y terapeuta colaboran para crear este nuevo panorama, en el que también se puede hacer partícipe al público externo a través del equipo reflexivo.

#### 1.2.6.1.5. Consideraciones finales

De acuerdo con White (2002), las limitaciones de esta forma de hacer terapia son las propias limitaciones del terapeuta o de quien conduce el proceso, relacionadas con el lenguaje, la conciencia de los aspectos políticos de las relaciones, de la capacidad para esquivar los dilemas personales presentes en la terapia, de experiencia, de percepción de opciones para la expresión de determinados valores que abren el espacio para nuevas posibilidades.

Al igual que White, considero que es muy complicado asumir esta epistemología por llamarla así, ya que las limitaciones personales, nos pueden llevar a emitir comentarios en una posición de desresponsabilidad, y quizá de poco compromiso y comprensión para la persona, sin embargo creo que si se intenta estar atento a sí mismo y utilizar estos dilemas y limitaciones al servicio de la terapia, pueden ser de utilidad en la apertura de nuevos panoramas para los consultantes.



### 1.2.6.2 El Equipo Reflexivo

#### 1.2.6.2.1. Antecedentes

El trabajo con equipo reflexivo comenzó en 1984, surgió como una consecuencia de sentimientos y como solución ante el malestar que su creador sentía al estar con otros. Se cuestionó por qué ocultar las deliberaciones del equipo, y se permitió que los clientes vieran y oyeran la forma en que trabajaban, abriendo la posibilidad de que los consultantes encontraran sus propias respuestas y que los terapeutas modificaran su comprensión respecto a los procesos terapéuticos. (Andersen, 2005; Beltrán, 2004).

Es así que se llamó *equipo reflexivo* a la práctica terapéutica en que las deliberaciones de los profesionales se discuten frente a los consultantes, de manera que el cliente siempre pueda oírlos, y se observan las reacciones de estos. Sin embargo ha evolucionado y actualmente hay un sinfín de maneras en las que se conforman los equipos reflexivos, pero todas enfatizan la validación igualitaria de las consideraciones, es decir tanto lo comentado por los profesionales como por los clientes o familias es importante (Andersen, 2001; 2005; Limón, 2005a).

#### 1.2.6.2.2. Representante del trabajo con equipo reflexivo

##### *Tom Andersen*

Tom Andersen es quien se le atribuye la “paternidad” del trabajo con equipo reflexivo. Realizó estudios como médico clínico en el sur de Noruega. Estudió psiquiatría porque su trabajo como médico le hizo plantearse diversos cuestionamientos sobre el efecto social de la enfermedad, del sufrimiento y dolor humanos (Beltrán, 2004; Bertrando y Toffanetti, 2004).

En la década de 1970, comenzó a estudiar y aplicar los procedimientos de diversos terapeutas familiares y de escuelas sistémicas. Entre los cuales destacan Minuchin, Haley, Watzlawick, Lynn Hoffman del instituto Ackerman y el Centro Milanese di Terapia della Famiglia, el cual tuvo gran importancia en el trabajo posterior de Andersen (Beltrán, 2004; Bertrando y Toffanetti, 2004).

En la misma época desarrolló diversas actividades académico-profesionales. Asumió el cargo de profesor de psiquiatría en la Universidad de Tromsø, y ahí organizó un grupo formal de profesionales que tenía como objetivo reducir la tasa de internamientos. Participó en el programa educacional “Terapia familiar de orientación sistémica” organizado por la Asociación psiquiátrica de Noruega, y ahí tiene contacto con Lynn Hoffman, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Philippa Seligman y Brian Cade. De estas actividades resultó la inquietud de Andersen y otras personas del hospital por realizar trabajo con equipo terapéutico al estilo de la escuela de Milán (Beltrán, 2004; Limón, 2005a).

La idea de poner en práctica las conversaciones abiertas (reflexión) había surgido desde 1981, pero permaneció latente por 4 años por temor a referirse de manera agravante a las familias presentes. El trabajo con equipo reflexivo comenzó en 1984, aunque fue llamado como tal hasta Marzo de 1985. Considera que surgió como una consecuencia de sentimientos y como solución para el malestar que sentía como terapeuta, pues para Andersen ser terapeuta es ante todo, estar con otros, y resulta difícil estar con otros cuando ese estar juntos incomoda tanto a ellos como al terapeuta. Esto los llevó a cuestionarse el por qué ocultar las deliberaciones del equipo y decidieron permitir que los clientes vieran y oyeran la forma en que trabajaban, encontrando que se abría la posibilidad de que los clientes encontraran sus propias respuestas y que los terapeutas modificaran su comprensión respecto a los procesos terapéuticos (Andersen, 2001; 2005; Beltrán, 2004).

Al principio el equipo de Andersen utilizó el método de Milán, pero en marzo de 1985 se produjo un cambio en el modo de intervenir, se empezó a decir a las familias: “*además de, lo que ustedes vieron, nosotros vimos esto*” y “*además de lo que ustedes trataron de hacer, podrían intentar esto*”. Con la intención de destacar qué tanto las consideraciones de la familia como las del equipo tenían valor. Lo anterior surgió de un método casi natural, a partir de un incidente ocurrido mientras Andersen y sus colaboradores trabajaban como equipo terapéutico (detrás del espejo) en una sesión de terapia familiar, y sugirieron a un médico que dirigía la sesión que hablara con la familia en términos más optimistas, sugerencia que parecía no querer asumir el médico. Más tarde el médico que dirigía la sesión fue llamado nuevamente detrás del espejo y le propusieron encender la luz en la sala de observación, si la familia estaba de acuerdo, y apagar la luz en la sala de la terapia, invirtiendo al mismo tiempo el sentido de los micrófonos de manera que el terapeuta y la familia pudieran escuchar al equipo mientras discutían, la idea no fue de agrado ni

para el terapeuta ni la familia, pero fue aceptada. Poco a poco, la discusión comenzó a tomar forma en torno a la idea de la elección de oportunidades y de lo que podría suceder si la familia se diera cuenta de ellas. Es así que al encender la luz de la sala de terapia, Andersen y su equipo observaron las reacciones de la familia y lo que vieron fue un grupo de personas pensativas y silenciosas que comenzaron a hablar entre ellos con sonrisas. Surgió así el llamado “*reflecting team*”. El primer equipo estuvo integrado por Magnus Hald, Eivind Eckhoff, Trygve Nissen y Andersen (Anderson, 2005; Bertrando y Toffanetti, 2004; Limón, 2005; 2005a).

#### 1.2.6.2.3. Supuestos teóricos

Para Andersen es importante destacar que los conceptos y formulaciones que plantearon ya habían sido introducidos antes. La construcción de los argumentos teóricos del trabajo con equipo reflexivo se desprendieron inicialmente de (Andersen, 1994; Andersen, 2005; Beltrán, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000):

- Las ideas cibernéticas
- Ideas constructivistas de Von Foerster y Von Glasersfeld.
- La propuesta de Bilow-Hansen referente a cuando una persona atraviesa un periodo difícil, ya que su equilibrio se resiente, en el sentido de que los músculos flexores aumentan su actividad, limitando la de los extensores, lo cual impacta en su respiración. Además se tiene que esperar a ver cómo responde el otro a lo que yo digo o hago, antes de decir o hacer lo siguiente.
- Las ideas de Bateson de “*la unidad mental de información... es una diferencia que hace una diferencia*”.
- Las aportaciones de Maturana y Varela sobre la biología del conocimiento –una persona está fuertemente determinada desde el punto de vista estructural–.
- El multiverso. Cualquier descripción depende del observador y cada persona que describa tendrá su propia versión.

Cabe señalar que otras influencias para el desarrollo de la teoría y la práctica de los equipos reflexivos se han logrado en las conversaciones y experiencias que Andersen ha tenido con terapeutas de otros países, entre los cuales destacan el equipo de Brattleboro, integrado por Judith Davidson, William D. Lax y Darío Lussardi, Arlene JKatz y Harlene Anderson. Sus conceptos

---

centrales son el lenguaje como conversación y la colaboración como actitud terapéutica (Beltrán, 2004).

Premisas alternativas a las premisas modernas (Andersen, 1995; Andersen, 2005):

1. Una alternativa a las explicaciones estables y generalizables de la vida humana es que el ser humano cambia constantemente y se adapta a diferentes contextos que varían continuamente. Por lo tanto sería posible comprender contextualmente a una persona en un momento dado. Tal comprensión es plausible con el concepto de realidades múltiples: una persona puede ser comprendida de muchas maneras, pues no sólo ella cambia –habla y actúa de modo diferente– al variar las circunstancias en diferentes periodos, sino también cambian quienes tratan de comprenderla. Quienes intentan comprender, lo hacen a partir de lo que ven y oyen. Si la persona que comprende escuchara algo distinto –de lo que escuchó y oyó– y vieran algo distinto –de lo que buscó con la mirada y vio–, su comprensión desde luego sería diferente.
2. Se presenta como premisa alternativa que la persona no es gobernada desde un centro interior sino que el centro de la persona está fuera de ella, en la colectividad que integra con otras. El centro interior no forma al individuo, ni a la colectividad, sino que la colectividad forma al individuo y al centro interior, suponiendo que ese centro exista. Lo significativo en la colectividad son las conversaciones que se entablan dentro de ella; lo significativo respecto de las conversaciones es el lenguaje *en* que están los interlocutores.
3. Una premisa alternativa del lenguaje es que además de informar, forma. Wittgenstein ha inspirado a muchos, al expresar que el lenguaje en el que estamos determina las posibilidades y las limitaciones, de lo que llegamos a comprender. El lenguaje intervendrá en la formación de lo que lleguemos a pensar y comprender; John Shotter se inspira en Bakhtin y Voloshinov para decir que nuestras expresiones no sólo forman lo que llegamos a pensar, sino que forman a la persona en su totalidad, incluyendo su configuración fisiológica; El lenguaje debe ser entendido como una actividad y no sólo como las palabras expresadas. Las expresiones comprenden toda la actividad que acompañan la emisión de la palabra hablada, y esa actividad a su vez comprende los movimientos físicos y la respiración, la relación entre tensar y relajar los músculos. En la interacción entre dejar venir la tensión y dejarla ir, ocurre la formación; La persona que se expresa al expresarse como lo hace, da forma a su vida y su self. Para Shotter una parte esencial de la

autoformación es el “autoposicionamiento” respecto de quienes nos rodean, o sea de quienes ven y oyen nuestras expresiones.

4. Una premisa alternativa respecto a las palabras, tal como son oídas, habladas y escritas en papel, es que las palabras sólo se refieren a otras palabras. Esta premisa la formuló el filósofo francés Jacques Derrida. Las palabras poseen significados en sus similitudes y diferencias con otras palabras; Para Derrida las palabras remiten a otras palabras, y no a los objetos que están “ahí fuera”. La impresión, la “imagen” o las ideas peculiares de lo que está ahí fuera, y de lo que nosotros hablamos, son formadas por las palabras que elegimos para nuestras descripciones. Todas las palabras (metáforas) son ambiguas y remiten a otras palabras (otras metáforas). En consecuencia todas las palabras pueden ser objeto de matizaciones sucesivas.

#### 1.2.6.2.4. Práctica clínica

La práctica terapéutica con equipo reflexivo busca ofrecer a los consultantes la posibilidad hacer preguntas, así como el establecimiento de nuevas distinciones dentro de su discurso y sistema de significados (Limón, 2005a).

Para Andersen (2005) la terapia no es una técnica, es un modo en el que el terapeuta participa en las relaciones con sus consultantes, relaciones que abandonan las jerarquías. Las relaciones en el equipo de reflexión implican la adopción de una posición *heterarquica*, la cual podría denominarse como relación democrática, relación igualitaria, relación de colaboradores o de trabajo conjunto, en la que cada participe es igualmente importante; Comprende desplazamientos entre hablar y escuchar. El hablar a otro u otros, puede describirse como una conversación exterior; por otra parte, mientras escuchamos hablar a otros, mantenemos con nosotros mismos una conversación interior.

Los representantes de esta aproximación señalan que no hay formatos o esquemas preestablecidos para desarrollar la terapia, por tal motivo sólo se presentan líneas generales de este trabajo.

*Estructura de la sesión*

Este proceso reflexivo podría establecerse de diversos modos y contextos, por ejemplo (Andersen, 2005):

- a) Podría haber un equipo en la habitación contigua, detrás de un espejo de visión unidireccional, o bien utilizar una sola habitación con el equipo escuchando y hablando desde un rincón.
- b) El caso de un terapeuta sin equipo, un colega podría estar presente para conversar con él durante los intervalos “de reflexión”.
- c) Si el terapeuta está solo, es decir sin equipo, podría hablar con un miembro de la familia (persona X) mientras los otros escuchan. Luego, el terapeuta hablaría con los demás miembros, mientras X escucha esa conversación; después, solicitaría la opinión de X, y eventualmente volvería a conversar con él. En este caso, la familia y el terapeuta se convierten en un equipo de reflexión.
- d) Si el terapeuta entrevista a un cliente a solas, ambos pueden hablar de un tema abordándolo desde la perspectiva de una persona ausente. Se le pregunta al cliente qué pensaría –conversación interior– o diría –conversación exterior– su madre sobre tal o cual punto. Una vez presentados los pensamientos de la madre, el terapeuta puede preguntar al cliente: “¿y qué piensa usted mismo acerca de lo que piensa su madre?”.
- e) Durante un taller o consulta que tiene lugar en un salón y ante una audiencia, la totalidad de esta podría servir de equipo de reflexión.

Las formas en que se conforma el equipo reflexivo son infinitas, el elemento limitador proviene de nuestra propia inventiva. Estos procesos también se pueden aplicar a otros contextos además de la terapia.

Las sesiones usualmente inician procurando que los clientes aclaren al terapeuta lo que consideran necesario que éste sepa, se invita a la exposición de los puntos de vista de los participantes, otorgándole a cada uno un espacio a sus relatos –*multiparcialidad*– y a las experiencias que le son familiares. Andersen se apoya de las siguientes preguntas (Andersen, 1994; Andersen, 2005; Beltrán, 2004):

- Al iniciar la sesión. ¿Cómo les gustaría a ustedes utilizar esta reunión?, ¿cómo deberíamos utilizar este encuentro?, ¿para qué deberíamos usarlo?
- Para comprender hasta qué punto los presentes están de acuerdo en asistir, pregunta, ¿de quién fue la idea de tener esta reunión? ¿Con quien habló antes esa persona sobre esta idea? ¿A quién le gustó la idea?, ¿quién tuvo reservas?, ¿quién tuvo más dudas?
- Para conocer como es vista la situación, suele preguntar, ¿cuál es la historia de la idea de acudir a la reunión?
- Para comprender a quién se debe dar la oportunidad de hablar y a quienes dar la libertad de estar presentes en silencio, pregunta de quién fue la idea de este encuentro y cómo reaccionaron los consultantes ante esta idea. ¿Quién puede hablar con quién sobre qué temas aquí y ahora?, ¿Cuáles son los temas que los que están presentes quieren tocar?, ¿Todos tiene que estar presentes?, ¿Alguien debería ubicarse detrás del espejo por un rato y después delante mientras otros se ponen detrás?

Presentar las reflexiones de forma abierta con el terapeuta y los clientes permite reconocerlos como colaboradores del sistema terapéutico.

#### *Características de la conversación*

Es importante mantener una actitud abierta hacia la postura del cliente y mantener la coherencia con las concepciones de éste (Beltrán, 2004):

- Lo que se pregunta o se propone se hace desde una actitud tentativa.
- La conversación implica enterarse un poco de un tema y después mostrar curiosidad por otro sin detenerse demasiado tiempo en alguno.
- Es importante hacer preguntas que amplíen posibilidades de narrar la historia tanto por parte del cliente como del terapeuta. Las preguntas conversacionales son la mejor herramienta del terapeuta, y surgen de la posición de no saber. Implica una escucha sensible o activa, lo que exige que preste atención a los relatos de los clientes de una manera distinta. Las preguntas no se crean a partir de teorías preconcebidas del terapeuta acerca de cuál debería ser el relato, ni validar o rechazar una hipótesis.

- Se recomienda asegurarse de que lo que se oye es lo que el cliente quiso decir. Andersen señala que no hay detrás o debajo de las palabras sino que todo está en las palabras. Evite escuchar su diálogo interno sobre lo que usted cree que los clientes quisieron decir con sus palabras.
- La novedad se logra hablando de lo familiar en un modo no familiar.
- Los clientes dan muchas señales. Entrenar la sensibilidad para poder ver u oír señales, permite observar lo que la persona expresa con la voz, los movimientos o las emociones; escuchar es también ver.
- La responsabilidad del terapeuta consiste en hacer contribuciones que posibiliten el cambio. No obstante de qué tipo de cambio se trate, cómo y cuándo suceda no son sus responsabilidades. Andersen no cree que los terapeutas tengan responsabilidad ética de orientarse hacia los resultados, pero sí otras responsabilidades éticas, como la de no lastimar a la gente.
- El cliente tiene la última palabra acerca de lo que debemos hablar y de qué modo.

#### *Conversaciones y características de la reflexión en equipo*

Andersen no dice a otro miembro del equipo como dirigirse en una conversación del equipo de reflexión, pero sugiere las siguientes pautas (Anderson, 2005; Beltrán, 2004):

- a) Hablar –especular– a partir de algo que haya visto u oído durante la conversación entre la familia y el terapeuta. Suele empezar por referirse a lo escuchado, por ejemplo *“cuando X dijo...”* y luego procura hablar en un tono indagador diciendo, por ejemplo *“me pregunto si...”*; Se evitan las declaraciones, las opiniones y los significados. Es muy fácil que los miembros de la familia escuchen los significados como algo que deberían considerar, o incluso hacer, y si el significado del equipo difiere del suyo, bien podrían tener la sensación de que aquel es *“mejor”*. De ocurrir esto, algunas familias podrían sentirse criticadas.
- b) Andersen sugiere sentirse en libertad de comentar cuanto se oye, pero no todo lo que se ve.
- c) Cuando la conversación de la familia y la del equipo tienen lugar en la misma habitación. Por lo común y en particular cuando algunos de sus miembros nunca han asistido a estas conversaciones abiertas, Andersen le dice al equipo –con la familia escuchando– *“no impartiré consignas ni a ustedes ni a mí mismo, pero a lo largo del tiempo he recogido*



*algunas experiencias que me gustaría compartir. Les recomendaría que cuando hablen, lo hagan entre ustedes sin incluir a la familia en su conversación. Si la incluyen, ya sea con integrantes o mirándolos, los obligan a escucharlos a ustedes, y entonces no pueden volar su pensamiento hacia otros lugares”.*

Andersen (2005) considera las siguientes pautas:

Mientras menos planificado sea el proceso reflexivo, será mayor la posibilidad de que la situación determine su forma. Es importante que quienes participen en el proceso puedan decidir y hacer lo que les resulte cómodo y natural.

Es importante no dar por sentado que habrá un diálogo entre los miembros del equipo de reflexión, aún cuando estén ahí sentados listos para opinar. Andersen siempre dice a las familias, *“varias personas han escuchado nuestra conversación, ¿Les gustaría escuchar cuáles han sido sus pensamientos?, ¿qué sería mejor para ustedes? Podríamos terminar aquí nuestra conversación, o bien continuarla sin escuchar al equipo, ¿Qué sería lo mejor?”*

Si los miembros de la familia quieren conocer las reflexiones –especulaciones– del equipo, Anderson suele decirles, *“Tal vez la conversación del equipo les parezca interesante o deseen escucharla. Pero también es posible que sus pensamientos vuelen hacia otra parte. Si así fuera, déjenlos volar, por cuanto no están obligados al escuchar al equipo. O tal vez prefieran descansar, sin escuchar ni pensar tanto. O quizá deseen hacer otra cosa. Hagan lo que les resulte cómodo”.*

#### 1.2.6.2.5. Consideraciones finales

Andersen (2005) considera que su postura es válida y sin jerarquía, pues enfatiza que si se opta por hablar de las familias sin su presencia, se cae fácilmente en el frío lenguaje “profesional”, pero si se opta por hablar de ellas en su presencia, se hace espontáneamente de manera amistosa y utilizando el lenguaje corriente.

Estos procesos también se pueden aplicar a diferentes contextos aparte de la terapia, por ejemplo para supervisión, reuniones de cuerpo médico, funcionarios administrativos e investigación cualitativa (Andersen, 2005). Por lo que es un modelo que permite abrir posibilidades no sólo para consultantes con “problemas” sino en ámbitos heterárquicos y de formación profesional.

Andersen tiene el mérito de reducir en los terapeutas la expectativa de rol y de realzar el aspecto personal, ya que la solución al problema presentado por el cliente es algo que surge desde dentro, es decir una nueva forma de mirar las cosas, donde el terapeuta trabaja con los significados del cliente y por lo tanto no se sabe en qué consistirá el cambio ni cuándo ocurrirá. Al mismo tiempo lleva a la terapia hacia un análisis de modalidades de reflexión acerca del problema presentado (Bertrando y Toffanetti, 2004).

### 1.2.6.3 Enfoque Colaborativo

#### 1.2.6.3.1. Antecedentes

El enfoque colaborativo surgió dentro del movimiento posmoderno, el cual proclama la muerte de la modernidad y la aparición de nuevas perspectivas. Dentro de este contexto algunos terapeutas como Harlene Anderson y Harry Goolishian, desertaron de las filas de la cibernética y pasaron a la hermenéutica o como es llamada por uno de sus partidarios “*el giro interpretativo*” (Hoffman, 1996).

Para Anderson (2001), este modo de trabajar nació del fluir de innumerables conversaciones terapéuticas y conversaciones acerca de la terapia en las que Harry Goolishian y Harlene Anderson participaron durante años, ambos considerados los representantes del enfoque colaborativo.

#### *Terapia del impacto múltiple (TIM)*

Beltrán (2004) señala que el trabajo de Anderson comenzó con su contacto con Harry Gooloshian y la terapia del impacto múltiple (TIM) en 1970, en la University of Texas Medical Branch en Galveston Texas.

La terapia de impacto múltiple fue creada en 1950 por Goolishian y sus colegas como una forma de terapia breve centrada en la familia con hijos adolescentes. La terapia era realizada por un equipo multidisciplinario que trabajaba intensivamente con la familia, incluía a profesionales involucrados en el tratamiento del entonces llamado paciente identificado, y a miembros de la comunidad que fueran relevantes para la familia, con el objetivo de ayudar a las familias a crear

un proceso de autorehabilitación que les permitiera enfrentar la crisis de su miembro adolescente en el menor tiempo posible.

La TIM representó una innovadora comprensión de la terapia y diseño de una nueva teoría social, en donde el equipo valoraba la importancia del individuo y sus sistemas relacionales. Es así que la TIM formó parte del cambio paradigmático que emergió en la década de 1960 en el campo de la psicoterapia. El cambio se caracterizó por pasar de una visión lineal e individual del comportamiento humano a una visión relacional, en la que para comprender los problemas del individuo, se incluía el estudio de la familia.

Bertrando y Toffanetti (2004) señalan que Anderson destaca la originalidad de la perspectiva que plantea, sin embargo Goolishian reconoce la influencia de Bion, Winnicott y Rogers, terapeutas que ubican la personalidad del terapeuta en segundo plano y ponen énfasis en el rol creativo y activo de los clientes.

#### *El grupo Galveston*

El trabajo conjunto de Anderson y Goolishian se estableció formalmente en 1977 con la fundación del Galveston Family Institute en donde se continuó trabajando la terapia y el entrenamiento con el formato de la TIM. Como terapeutas familiares, retomaron varias teorías de los sistemas cibernéticos –desde la teoría de la cibernética de primer orden hasta la cibernética de segundo orden– como metáforas explicativas de las problemáticas presentadas por los pacientes y sus familias, las cuales serían posteriormente abandonadas al considerar el punto de vista de la hermenéutica y de las teorías socioconstruccionistas (Beltrán, 2004).

Actualmente el trabajo del grupo Galveston se ve reflejado en el Houston Galveston Institute, organización privada sin fines de lucro dedicada a la práctica clínica, la investigación y la educación. La mayor parte de los clientes del instituto son involuntarios o han sido tratados sin éxito en otras instituciones; las fuentes de derivación son organismos de protección del menor, juzgados de familia, albergues para víctimas de violencia doméstica y otras instituciones encargadas de identificar a quienes se apartan de las normas sociales (Anderson, 1997).

### 1.2.6.3.2. Principales representantes

#### *Harry Goolishian*

Harold Armen Goolishian, nació en 1924 en Lowell Massachusetts, y creció en Bostón. Murió en 1991. Estudió Psicología en la universidad de Houston en la que obtuvo el grado de Doctor. Se le considera pionero en las prácticas posmodernas y un maestro en la clínica, teoría y política. Fue co-autor del enfoque colaborativo y co-fundador del Galveston Family Institute (Family Therapy Magazin, 2014).

#### *Harelene Anderson*

Es miembro y co-fundadora de tres grandes organizaciones, del Houston Galveston Institute, del Taos Institute de Houston y Access Success. Es reconocida mundialmente por sus aportes a las terapias posmodernas, específicamente por el desarrollo del enfoque colaborativo. Reside en Houston, Texas, enseña y ofrece consultas en todo el mundo (Anderson, 1997; Taos Institute, 2014).☒

### 1.2.6.3.3. Supuestos teóricos

El enfoque colaborativo se trata de una propuesta apoyada en marcos referenciales filosóficos creíbles (Anderson, 1997; Anderson, 2001):

- La teoría de la construcción social que plantea la idea de que la realidad no existe “allí fuera” de modo independiente, sino que su sentido se construye colectivamente.
- La hermenéutica, el arte de la interpretación y la teoría narrativa, según la cual los sucesos humanos sólo se hacen inteligibles cuando se los cuenta.

Ambos destacan el significado como fenómeno intersubjetivo, que los individuos crean y experimentan en la conversación, y en la acción con otros y con ellos mismos. Esta concepción supone que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que es creada mediante la construcción social y el diálogo, y que vivimos y entendemos en nuestra vida a través de realidades narrativas socialmente construidas, es decir, que le otorgamos significado y

organización a nuestras experiencias y a nuestra propia identidad en el curso de esas transacciones (Anderson, 2001).

El enfoque colaborativo posmoderno, se basa en las siguientes premisas (Anderson, 1997; 2005 Anderson y Goolishian, 1996):

1. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y de significado. Todos los sistemas humanos son sistemas lingüísticos y quienes mejor pueden describirlos son los individuos que participan en ellos, y no los observadores externos y “objetivos”.
2. Son más formas de acción social que procesos mentales individuales. No se accede al significado ni a la comprensión, si no tenemos acción comunicativa, es decir, si no nos comprometemos en un discurso o diálogo generador de significado dentro del sistema para el que la comunicación tiene relevancia.
3. Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
4. La realidad, el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros, las experiencias o acontecimientos de nuestra vida, son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación, acción con otros y con nosotros. Asimismo es algo dinámico, en creación constante y siempre cambiante.
5. El lenguaje verbal y no verbal es generado, formativo y creador; da orden, sentido a nuestra vida, así como al mundo que construimos, opera como una forma de participación social.
6. El conocimiento, lo que conocemos o creemos conocer es relacional; está en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera. El conocimiento y el que conoce son independientes.
7. La heterogeneidad, la multiplicidad y la divergencia de muchas voces son vistas como la semilla de lo novedoso.

#### 1.2.6.3.4. Práctica colaborativa

El enfoque colaborativo se refiere a la conceptualización que Harlene Anderson tiene de la terapia, la cual considera *como un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativa*, es decir una búsqueda conjunta de posibilidades (Anderson, 1997).

El número de sesiones promedio es entre seis y doce, las cuales pueden tener lugar en un lapso breve o un periodo prolongado (Anderson, 2001).

Su trabajo implica un movimiento en las definiciones de sistema social, proceso terapéutico y posición del terapeuta (Anderson, 1997):

- Un sistema basado en el contexto, y producto de la comunicación social.
- Un sistema compuesto por individuos interrelacionados a través del lenguaje.
- Una *postura filosófica* terapéutica que invita a una relación y un proceso colaborativo.
- Una *sociedad colectiva* entre personas con diferentes perspectivas y conocimientos.
- Una terapeuta que *no-sabe* y que está en la posición de ser informada.
- Una terapeuta experta en crear un espacio para el diálogo y en facilitar el proceso dialógico.
- Una terapia centrada en generar posibilidades y en fiarse de las contribuciones y la creatividad de todos los participantes.
- Una terapeuta curiosa para quien el conocimiento está en constante desarrollo.
- Una terapeuta que hace públicos, comparte y reflexiona sus conocimientos, supuestos, pensamientos, preguntas y opiniones.
- Una indagación compartida que depende de las capacidades de todos los participantes.
- Un cambio o una transformación que son una consecuencia natural de un diálogo generador y una relación colaborativa.
- Una terapia con personas multifacéticas, dotadas de sí mismos relacionales contruidos en el lenguaje.
- Una terapeuta y un cliente que participan como coinvestigadores para crear lo que “descubren”.

El enfoque de sistemas colaborativos, representa las experiencias, pensamientos y acciones de Anderson como terapeuta, así como las preguntas que tiene sobre la terapia, las cuales se centran en esta, como un proceso de conversaciones dialógicas interiores y exteriores. Se interesa por el cambio o la transformación de ese proceso: cómo se crea el conocimiento, cómo surge la novedad de encuentro terapéutico, cómo participa la terapeuta en este proceso creativo y cómo es una terapeuta en relación con su cliente (Anderson, 1997).

Anderson (2005), en su experiencia notó que lo que lo hace una conversación terapéutica exitosa se relaciona con el valor que los clientes hacen de la forma de ser del terapeuta en su relación con ellos, lo cual llama "*postura filosófica*", en la que considera importante que un terapeuta mantenga ciertos valores:

- a) Que valore la voz de cada cliente, incluyendo lo que cada uno tiene que ofrecer y las áreas en las que son "expertos";
- b) Que considere valioso no perder o diluir la riqueza de las distintas voces tratando de llegar a un consenso;
- c) La importancia de no callar o tapar la experiencia de los clientes privilegiando la voz del profesional;
- d) La apertura, el estar abierto para hablar de lo que el cliente considere importante;
- e) La importancia de confiar en lo que el cliente nos llevará, a donde haya que llegar, y
- f) Valorar la incertidumbre, el no conocer a priori la situación ni su desenlace.

Asimismo (Anderson 2001) relaciona lo anterior con la pericia del terapeuta para crear un espacio que dé paso al relato del cliente, manteniendo una posición de "ignorancia" y formulando preguntas conversacionales. Estas preparan las condiciones para la colaboración; crean el espacio para el diálogo y facilitan el proceso conversacional.

*Condiciones que favorecen las conversaciones colaborativas:*

- *Preguntas conversacionales.* Las preguntas se hacen desde la posición de no saber, la cual permite expresar interés y curiosidad por el cliente, es más probable que las preguntas formuladas desde esa posición vengan desde dentro y no de fuera de la conversación local. Estas preguntas ayudan a que el cliente cuente, clarifique y amplifique su historia. Abren nuevas avenidas para explorar lo que se sabe y lo que no se sabe; Ayudan al cliente a aprender sobre lo dicho versus lo todavía no dicho y la protegen de malos entendidos. A su vez cada pregunta lleva a una elaboración de las descripciones y explicaciones; cada pregunta lleva a otra pregunta –un proceso de continuo preguntar que proporciona las bases de lanzamiento del proceso dialógico.
- *No saber.* El terapeuta debe ser un experto en no basar sus comprensiones, explicaciones e interpretaciones en experiencias y conocimientos y verdades previas. Para ello atiende al desarrollo natural de la historia de su cliente dialogando, aprendiendo y tratando de

entender las preocupaciones, los puntos de vista y las expectativas del cliente. El terapeuta realmente quiere aprender el sentido que tienen las cosas para el cliente; quiere captar la historia del cliente, no determinar su causa. El terapeuta no sabe a priori cuál es la intención de cualquier conversación o acción, sino que depende de la explicación del cliente. Aprende el significado de lo que dice el cliente, del mismo cliente. El terapeuta aprende que los aparentes sinsentidos tienen sentido para el cliente.

- *Indagación compartida.* El continuo intercambio y discusión de ideas, opiniones, preferencias, recuerdos, observaciones, sensaciones, emociones etc. Es un proceso de ida-y-vuelta, de dar-y-recibir.
- *Responsabilidad compartida.* Al invitar al cliente a colaborar, la responsabilidad se hace compartida.

Para Anderson (2001; 2005) una premisa central en el sistema terapéutico es que la consecuencia natural de una conversación es la transformación o el cambio, que a través de la conversación se tiene acceso a posibilidades desconocidas –realidades y narrativas– que se expanden. Dada esta premisa la terapia se convierte en un proceso de investigación colaborativa. Tanto el cliente como el terapeuta llegan a este encuentro con distintas perspectivas y siendo expertos en distintas áreas. En el proceso se convierten *compañeros de conversación*. En la conversación terapéutica la novedad se desarrolla continuamente, apuntando a la “disolución” del problema y cultivar una nueva percepción del cliente de su capacidad personal y libertad.

En esta forma de trabajar está implícita la idea de que cada cliente, cada problema, cada sesión de terapias son únicos. El enfoque no se basa en conocimientos preconcebidos, lo cual no significa que “todo vale” o que este proceso terapéutico conversacional se desarrolle simplemente por el recurso de mantener una atmósfera no directiva y una conversación empática. El proceso se convierte en una fuente de inspiración de una amplia gama de reflexiones y acciones características de las personas involucradas y los temas tratados. Tampoco significa que los terapeutas no saben nada y que ingresan en el consultorio como una tabla rasa; naturalmente traen consigo las personas que ellos son y todo lo que eso implica. Quiere decir que las experiencias y conocimientos previos del terapeuta no asumen liderazgo en la terapia. En este proceso, son movilizados tanto los saberes del terapeuta como los del cliente para disolver el problema (Anderson, 2001).



#### 1.2.6.5. Consideraciones finales

Anderson (2001) refiere que hay quienes piensan que los terapeutas que trabajan colaborativamente, abdican ingenuamente de su responsabilidad, no es así. Cuando una terapeuta asume la filosofía reflexiva, el dualismo y la jerarquía terapeuta-cliente colapsan y la responsabilidad se comparte.

Para Hoffman (Anderson, 2001), lo más difícil del enfoque para los terapeutas tradicionales es la propuesta de que el terapeuta opere desde una posición de no-saber. Muchos lo ven como un pedido de degradar la destreza del terapeuta de una manera casi ridícula. “si la pregunta es simplemente una conversación, preguntan “¿cómo voy a cobrar dinero por ella?, pero se trata de una propuesta seria apoyada en marcos referenciales válidos, tales como el construccionismo social, la hermenéutica, el lenguaje y la narrativa (Anderson, 2012).

Lo anterior me parece un cuestionamiento frecuente cuando se inicia el trabajo desde estas perspectivas, y comparto la visión de que no se está al mismo nivel de experiencia teórica, pero si al mismo nivel de desconocimiento de la situación “problemática”. Algo que reconozco de las terapias conversacionales es el sentido de agencia que favorece en el consultante, aunque también puede contrastar con las expectativas depositadas por los consultantes, es decir el conocimiento común de terapias tradicionales o modernas en donde el terapeuta es el experto en lo que le sucede al consultante.

## CAPITULO TRES

### III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

La Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista, propone capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud con una visión integrativa. Permite abordar los problemas clínicos desde una perspectiva relacional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político y económico, etc.), el lenguaje y la construcción de significados.

De este modo, durante la formación fueron desarrolladas las siguientes habilidades y competencias, con un perfil sistémico-construccionista, dentro de un marco de respeto al código ético y de compromiso social. A continuación se describen:

- I. Habilidades Teórico conceptuales
- II. Habilidades clínicas, detección ,evaluación y tratamiento
- III. Habilidades de investigación y enseñanza
- IV. Habilidades de prevención
- V. Ética y compromiso social

#### **1. Habilidades clínicas terapéuticas**

El desarrollo de habilidades clínicas terapéuticas consiste en la capacidad de los estudiantes para diseñar, seleccionar e implementar técnicas y procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentados en las necesidades e intereses de los consultantes, así como en los diversos contextos sociales y culturales en que se desenvuelven los encuentros terapéuticos.

## 1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico

### 1.1.1 LOS BAKER-MARTÍNEZ

#### 1.1.1.1. Datos de identificación

INSTITUCIÓN: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, Facultad de Psicología.

PAREJA: **JUAN JOSÉ BAKER ARENAS Y SANDRA MARTÍNEZ JIMÉNEZ**

TIPO DE SERVICIO: Terapia Familiar (Pareja)

SUPERVISIÓN: Modelo de Milán

MODALIDAD: sesiones quincenal

NUMERO DE SESIONES: 20

**Terapeuta:** Cintia Aguilar Delgadillo

**Supervisora:** Mtra. Carolina Díaz-Walls Robledo

**Equipo Terapéutico:**

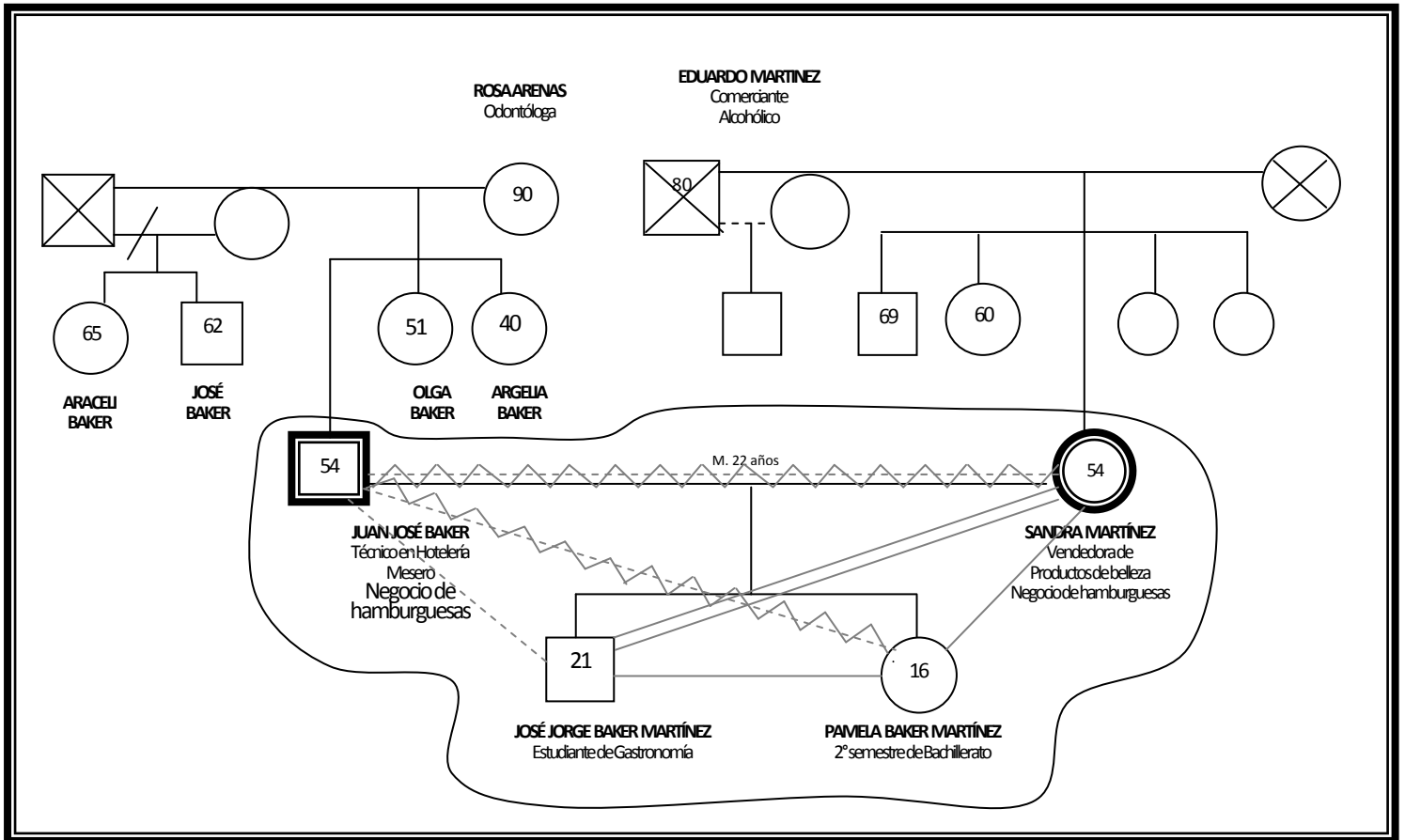
Aguilar Segura Alma Griselda  
Bollás Hernández Beatriz  
Bautista Rodríguez Paula  
Durán Rivera Araceli  
Flores Sánchez Cuauhtémoc

Ibarra López Adriana Elizabeth  
Kumul Coronado Ligia Noemí  
Larrieta Carrasco Verónica  
Ledesma Hernández Claudia Verónica  
Muñoz Arreola Leticia  
Vargas Arrazola Verónica

**No. de sesiones: 20**

- *Sesión 1.* 08 de Septiembre, 2010
- *Sesión 2.* 22 de Septiembre, 2010
- *Sesión 3.* 06 de Octubre , 2010
- *Sesión 4.* 03 de Noviembre, 2010
- *Sesión 5.* 17 de Noviembre, 2010
- *Sesión 6.* 09 de Febrero, 2011
- *Sesión 7.* 23 de febrero, 2011
- *Sesión 8.* 23 de Marzo, 2011
- *Sesión 9.* 06 de Abril, 2011
- *Sesión 10.* 27 de Abril, 2011
- *Sesión 11.* 11 de Mayo, 2011
- *Sesión 12.* 08 de junio 2011
- *Sesión 13.* 29 de junio 2011
- *Sesión 14.* 15 de agosto-2011
- *Sesión 15.* 29 de agosto 2011
- *Sesión 16.* 05 de septiembre 2011
- *Sesión 17.* 19 de septiembre 2011
- *Sesión 18.* 24 de octubre 2011
- *Sesión 19.* 14 noviembre 2011
- *Sesión 20.* 28 de noviembre 2011

1.1.1.2. Familiograma \*



\*Los nombres y algunos datos de la familia han sido cambiados para conservar su confidencialidad

Motivo de consulta

El Sr. Juan José Baker fue derivado por una terapeuta de la residencia en Terapia Familiar de cuarto semestre. La terapeuta refirió en la carta de derivación lo siguiente:

*“El paciente llevó un proceso de terapia familiar de manera individual. En términos generales el paciente se desenvuelve bien con su familia, sin embargo con su pareja tiene problemas de comunicación en el área sexual y en lo económico, por lo que se observó que se beneficiarían más de un proceso de terapia de pareja a lo que ambos accedieron”.*

Agregó que el paciente cooperó en el proceso terapéutico y concluyó dicho proceso.

Motivos referidos, por el señor Baker en el primer contacto telefónico:

- 1) Problemas internos familiares
- 2) No entendimiento
- 3) Falta de comunicación
- 4) Falta de comprensión

Motivos referidos en la primera sesión por el señor Juan José Baker y Sandra Martínez:

- Juan José, considera que hay falta de entendimiento, falta de tolerancia, falta de comprensión y sentimientos entre la pareja, y que se han transmitido hacia los hijos, afectando la relación entre el padre y los mismos. Refirió que Sandra exige mayor aporte económico de él para la colegiatura de José Jorge, y a pesar de esforzarse para hacerlo, no le es posible aportar lo que se le exige, pues ya no cuenta con un ingreso económico que se lo permita, ni con ahorros para hacerlo.
- Para Sandra, el principal motivo se debe a que no saben ponerse de acuerdo y terminan discutiendo. Coincidió en que la relación entre Juan José y sus hijos está afectada, pero para ella se relaciona con los prejuicios de su esposo.

Esta situación ha aumentado las discusiones e incluso Sandra ha llegado a pedirle a Juan José, que se vaya de la casa.

#### **Definición del problema**

Para Sandra, la problemática se relaciona con la inactividad sexual en la pareja y las discusiones que impiden la convivencia.

Para Juan José la imposibilidad de cubrir económicamente las necesidades de la familia, lo mantiene excluido de la convivencia familiar.

**Objetivos terapéuticos**

Introducir información nueva al sistema, que promueva el cambio. Pues de acuerdo con el modelo terapéutico, para lograr el cambio se debe introducir información al sistema que contenga un efecto negentrópico y que genere incoherencias en las premisas del sistema (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

**Modalidad de trabajo**

Se trabajó con una terapeuta titular, un equipo terapéutico y una supervisora. Las primeras 11 de las 20 sesiones, se realizaron bajo esta modalidad y las 9 restantes se realizaron sólo con la terapeuta titular y en algunas ocasiones participó una terapeuta como equipo terapéutico.

Las sesiones se realizaron en su mayoría en formato quincenal. En ocasiones se requirió una sesión semanal porque se consideró apropiado para el proceso terapéutico, aunque fue en el mínimo de los casos. Existieron lapsos mayores entre sesiones debido al calendario académico y periodos vacacionales.

Las sesiones se realizaron en una cámara de Gesell y se dividieron en cinco partes, pre-sesión, sesión, inter-sesión, cierre de la sesión y discusión con el equipo (post-sesión).

**1. Resumen General**

La familia está conformada por: Juan José Baker de 54 años, quien fue despedido de su empleo anterior hace 6 años y actualmente trabaja como mesero dos veces por semana en una empresa de banquetes para eventos sociales, el resto de la semana trabaja en un negocio familiar de comida rápida (venden hamburguesas por la tarde, en una cochera) en la casa de su familia de origen; Sandra Martínez de 54 años de edad, vendedora de cosméticos por catálogo durante el día y por las tardes se dedica al negocio de comida rápida, por algún tiempo fue ella quien se encargó completamente del negocio, ya que Juan José no la apoyaba; José Jorge Baker Martínez de 21 años, estudiante de Gastronomía en una escuela privada; y Pamela de 16 años quien es estudiante y cursa el segundo semestre de Bachillerato en la UNAM.

La relación de pareja se vio afectada con mayor intensidad a partir de la pérdida de trabajo de Juan José pues la economía familiar se modificó y los ingresos resultaron insuficientes para satisfacer las necesidades familiares. Es así que se han desencadenado discusiones de pareja en las que cada uno

culpa al otro de la situación económica y caen en descalificaciones relacionadas con el aporte económico y actividades laborales de cada uno.

Las dificultades en la relación de pareja impactaron en la relación filial, pues la relación de Sandra con sus hijos parece ser más cercana y favorable, ya que es con quien más se comunican y conviven. Sandra considera que son lejanos a Juan José por sus prejuicios, pues juzga y critica las amistades de Pamela; Para Juan José es un reflejo de la dinámica familiar, pues la relación con sus hijos no es buena, debido a que es él quien llama la atención e intenta establecer límites y disciplina en la familia, situación que explica por qué prefieren a Sandra, pues ella no es estricta. Asimismo considera que como ya no realiza el aporte económico al que estaban acostumbrados ya no acuden a él, pues sólo lo ven con un signo de pesos.

Es así que cada uno tenía un énfasis distinto de la problemática, para Sandra las discusiones y dificultades para establecer acuerdos se relacionaban con la sexualidad de la pareja (inactividad sexual) que impedían la convivencia; Para Juan José se relacionaba con la incapacidad para cubrir y satisfacer económicamente las necesidades de la familia, lo cual lo mantenía excluido de la convivencia familiar.

Ante este panorama inicialmente el proceso terapéutico se centró en aclarar la situación de pareja y las expectativas con respecto a la convivencia familiar y sexualidad de la pareja. Sin embargo se llegó a un impasse en el que la pareja parecía asistir a terapia para quejarse y comunicarse donde el rol de la terapeuta era de relé y parecía que había sido absorbida por el sistema. Tras el análisis con el equipo terapéutico se consideró importante explorar la familia de origen y su relación con la misma como posibilidad de buscar maneras alternas de relacionarse como pareja y con sus hijos. Es así que se aclararon expectativas de pareja y se diferenciaron de las necesidades afectivas (carencias afectivas en la familia de origen depositadas en la pareja), donde se evidenció el rol de cada uno en el subsistema filial, el subsistema fraterno, y el impacto de esto en su familia nuclear y los distintos subsistemas. Además de contextualizar la relación a nivel macrosistema y microsistema.

El proceso terapéutico evidenció cambios percibidos por la pareja, los hijos y la terapeuta, mejoró la relación de pareja, es decir la cercanía entre Juan José y Sandra aumentó así como la tolerancia y reconocimiento; Juan José fue integrado a la familia y reconocido como padre y pareja.

## 2. Hipótesis

### *Iniciales*

- Parece existir una alianza entre la madre y los hijos, que excluyen a Juan José del núcleo familiar e impacta en la comunicación con el padre.

- Tanto Sandra como Juan José creen que su forma de ser y actuar es mejor que la del otro.
- Las dificultades económicas parecen estar relacionadas con los roles de género y el incumplimiento de sus respectivas funciones.
- Las dificultades sexuales parecen relacionarse con la imposibilidad de Juan José de mirar a Sandra como mujer y no sólo como madre de sus hijos.
- El reconocimiento de Juan José se ve soslayado ya que descendió su valor como padre, como esposo y como hombre, pues perdió su trabajo y por lo tanto su rol de proveedor, provocando una insatisfacción y estancamiento en la pareja porque el otro no cubre sus necesidades.

#### *Durante el proceso terapéutico*

- La pareja está centrada en el pasado y el ideal de pareja, no en el contexto actual, pues cada uno parece añorar lo que tenían antes de la pérdida del trabajo de Juan José, situación que evidenció la imposibilidad de cubrir las expectativas que Sandra depositó en él, generando una insatisfacción en su relación conyugal y provocando a su vez que Juan José experimentara insatisfacción por no cubrir su necesidad de prestigio al dirigir una familia y poder obtener el reconocimiento que le fue negado en la infancia.
- La terapeuta entró al patrón de interacción de la pareja, que se refleja en un estancamiento del proceso terapéutico.
- La problemática de la pareja no es un lío de pareja, es un lío de familia (embrollo e instigación) que provocó el estancamiento de la pareja. Dado que la jerarquía parental, parece estar erosionada, pues Sandra le quita autoridad a Juan José con sus hijos debido al resentimiento que existe por no cubrir con las expectativas depositadas en él, sin embargo parece poner en riesgo a Pamela pues al no mirar sus necesidades, presenta conductas de riesgo como consumir alcohol en exceso.
- La transmisión intergeneracional de la carencia, ha complicado en la familia la expresión de emociones y afectos, permaneciendo en un impasse que dificulta la relación conyugal, desgasta a los miembros de la pareja y puede repercutir en la aparición de un síntoma crónico en el subsistema de los hijos. Explorarla permitirá movilizar a la pareja pues mirará las necesidades de los hijos.
- Juan José es incapaz de recibir el reconocimiento de su familia porque no fue reconocido por su propio padre y ha sido criticado constantemente por sus hermanos.



### 3. Descripción y evolución del proceso terapéutico

El proceso terapéutico se inició con el primer contacto telefónico y al compartir con el equipo terapéutico la información que se recabó en dicho contacto, el expediente clínico y lo referido por la terapeuta que lo derivó.

El señor Baker refirió que fue derivado por la terapeuta familiar que llevó su proceso individual, le sugirió iniciar un proceso terapéutico de pareja. Mencionó como principales motivos, problemas internos familiares, no entendimiento, falta de comunicación y falta de comprensión.

La terapeuta refirió en la carta de derivación lo siguiente:

*“El paciente llevó un proceso de terapia familiar de manera individual. En términos generales el paciente se desenvuelve bien con su familia sin embargo con su pareja tiene problemas de comunicación en el área sexual y en lo económico, por lo que se observó que se beneficiarían más de un proceso de terapia de pareja a lo que ambos accedieron”.*

El expediente, sugería que el señor Baker tenía “problemas sexuales” con su esposa, pues era muy tradicional en el aspecto sexual. Asimismo refirió que hace 14 años estableció una relación extramatrimonial, que duró 5 años, dicha pareja si era “moderna” en el aspecto sexual.

Par dar inicio al primer encuentro, el equipo sugirió explorar y clarificar los motivos de consulta referidos por el señor Baker, así como explorar los de la pareja; se enfatizó la neutralidad de la terapeuta con la pareja, es decir tratar de escuchar la versión que cada uno daría de la situación, además de tratar de atender sus demandas dentro del espacio terapéutico.

En la primera sesión se realizó el encuadre terapéutico con la pareja, se exploró la dinámica de la pareja, estructura y contexto familiar. Así como los motivos de consulta: para Juan José eran la falta de entendimiento, falta de tolerancia, falta de comprensión y las discusiones con Sandra por dificultades económicas, relacionadas al limitado aporte económico de Juan José para las colegiaturas de su hijo. Esta situación comenzó hace 6 años cuando él perdió el trabajo; Para Sandra el motivo principal era que no se ponían de acuerdo y terminaban discutiendo, situación que se reflejó en la lejanía de Sandra, pues “Juan José se cierra”, no la comprende y no platica con ella. La situación había llegado al punto en el que Sandra le había pedido que se fuera de la casa, aunque reconocía que la situación cambió a partir de que Juan José acudió a terapia pues ya colaboraba en casa y en el negocio de hamburguesas.

La pareja consideraba que su relación había impactado en la relación familiar, pues los hijos eran lejanos al padre. Juan José se explicó dicha situación como un efecto de la dinámica familiar, pero para Sandra era producto de los prejuicios de Juan José hacia su hija Pamela, pues criticaba y juzgaba a su hija y sus amistades (chavos metaleros que fuman y beben alcohol).

Durante la sesión constantemente se descalificaban y atacaban uno al otro, tal como ocurrió al explorar cómo acordaron asistir a terapia, por lo que la terapeuta evidenció y enfatizó dicho acuerdo, pues no era percibido como tal por la pareja.

Se exploraron las expectativas de la pareja en la terapia: Sandra expresó *“yo busco de la terapia, restablecer esa comunicación, sino se puede, pensar en una separación, ver si podemos continuar, dejarnos o separarnos”*; Juan José esperaba, *“ser orientado, escuchado, estar más integrado en el núcleo familiar, salir juntos y convivir de otra manera”*; El equipo intervino enviando un mensaje a la pareja, el cual consistía en preguntar qué esperaban en el aspecto sexual de la terapia. Sandra comentó, que él no la escuchaba, que si se restablecía la comunicación tal vez se podría restaurar la sexualidad. Juan José, refirió que él se había masturbado por la ausencia de relaciones sexuales en su matrimonio y pareció evadir la expresión de sus expectativas, por lo que la terapeuta volvió a hacer la pregunta, respondió que una reivindicación sexual y un acercamiento. De este modo fue que se cerró la sesión y se programó la siguiente cita. Se discutió con el equipo y se establecieron probables líneas de intervención e hipótesis que guiaron parte del proceso terapéutico, las cuales contemplaban a la familia y la terapeuta como parte del sistema terapéutico; las hipótesis hacia la familia se centraron en la alianza de la madre con los hijos, roles de género, el incumplimiento de los mismos y el impacto de estos en la pareja, es decir un estancamiento. Asimismo se cuestionó la neutralidad de la terapeuta ya que pareciera tener dificultades para dirigirse y escuchar al señor Juan José, pues percibió su tono de voz como agresivo. Se le sugirió reflexionar acerca de su historia y familia de origen, ya que ningún otro miembro del equipo percibió agresivo al señor Baker.

La sesión 2 se comenzó aclarando el motivo por el cual se retrasó unos minutos el inicio de la sesión, ya que Juan José parecía estar molesto por no haber iniciado puntualmente. Se explicó que se debió a una conversación con el equipo sobre la pareja, pero que trataríamos de iniciar las sesiones consecutivas puntualmente.

Se exploraron los cambios y diferencias a partir de la sesión anterior, refirieron estar *“normal”*. Juan José estaba participando más en el establecimiento de límites para Pamela. Sin embargo un día anterior discutieron por cuestiones económicas y los diferentes estilos para organizar el negocio de hamburguesas. Durante la sesión se abordaron diferentes temáticas que parecían detonar las discusiones: La comunicación en la pareja y en la familia; la importancia de la puntualidad para Juan José

y el impacto de la impuntualidad de la familia en él; la organización en las labores del hogar y la participación de cada miembro de la familia, así como la falta de reconocimiento de la colaboración; y la participación económica de cada uno.

La terapeuta intentó explorar los momentos libres del problema para romper el patrón de la pareja (discutir ante cualquier tema). Asimismo se exploró la relación con los hijos, lo que permitió confirmar alianzas entre la madre y los hijos, sobre todo con José Jorge, pues comparten gustos. Juan José presentaba una relación de tensión con ambos hijos, con José Jorge por no trabajar y colaborar para cubrir su colegiatura, y con Pamela por desenvolverse en un ambiente “ñero”.

La sesión se cerró pidiendo a la pareja que realizarán una tarea sugerida por el equipo, que consistió en *“realizar una lista de qué se le pediría al otro para poder estar mejor con el otro, lo harán en orden de importancia, es decir lo más importante será el número 1 y así sucesivamente, será una lista por separado y no lo comentarán hasta la próxima sesión”*. El equipo sugirió la tarea, pues parecía que Juan José tenía poca consideración hacia Sandra, ya que Juan José miraba poco a Sandra cuando ella hablaba, contrario a al actuar de ella, pues se mostró muy atenta a lo que decía su esposo.

En la sesión 3 la pareja refirió estar, más tranquilos, pues ambos han tenido trabajo y eso disminuyó la tensión por el aporte económico. Mencionaron tener dificultades, de acuerdo con Sandra relacionadas con imprevistos que estresan a Juan José, para Juan José se relacionaba con la falta de planeación de Sandra.

Se revisó la tarea y al explicar cómo fue su experiencia al realizarla, Juan José comenzó a descalificar a Sandra, comparando el tiempo y premura que cada uno dedicó para hacerla; Sandra expresó sentirse criticada constantemente por Juan José. Leyeron su lista de manera alternada, por sugerencia de Sandra y aceptada por Juan José. La terapeuta buscó establecer una comunicación más directa pidiendo se dirigieran uno al otro y no hacia la terapeuta.

Sin embargo en inter-sesión la supervisora comentó que el alternar complicó aclarar y definir las peticiones, y sobretodo enfatizar la importancia del orden jerárquico, por lo que se les pidió lo hicieran otra vez.

Sandra:

1. *Ser tratada con amor, ¿cómo?, cariñosamente*
2. *Ser comprendida, con respeto*
3. *Ser escuchada sin críticas, ni consejos*
4. *Que te comportes tranquilo y relajado cuando hagamos algo juntos*
5. *Que compartamos diversiones respetando los gustos de cada quien*
6. *Que aportes el 50% de los gastos y del trabajo en casa*
7. *Que tengamos más y mejor comunicación*
8. *Que respetes las reglas de la casa del trabajo y de la vida cotidiana*
9. *Y tener una vida sexual activa*

Juan José:

1. *Que seas organizada prácticamente*
2. *Que tengas las áreas de trabajo limpias, o sea después de usarlas*
3. *Ser más práctica*
4. *No minimizar a las personas, a mí*
5. *Ayudar a reducir los gastos de la casa, ver de qué forma y no nada más es el dinero*
6. *Organizar los gastos, negocio*
7. *Hacer más independiente a José Jorge, no hacerlo un Junior*
8. *Tener ganas de aceptar otras ideas y no sistematizarte*
9. *No quejarse todo el tiempo y sobre todo por el dinero*
10. *Y aceptar a las personas como son y no repelar de ellas*

Cuando Sandra escuchó la lista de Juan José, lo sintió como una crítica o un reclamo; Para Juan José se complicó expresar cómo se sintió al escuchar a su esposa y se enfocó en aclarar los puntos, en primer lugar, lo relacionado con la sexualidad y en segundo lugar del aporte económico.

Ambos buscaban aliarse con la terapeuta a través de preguntar cuál punto de vista era el correcto, por lo que se validaron ambos puntos de vista. Se concluyó con la tarea de pensar qué petición están dispuestos a satisfacer cada uno, cómo le harían y cuáles no están dispuestos a satisfacer.

El equipo percibió la sesión como aburrida, pues no percibieron ningún cambio favorable para la pareja. Se cuestionó a la terapeuta sobre la estrategia de intervención, pues para la supervisora consistía en la escucha de las peticiones y la terapeuta parecía haberse centrado en que la pareja intentara negociar, mimetizándose con las pautas de interacción de la familia, es decir con el estancamiento de la pareja y la triangulación de los hijos, por lo que se sugirió como línea de intervención explorar la historia familiar a través del impacto de la relación y desacuerdos en sus hijos.

Para la sesión 4 la pareja evidenció cambios con respecto a la relación con sus hijos. Organizaron una fiesta de cumpleaños para Sandra, Pamela solicitó el apoyo de su papá para una actividad escolar, la asesoró para tomar unas fotografías y los padres se pusieron de acuerdo para establecer límites a Pamela (horario de dormir y uso de la computadora). Dicha situación es explicada por la pareja como un reflejo de su relación en la familia, debido a que han estado más tranquilos y esto ha sido percibido por Pamela, pues es quien se muestra más sensible ante las discusiones de los padres e incluso les ha expresado su molestia cuando pelean en la calle. Sin embargo cada uno difiere en los motivos de la tranquilidad: Para Juan José es porque tomó sus pastillas de “vale madrina” y por lo tanto no discute;

Para Sandra porque Juan José ha tomado en cuenta lo escuchado en la terapia, ha aportado económicamente el 50%, además de colaborar en casa y en el negocio de hamburguesas. Sandra destacó que ella también ha hecho cambios, intentó terminar algunas actividades antes de comenzar otras, así como delegar responsabilidades a su esposo –lo cual comunica a través de un pizarrón– para poder organizarse con la venta de cosméticos. Se concluyó la sesión evidenciando los cambios, validándolos y compartiendo algunos mensajes del equipo promoviendo el reencadre de las situaciones que generan conflicto ya que ambos hablaron de los cambios, pero parecían no ser suficientemente válidos, según Juan José porque Sandra compara su relación con la de su hermano donde todo el tiempo se pasan agradeciendo las cosas y desea que él actúe de esa manera.

La terapeuta se mostró ambivalente ante el cambio pues pensaba que quizá eran temporales; el equipo difería pues consideraban que la actitud de ambos mostraba interés y disposición para el cambio.

En la sesión 5 se habló de cómo el cambio de contexto (visita de la hermana de Sandra) impactó en la tranquilidad y organización de la pareja, pues hubo discusiones sobre qué método era mejor para realizar la limpieza. Sin embargo se mantuvieron los cambios e incluso ambos pudieron reconocer lo que cada uno estaba haciendo para mejorar la relación. Sandra se centró con mayor facilidad en “las cosas positivas”, es decir ha sido más tolerante y no ha estado a la defensiva, evitando violencia en la relación; Juan José cae con mayor facilidad en el patrón de interacción (juzgar, criticar, descalificar y discutir) y a pesar de que los cambios fueron constantemente destacados por la terapeuta, el señor Baker refirió sentirse no reconocido, ignorado y fuera del núcleo familiar. Sandra intentó evidenciar que la actitud y mal carácter de su hijo José Jorge no sólo es hacia su padre si no también hacia ella por haberle asignado más actividades en el negocio familiar.

La sesión se cerró con los mensajes de 3 miembros del equipo y la supervisora, los cuales fueron expresados directamente por ellos a la familia para dar intensidad: se centraron en cuestionar por qué creen que sólo se miran las cosas negativas, y cómo podría ayudar Sandra a que la relación de Juan José con sus hijos mejorara; Evidenciar que tienen objetivos comunes pero cada uno tiene su propio estilo y pareciera ser el único y mejor que el de el otro; Qué tendría que ver Juan José para sentirse incluido en la familia; se validó el deseo de Juan José por incluirse en la familia y la importancia de jerarquizar prioridades ante las necesidades cotidianas. Se informó que se pondría una pausa en el proceso terapéutico debido a las vacaciones intersemestrales de la institución.

Se retomó el proceso terapéutico. Las peleas en la pareja disminuyeron, pero al tocar el tema del dinero, aparecían las dificultades entre la pareja. La relación de Juan José con su hija Pamela ha mejorado, pues hay mayor convivencia, situación contraria a lo que ocurría con José Jorge, pues cada vez se alejaban más. La sesión se centró en las preocupaciones de cada uno por su hija Pamela –conductas de riesgo relacionadas con asistir a fiestas con sus amigos de la UNAM que no inspiran confianza, ya que no hay adultos que vigilen– y los diferentes estilos de crianza. Sandra consideraba importante confiar en Pamela, pues el ser intransigente con ella genera más problemas; Juan José estaba en desacuerdo pues para él era importante ir por su hija a las fiestas para conocer el medio en el que se desenvuelve. Se le pidió conversar qué podrían hacer para estar más a gusto con las decisiones que toman con respecto a los permisos para Pamela, ambos lograron acordar que su hija tendría que informales, dónde estará y con quién, pero diferían en cómo llegaría a casa, pues para Juan José era indispensable ir por ella y para Sandra confiar en su hija y sus amistades. Casi al finalizar y después de compartir los mensajes del equipo la pareja retomó el patrón de interacción, comenzaron a discutir, cada uno quejándose del tipo de comunicación que tiene y la situación económica. Se concluyó la sesión evidenciando acuerdos y desacuerdos con respecto al dinero y los permisos de Pamela, por lo que se les pidió hacer una lista de que era posible negociar y una lista de los temas imposibles de tocar.

En la post-sesión el equipo sugirió a la terapeuta la necesidad de evidenciar que la pareja continúa en el reclamo y discusión a pesar de notar cambios y llegar a acuerdos como padres. Además de evidenciar que la terapeuta se había centrado en destacar acuerdos evadiendo temas de importancia como la sexualidad y los conflictos por dinero.

En la sesión 7 la discusión en la pre-sesión fue esencial, se realizó un análisis de las intervenciones de la terapeuta y del equipo, para identificar cuáles podrían ser más eficaces, pues para el equipo la terapeuta entró al juego familiar y por lo tanto se perdió el sistema terapéutico que permitiría cumplir con el objetivo terapéutico, es decir introducir información nueva al sistema para evidenciar la transmisión intergeneracional de la carencia afectiva de la pareja que los mantiene estancados como pareja conyugal, y evitar dañar a los hijos por no mirar sus necesidades, tal como pareciera ocurrir con Pamela.

Se aprovechó la información de la discusión que mantuvo la pareja durante la inter-sesión de la sesión previa, la cual quedó videograbada. Cada uno se remitía a su propia historia para justificar por qué su método de acercamiento y resolución de conflictos con Pamela, era el más adecuado. Es así que se compartió parte de la discusión del equipo, respecto a los avances y los límites en el proceso. Se

relacionó con lo comentado por ellos en la grabación y se justificó argumentando que seguramente la manera en que ellos se relacionaron con sus propios padres, se podría estar reproduciendo con sus hijos, por lo que explorar su historia familiar y evidenciar el patrón de interacción familiar, quizá permitiría mirar qué más podrían lograr en el proceso terapéutico, pues hasta ahora parecía haber un estancamiento. La pareja accedió y mostró disposición, por lo que la sesión se centró en la exploración de la familia de origen. El ambiente se percibió como cordial y ameno, ambos se escucharon. No se realizó inter-sesión.

Juan José al inició relató su relación sólo en términos positivos, donde la puntualidad fue un importante valor transmitido de su padre hacia él; Para Sandra el estatus de vida de cada uno fue distinto. Ambos relataron llevarse muy bien con la familia política y sentirse muy queridos por estos, es decir Juan José se sentía muy querido por la madre de Sandra, y Sandra se llevaba muy bien con la madre de su esposo.

La pareja relató que se conocieron en Acapulco, ella iba con una amiga y él iba en compañía de su familia. Juan José comenzó a pretenderla, intercambiaron teléfonos y al regresar del viaje Juan José le llamó para salir hasta que establecieron una relación de noviazgo, después de 3 años y ahorrar en cuentas mancomunadas decidieron casarse. Al relatar cómo se conocieron ambos parecían muy sonrientes y cómodos.

A continuación se resumen las principales características de la familia de origen de Sandra y Juan José:

Sandra:

Familia de nivel socioeconómico bajo. El padre nació en Puebla era comerciante y murió por alcoholismo. Se ausentaba frecuentemente del hogar por lo que la responsable de familia fue su madre (ambos ya fallecieron). Es la tercera de 5 hermanos (su hermano mayor le lleva 15 años y la que sigue 6 años). No pudo seguir estudiando porque mantenía a la familia y sólo terminó una carrera corta. Trabajó desde los 17 años, y esto le dio privilegios en su familia pues no tenía que pedir permisos. La familia de su padre era quien llevaba la tecnología al pueblo, pues pusieron el primer bar y el primer Molino. Asimismo tenían tierras en las que cultivaban pápalo y lo vendían en Puebla. Su abuelo fue presidente municipal. Su madre era del Estado de México. Sus abuelos maternos eran campesinos, cuando ella tenía 14 años murió su abuelo en una accidente en el campo y migró con su madre y hermanos a la ciudad de México.

Juan José:

Describió a su padre como un “cabrón”, era muy nervioso y no le gustaban las actividades de Juan José, porque eran riesgosas. Era muy importante para él la educación. Educó a los tres hijos igual y estas reglas valían tanto en la casa como en la escuela. La madre era odontóloga, muy noble, optimista y la “alcahueta” entre su padre y él. Actualmente tiene 90 años. Su abuelo paterno era francés el cual llegó a Veracruz, fue el primer tabernero de ese lugar. Su padre tuvo 2 matrimonios, en el primer matrimonio tuvo 2 hijos. Del matrimonio de su madre y su padre tiene 2 hermanas “eran las consentidas” porque tenían más contacto con su papá. Sus hermanas se casaron primero que él. Sus padres se casaron en Nueva York porque su madre se fue a hacer una especialidad de ortodoncia allá y su padre fue a buscarla para vivir con ella. Su madre lo conoció en el banco, ya que él trabajaba en el Banco Nacional. Se conocieron cuando su padre aún estaba casado. Juan José convivía cada semana con sus medios hermanos. Los abuelos maternos eran españoles llegaron a Michoacán y fueron los primeros industriales de ese lugar.

En la sesión 8 se planeó continuar con la exploración de familia de origen pero Juan José inició expresando que la comunicación había empeorado, ya que antes la comunicación era a través de

reclamos, pero ahora era nula, lo cual era percibido por Juan José como una falta de atención de Sandra hacia él. Sin embargo para Sandra la falta de reclamos formaba parte del cambio y promover el bienestar en la relación, y le sorprendió lo expresado por su esposo. Se relacionó la queja con el inicio del proceso terapéutico y se contrastó con la sesión anterior donde el ambiente fue ameno. Se evidenció que el malestar estaba basado en hechos que sucedieron hace años y se exploró con qué de su situación actual decidían quedarse, para establecer una relación más llevadera y de menor tensión que impactara en la relación con sus hijos. Juan José rescató la puntualidad y estabilidad en los planes de Sandra, pero constantemente caían en el patrón de interacción, mirando qué faltó y qué hizo mal el otro. Además de minimizar los momentos en que ambos convivían y disfrutaban con la familia (fiesta familiar). La sesión se concluyó con el mensaje final de dos miembros del equipo: 1) *“Nos da la impresión de que cada uno está preocupado por el otro... En el discurso escuchamos que ustedes hacen muchas cosas para que el otro esté bien, sin embargo no se atreven a decir, es que lo hago porque me interesas, lo hago porque tu estés bien... vemos una incapacidad de reconocimiento, porque hay mucho resentimiento atorado por cosas del pasado... qué tanto ese pasado se podrá cambiar o qué tanto van a seguir atorados en ese pasado, pues no les permitirá atreverse a disfrutar el presente; 2) ... hay resentimiento, hay enojo y por otra parte ganas de ser reconocido, y sí hay intención de reconocimiento en sus hijos y su esposa, aquí lo vimos hoy... nos preguntamos si ese resentimiento no lo deja recibir el reconocimiento que tiene, que gracias a usted se disfrutó la fiesta, salió bien y que usted está haciendo cosas ahí, permítase recibir ese reconocimiento, parece que usted no se deja ser reconocido tan fácil”*.

La sesión 9 se inició explorando el impacto de los mensajes del equipo en cada miembro de la pareja. Sandra retomó la dificultad de Juan José para ser reconocido, situación que ha limitado la expresión de reconocimiento de Sandra, pues se remonta a eventos pasados en los que su esposo respondió con enojo y molestia, lo cual le generó resentimiento; Juan José no retomó ningún mensaje, pues para él, la problemática de pareja no se relacionaba con el resentimiento sino con la falta de organización de Sandra. Es así que habló de un tema relevante para él y su familia de origen, “la puntualidad” y cómo la impuntualidad afectaba el bienestar de Juan José, pues cuando su familia nuclear llegaba tarde a los eventos familiares lo avergonzaban, ya que no cubría con un requisito fundamental para su familia de origen. Asimismo se cuestionó cómo a pesar de llevar 22



años siendo disciplinado y organizado con Sandra no ha podido transmitir dicho valor. La terapeuta se centró en promover el reconocimiento, explorar las razones por las que no ocurría y validar el estilo de cada uno para hacerlo. Sin embargo un miembro del equipo intervino para romper el patrón de interacción, actuando de un manera más directiva a como lo hacía la terapeuta titular, expresó abiertamente a la pareja que lo que se buscaba era romper el patrón en el que constantemente uno se quejaba del otro, y retomó la exploración de la familia de origen. Les pidió hablar de sus padres: Juan José relató una serie de eventos en los que su papá lo dejó por no llegar puntualmente, lo definió como alguien muy disciplinado y estricto, quien lo reprendía constantemente. Consideraba que si su padre viviera estaría orgulloso y satisfecho de él, por cuidar de su familia y trabajar mucho, le diría *“tienes que seguir caminando, mas ahora por como están las cosas, tienes que seguir trabajando, tienes que hacer algo”*; A Sandra su mamá le diría que tiene que seguir adelante y tiene que valerse por sí misma porque ella ha sido una persona insegura, con miedo de seguir haciendo cosas, pero consideraba que ya había tomado fuerzas pues sacó adelante a sus hijos y trabajó en lo que podía, por lo que piensa que sus papás estarían contentos, pues ha hecho lo que tiene que hacer para salir adelante. Durante la intersección Sandra le comentó a Juan José que no sabía si le pasaba lo mismo, pero ella sentía como que no fue muy querida por sus padres.

La terapeuta titular concluyó la sesión con un mensaje final del equipo terapéutico, *“se preguntan si será que Juan José está actuando de una forma similar a su padre, tratando a Sandra como su hija, como queriendo educarla en cuestión del tiempo, puntualidad y disciplina”*. El equipo sugirió a la terapeuta tomar mayor directividad en las sesiones y dar mayor intensidad a los mensajes, pues parecía demasiado educada.

El mensaje final impactó en cada uno de manera distinta, Juan José negó tratar a Sandra como su hija. Sandra refirió estar muy impactada y sensible ante el mensaje del equipo, pues confirmaba cómo se sentía. Se retomó el tema de la puntualidad, ya que para Juan José generaba frustración el hecho de no lograr coordinarse con Sandra al respecto. Sin embargo las hipótesis del equipo destacaron que la impuntualidad pareciera evidenciar ante sus hermanos la incapacidad de Juan José para ser el jefe de familia y no ser digno representante de su familia de origen. Sandra explicó que la puntualidad es muy importante para su esposo, *“todos los Baker son iguales”* y si no cumple con esto *“se siente criticado”* por los comentarios que le hacen y tal vez le afecten las

críticas o las observaciones, sobre todo las del hermano mayor; Para Juan José su enojo ante la impuntualidad se alimentaba de las incomodidades que pasaría, por ejemplo el llegar tarde a un restaurante implicaría no sentarse en un buen lugar, y recibir una serie de críticas por parte de su familia de origen, específicamente ataques de su hermano, hasta que llega un momento en que explota. El señor Baker estaba dispuesto a tratar de transmitir la puntualidad a su familia, a pesar de no tener los resultados esperados, pues refirió que es como la canción de moedades el *“vendedor nunca deja de gritar y hasta que deja de cantar lo dejan de escuchar”* es decir hasta que deje de vivir lo dejaran de escuchar. Se cerró la sesión con mensajes del equipo, cuestionando el precio que Juan José estaba pagando por transmitir los valores de su familia de origen a su familia nuclear (ser excluido de la familia) y con una escultura de la pareja que representaba las distintas etapas de su relación pues el equipo se preguntaba cómo le han hecho para mantenerse juntos durante tantos años y sobrevivir a tales diferencias. La escultura fue dirigida por una terapeuta miembro del equipo terapéutico.

En la pre-sesión de la sesión 11 se generaron diferencias, pues por un lado el equipo veía la disposición y posibilidad de establecer una relación de la pareja más llevadera, sugirió comenzar la sesión comentando *“que todos los miembros del equipo se quedaron sorprendidos y conmovidos en las diferentes posiciones en que se colocaron y se preguntaron qué es lo que les impide tener una buena relación, porque tal parece que cuando no hay palabras hay una actitud muy diferente por parte de ellos y se ve la sensibilidad”*. Sin embargo la supervisora difería pues parecía que una vez más no se habían tocado los motivos de consulta de la pareja. De este modo se relacionó el mensaje del equipo con los motivos iniciales por los que acudió la pareja a terapia, se destacó que habían logrado cambios, pero los motivos principales (diferencias por el aporte económico y la sexualidad), no habían sido resueltos. Se clarificó la situación actual de la pareja, cuestionando si pensaban continuar su relación con estas dificultades o qué pensaban al respecto, pues parecía que ambos deseaban estar juntos, pero continuaban quejándose uno del otro, se preguntó si estaban dispuestos a continuar así o qué esperaban qué pasara, pues ambos parecían esperar un momento en el que las dificultades no estuvieran presentes, pero parecieran añorar estar como antes, es decir cuando Juan José tenía un trabajo fijo, por lo que se cuestionó la posibilidad de poder regresar a ese momento, pues pareciera que la situación actual de la pareja y el país ya era distinta.

Sandra comentó que los problemas en la pareja ya existían incluso antes de la pérdida de trabajo de Juan José y habló de los problemas sexuales experimentados hace 10 años. Asimismo definió a su esposo como proveedor y poco integrado a la familia, lo que generó en ella enojo hacia su esposo por la sobrecarga en las responsabilidades con sus hijos, que se intensificó ante la pérdida de trabajo de su esposo pues estaba acostumbrada a que él resolvía lo económico. Refirió que a partir de la llegada de Juan José a la UNAM (proceso terapéutico individual), la situación mejoró y los roles cambiaron, Sandra es la que casi no está en casa y Juan José es quien se dedica más a labores del hogar; Con respecto a la sexualidad de la pareja, Sandra comentó que ella fue derivada al psiquiatra y terapia de grupo por depresión, un psicólogo que atendía a su hijo José Jorge por problemas de aprendizaje, se lo sugirió. En el proceso identificó que tenía “anorgasmia” y acudió a terapia sexual, la cual favoreció su relación aproximadamente por 6 meses, pues ante la pérdida de trabajo de su esposo volvieron a alejarse, ya que ante los intentos, cada uno se sentía rechazado por el otro.

Se cerró la sesión con los mensajes del equipo, los cuales fueron expresados por la supervisora, se normalizó la pérdida de trabajo, la sobrecarga de actividades de Sandra con respecto a labores del hogar y la crianza como parte de los estereotipos de género, por lo que el impacto que dicha situación tuvo en la pareja (discusiones y peleas) parecía relacionarse por una parte con las expectativas depositadas en la pareja, las cuales no se cumplieron, pero también con el contexto económico del país. Se les pidió pensar en un proyecto juntos cuando se aminorara la tensión económica, con el objetivo de retar a la pareja, es decir cuestionar si serían capaces de hacerlo.

A partir de la sesión 12 se comenzó el trabajo sin el equipo terapéutico original y la supervisión directa, ya que se concluyó formalmente la formación de la terapeuta. Asimismo se alternó la modalidad de trabajo pues cuando había equipo terapéutico se realizaba inter-sesión (sesión 12 y 13), de lo contrario la sesión era continua.

Se retomaron algunas sugerencias del equipo tales como dividir la sesión, tomar unos minutos con cada uno por separado para explorar cómo había vivido cada uno el proceso terapéutico, y las expectativas depositadas en la pareja y el matrimonio. De este modo la sesión se inició con ambos, se realizó el encuadre y se conversó de manera individual primero con Sandra, refirió mayor tranquilidad y ya no miró como enemigo a Juan José, pero esto parecía no ser suficiente para favorecer el acercamiento entre ellos. Sandra esperaba de su pareja, “que estuviera dispuesto

*a compartir, que siempre la acompañara y le proporcionara apoyo moral”,* sin embargo percibía que ante las cosas dolorosas, Juan José se hacía a un lado. Mencionó que la relación actual con Juan José era como de buenos amigos; Para Juan José su relación con Sandra es como de amigos, y a él le gustaría que fuera como antes, cuando los roles y funciones correspondían a los establecidos culturalmente, es decir el proveer económicamente y ser el detallista, y Sandra realizar las labores de casa. Esas eran las expectativas que él tenía en el matrimonio, pero parecía que no se estaban cumpliendo desde hace 5 años, situación que le hacía sentirse inútil y rechazado por Sandra y su familia. Se concluyó la sesión cuestionando a cada uno si lo que exigían o esperaban de la pareja, sería algo que la pareja podría dar o si quizá era una necesidad y expectativa que ya existía aún antes del matrimonio.

En la sesión 13 la pareja refirió estar en otra etapa, ya que se daban cuenta que sus hijos tenían sus propias actividades y esto los había obligado a pasar más tiempo solos, pero pareciera que apenas se estaban conociendo. Para Juan José el que su hijo tuviera sus propios planes y se integrara al campo laboral, lo hacía sentir nulificado. La sesión se cerró connotando positivamente la actitud y sensibilidad de uno hacia el otro. Se puso pausa al proceso terapéutico, pues se cerraron las instalaciones por el periodo vacacional.

Se retomó el proceso terapéutico en la sesión 14, se exploró si era el momento de realizar planes de pareja y cuáles eran, pero una vez más parecía que la terapeuta funcionaba como un relé en la pareja y no favorecía la evolución ni en la pareja y ni en el proceso terapéutico, motivo por el cual se evidenció lo anterior a través de la preocupación de la terapeuta respecto a qué pasaría cuando ya no estén en terapia, pues en ese espacio lograban comunicarse y respetarse, pero fuera no. Se cuestionó si la presencia y el rol de la terapeuta era lo que no permitía que avanzaran, pues quizá limitaba que pusieran en práctica sus propias estrategias y recursos para avanzar. Se sugirió entonces alternar con sesiones individuales y quizá espaciar más las sesiones.

La sesión 15 y 16 fueron sesiones individuales. La primera en asistir bajo esta modalidad fue Sandra, acudir sin la compañía de Juan José le hizo valorar el acompañamiento de él a las sesiones. Reconoció que hace 2 años no estaba dispuesta a hablar y tratar de solucionar sus dificultades, pues estaba enojada y resentida, pero ahora estaba dispuesta a intentar tener más contacto

sexual con su esposo y tener una relación más amorosa. Incluso mencionó que hubo más cercanía, después de años Sandra se había despedido de beso del señor Baker, y en una salida éste la tomó de la mano, lo cual tampoco ocurría desde hace años. La sesión concluyó validando el reconocimiento de las emociones hacia Juan José, así como de los eventos que satisfacían a Sandra; Juan José llegó con una mayor disposición, reconoció cambios en sí mismo, en Sandra, en la relación de pareja y la familiar. Refirió que coincidía con la terapeuta en que *“hace falta dar un paso, para concluir la terapia”*, sin embargo los cambios (acercamientos afectivos de Sandra) le hacían mirar que Sandra y él estaban caminando juntos para mejorar.

La sesión 17 se realizó de manera conjunta. Se abordaron temáticas acerca de la dinámica familiar y la sexualidad de la pareja. Ambos mostraron mayor tolerancia y reconocimiento hacia el otro pues a pesar de que experimentaron dificultades no se alejaron. Sandra definió a Juan José como más sensible, ya no tan rudo ni déspota con la familia; Juan José comentó que ha pensado que es difícil que Sandra cambie su forma de pensar en cuestiones de religión, por lo que ya no intenta cambiarla. Habló de sus necesidades sexuales y cómo ha tenido que autosatisfacer esas necesidades, pues Sandra se negaba a tener relaciones con él. Asimismo refirió que la dificultad para retomar la sexualidad, no sólo se relacionó con la negativa de Sandra sino también con que ya no tiene la misma “potencia sexual”.

Para Juan José las problemáticas y dificultades que presentaron se relacionaban con una etapa, fue como un “Break” en la relación, pero que ya estaban en otra etapa “en la del INSEN” es decir en una etapa más sana, de disfrutar lo que tienen. Se concluyó la sesión con la pregunta de qué cosas les faltarían para estar como quisieran y qué tan lejanos o cercanos se encontraban de ello.

La sesión 18 se centró en evidenciar los cambios y objetivos alcanzados durante todo el proceso terapéutico (acercamiento de la pareja, emocional y físico –besos–, Integración de Juan José a la convivencia familiar, y la coordinación como papás para establecer límites). Asimismo se exploró la actitud de la pareja al respecto y de la probabilidad de cerrar el proceso terapéutico. Sandra refirió tener sentimientos encontrados, pues por un lado se sentía contenta al ver que el esfuerzo valió la pena, pero por otro sentía nostalgia por cerrar el proceso terapéutico; Para Juan José mirar los cambios lo motivaban, pero le era complicado pensar en que la terapia terminaba. Se cuestionó si los cambios logrados eran por la terapia o por la disponibilidad y esfuerzo de cada uno de ellos,

Sandra consideró que fue 50% la disposición y 50% la terapia, pues solos no lo hubieran logrado; Juan José refirió que 35% la disposición y esfuerzo de Sandra, 35% la disposición y esfuerzo de él y 30 % por la terapeuta. Es así que antes de concluir la sesión la pareja refirió que ellos ya estaban bien, pero estaban preocupados por las conductas de riesgo de Pamela, y deseaban invitar a sus hijos a la próxima sesión para hablar al respecto. La terapeuta accedió a invitarlos, como una manera de incluir a los hijos como testigos externos para favorecer el cierre del proceso, atender la demanda de los padres y diferenciar el proceso terapéutico actual del que quizá podría iniciar Pamela.

De este modo la sesión 19 se realizó con toda la familia. La sesión fue muy emotiva pues se exploraron los cambios notados por los hijos (disminuyeron las discusiones de sus papás y había más convivencia familiar), pero también las necesidades actuales de la familia. Para Pamela era importante que su padre estuviera más cercano, sin embargo era difícil acercarse por las críticas de él hacia ella, pareciera que todo lo que Pamela hacía era rechazado por su padre. José Jorge demostró apoyo constante a su hermana, pues refirió que la atención estaba más centrada en ella porque el casi ya no estaba en casa. Asimismo se aclaró que el proceso de pareja se concluiría y si deseaban abordar lo relacionado a Pamela, era necesario iniciar otro proceso familiar o quizá uno individual para Pamela.

Finalmente se llegó a la sesión de cierre. Se exploró cómo fue la presencia de sus hijos en la sesión previa, para ambos fue favorable escuchar a sus hijos. Para Sandra fue muy emotiva, consideró que el no sentirse juzgados favoreció la expresión de sus opiniones y sentimientos. Ambos reconocieron la preocupación por Pamela, lo cual se re-encuadró como parte del ciclo vital familiar, sin embargo refirieron sentirse contentos con la conclusión de la terapia, pues estaban viviendo los cambios. Para Juan José, la conclusión del proceso terapéutico es parte del camino, reconoció que existe mayor confianza y comunicación, cada uno hace sus cosas, cada uno es libre decidir el método para realizar sus actividades. La sesión fue emotiva pues la pareja agradeció la atención y dedicación de la terapeuta y el equipo. Enfatizaron que para ellos fue importante que a pesar de concluir con la Maestría se llevara el seguimiento del proceso. La terapeuta compartió con la familia el aporte que ellos realizaron a su experiencia personal y profesional.

#### 4. Intervenciones principales y elementos teóricos

Las premisas en las que se basó el proceso terapéutico de la pareja Baker-Martínez son: el trabajo realizado por el grupo de Milán en la década de 1970 (Mara Selvini, Luigi Bocolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata) y su método paradójico; así como en el trabajo que realizaron Selvini y Prata de 1979 a 1985; el que realizó con su equipo de investigación (Stefano Cirillo, Mateo Selvini y Anna María Sorrentino), de 1982 a 1987 en *“los juegos psicóticos de la familia”*; y finalmente el trabajo de Cirillo –uno de sus colaboradores más jóvenes– y colaboradores en *“muchachas anoréxicas y bulímicas”* y *“la familia del toxico dependiente”*. Dichos trabajos tienen como eje conductor el interés de Selvini Palazzoli de relacionar el trastorno de la pareja parental con las problemáticas de los hijos, resultado de la transmisión intergeneracional de la carencia afectiva de cada cónyuge con sus respectivas familias de origen (Selvini, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1990).

A continuación se presenta un resumen de los elementos teóricos que rigieron la supervisión y las intervenciones del proceso terapéutico.

Las investigaciones realizadas por Cirillo y colaboradores (1999) referentes a toxicodependencia y el modelo desarrollado por Selvini (1999) sobre anorexia, coinciden en que los trastornos son formas defensivas respecto al sentimiento de autodesvalorización, ambos dirigen impulsos agresivos hacia el propio cuerpo que posibilite una vía de escape para la depresión. Las mismas vicisitudes de la carencia afectiva no reconocidas se manifiestan en las familias de origen de estos dos tipos de pacientes, pareciendo ser el sexo lo que determina la inclinación a la anorexia o a la adicción declarada en la etapa de la adolescencia.

Una diferencia entre ambas enfermedades se refiere al tipo de vínculo en la pareja de padres, ya que los padres de toxicodependientes en el recorrido uno, establecen una relación “de interés” es decir buscan la dote afectiva en la pareja –compensación afectiva, de reconocimiento y valorización, respecto a su propia familia de origen, que aporta el otro a la pareja–, mientras que los padres de las anoréxicas buscan el *partner perfecto* para cubrir sus necesidades afectivas las cuales suelen ser confusas, negadas e inconfesables. Él padre busca en la joven humillada y sacrificada, una madre a su completa disposición; la madre apunta en encontrar en el marido

profesional comprometido y aparentemente seguro de sí mismo, a un sólido que reafirme su autoestima.

Las modalidades de cuidado en ambas familias (adictos y anoréxicas) se presentan de tres formas:

- 1) Cuidado remedado, en función de las necesidades narcisistas del padre o madre. En los varones este suele ser presentado como trofeo a la propia madre con la que la mujer sigue viviendo en dependencia, mientras que el marido se vuelve cada vez más periférico respecto a la pareja madre-hijo. En el caso de las hijas juegan el rol de confidente de la madre respecto a los sufrimientos causados por la insensibilidad y el machismo del padre.
- 2) Cuidado en el que las necesidades del hijo son desatendidas abiertamente, pero donde participa otra mujer (abuela o hija mayor) que disminuyen la conciencia en el niño o niña del escaso cuidado materno.
- 3) Como consecuencia del cuidado deficiente de la madre, el padre entra en rivalidad con la esposa, pero con un efecto más seductor que compensatorio de la deficiencia materna.

Los hallazgos han reportado que el padre de estos pacientes con frecuencia es un hombre adultizado desde su infancia, siendo en muchas ocasiones un sostén para la madre, pero suele ser más explotado que reconocido. Asimismo el reconocimiento del daño sufrido está ausente, por tanto no se reconoce como portador de las necesidades de comprensión por parte de la esposa y más tarde de reconocer las necesidades afectivas de su hija.

La madre, por su parte, es una mujer humillada, no estimada por sus propios padres, en posición de dependencia y sin resolver en relación a la madre, portadora de la carencia no elaborada, que vivió en un contexto antifeminista (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999).

El trabajo con muchachas anoréxicas y bulímicas, implementa una explicación teórica en el trabajo terapéutico que considera las modalidades relacionales nocivas para los hijos comprensibles por la carencia afectiva en la vida de los padres con sus familias de origen. De esta manera, el padre trata a su cónyuge e hijas en base a sus propias necesidades no resueltas, tratando de poner en práctica con ellas esas estrategias que en el pasado lo habían protegido del sufrimiento



destrutivo en las relaciones con su familia de origen. Las carencias experimentadas en la infancia encuentran consuelo en la promesa de la esposa, sin embargo, por su propia carencia, la mujer se convierte en quejumbrosa, culpabilizadora e incapaz de darle lo que él aspira. Esta situación vuelve a la hija un medio posible de alivio a la larga espera del padre, mismo que la seduce para que cumpla el papel de madre o esposa, privándola inconscientemente del derecho infantil de hija de ser cuidada y cubierta en sus necesidades afectivas.

El objetivo terapéutico de estas pacientes es ayudarlas a identificar sus necesidades, convirtiéndola en protagonista de las vicisitudes que han caracterizado su historia personal, es decir, reconstruir la historia de la transmisión generacional de la carencia (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

A continuación se describen las principales intervenciones

#### **Modalidad de trabajo**

*La estructura de la sesión* se organizó en cinco partes: 1) Presesión: se analizó la ficha telefónica o la sesión previa. 2) Sesión: se desarrolló el trabajo de la terapeuta titular con la pareja en una sala con espejo unidireccional, a través del cual el equipo de terapeutas observó la sesión y envió mensajes. 3) inter-sesión: la terapeuta titular hizo una pausa en la sesión para discutir sus ideas con el equipo observador y decidir como concluir la sesión. 4) Conclusión de la sesión: la terapeuta regresaba a dar el mensaje o prescripción. 5) Acta de sesión, el quipo redactó el acta de la sesión y discutió las reacciones observadas y las posibles previsiones al caso (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

#### **Hipótesis**

Se formularon hipótesis –suposición que permite explicar los hechos, cuya función es conectar las conductas de la familia con su significado, para que dichas conductas sirvan a cada uno de los miembros de la familia– que guiaron a la terapeuta y el equipo en las intervenciones, ya que éstas permitieron obtener nueva información que confirmó, refutó o modificó las hipótesis y a su vez la dirección del proceso terapéutico (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

**Neutralidad**

El equipo terapéutico y la terapeuta buscó asignar el mismo peso a todas las partes del sistema, tomando partido y distintas posiciones relacionales con cada miembro de la pareja, es decir crear un estado de curiosidad que favoreciera la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos para el desarrollo de multiplicidad y pluralidad en las puntuaciones de un comportamiento (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

**Circularidad**

La terapeuta y el equipo basaron sus intervenciones (hipótesis, preguntas, mensajes) en la retroalimentación recibida por la familia. Asimismo los cambios logrados por la familia también reflejan la circularidad del proceso, ya que se insertó información nueva al sistema de las relaciones y diferencias de la problemática (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

**Cuestionamiento circular**

Durante el proceso terapéutico se realizaron preguntas circulares, que se basan en la presuposición de la circularidad del sistema, es decir supone que todo está vinculado de alguna manera con el todo. Su objetivo era explorar y conectar los posibles eventos que influían en el problema, así como marcar diferencias referentes a las relaciones que la familia experimentaba antes y después del surgimiento de la problemática conyugal, con la finalidad de fijar el momento de la historia del sistema en el que sufrieron un cambio y las dificultades de adaptación a este cambio (Penn, 1982; Tomm, 1988).

**Intervención final**

Algunos de los mensajes enviados por el equipo terapéutico se usaron como intervención final, es decir se cerró la sesión con un mensaje, con el objetivo de introducir información al sistema para promover el proceso de cambio. La intervención final puede ser simplemente una cita para la próxima sesión o una afirmación, una expresión de duda, un encuadre o una historia sobre lo que ocurrió durante la sesión (Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003; Bertrando, 2011). Un ejemplo de cómo se usó la intervención final, es cuando se cerró la sesión con el siguiente mensaje *“nos preguntamos si el resentimiento por eventos del pasado no le permite aceptar el reconocimiento de su familia”*.

**Connotación positiva**

La técnica de connotación positiva fue útil en el proceso terapéutico de los Baker, pero usándola no como en sus inicios –Aprobación de manera explícita de la predominante tendencia homeostática de la familia y la prescripción de la persistencia del síntoma del paciente designado y los comportamientos sintomáticos de los otros miembros, con el fin implícito de estimular su capacidad de cambio, (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988)–, sino con el fin de promover la empatía por los padecimientos inevitablemente sufridos por cada uno, es decir tratar de meternos en la piel de cada miembro de la familia, comprendiendo sus razones dentro de su historia familiar, pero sin borrar su responsabilidad por el sufrimiento provocado a otros (Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1999). Tal como ocurrió al connotar positivamente las acciones de Juan José para transmitir el valor de la puntualidad a su familia, pero también se evidenció el precio que ha tenido para él transmitirlo de un modo tan rígido.

**Largo intervalo entre las sesiones**

Se basa en la premisa de que se requiere tiempo para que las intervenciones terapéuticas tengan efectos en la organización familiar y sean visibles, motivo por el cual al ver que el proceso terapéutico estaba estancado, se sugirió alternar y espaciar las sesiones (Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1999).

**Transmisión intergeneracional de la carencia afectiva**

Un elemento importante en el proceso del cambio fue la premisa de la transmisión intergeneracional del trauma. Transmisión de una cultura afectiva y relacional adquirida en relación con los respectivos padres cargada de vicisitudes carenciales y traumáticas, con el bagaje por un lado de las necesidades insatisfechas y por otro de las modalidades aprendidas para la gratificación de otras necesidades que condicionan tanto la elección de pareja, las modalidades interactivas que darán origen al estancamiento, y su posterior estilo de asistencia de los hijos. Explorar la historia emocional de Sandra y Juan José permitió explorar el problema desde una óptica trigeneracional que no culpabilizaba a nadie y facilitó el acceso a una causalidad compleja que tiene en cuenta una multiplicidad de elementos: educativos, cognitivos, emocionales, relacionales y sociales (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999).

Lo anterior se observó cuando las dificultades de la pareja se encuadraron con el incumplimiento de los roles de género establecidos culturalmente, y cómo la situación del campo laboral en el país impactaba en la familia, evidenciando que hay cosas que tienen que ver con la persona, con la pareja, pero también con un sistema más complejo que no depende de ellos.

### **Estancamiento (*Impasse*)**

La característica esencial del estancamiento es el perfecto encaje que se determina entre las necesidades afectivas de los dos *partners*, encaje que hace imposible una disolución de la pareja incluso en presencia de elementos específicos de frustración y de insatisfacción que los dos cónyuges experimentan en la relación. Es un juego en el que los dos adversarios parecen destinados a afrontar eternamente una situación sin salida.

El eje del estancamiento de pareja, es el miedo enorme que un cónyuge siente del otro, miedo que no manifiesta ni admite (por motivos que se desconocen, quizá por temor de caer en sus manos, temor de que el otro se aproveche, incapacidad de confesar este miedo ni siquiera a sí mismo). Oculta su miedo tras un problema aparente del que en cambio se habla demasiado, atormentando a su compañero. Pero el compañero intuye ese miedo y se pone en guardia no hablando del asunto. En efecto, se conduce como si creyese que el problema aparente es el verdadero y se obstina en eso y aprovecha para estimular innecesariamente el miedo oculto del otro. Lo que impulsa a actuar de este modo es el hecho de que el también es víctima del algún miedo (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

Lo anterior refleja perfectamente la relación de Sandra y Juan José, ya que llegaron a terapia por aparentes problemas económicos y sexuales, que parecían disimular su temor de exponerse ante el otro al reconocer su insatisfacción en la relación de pareja, pues no cubrió sus expectativas, las cuales se relacionaban con la carencia afectiva en su propia familia de origen. Por un lado Juan José pareciera haber enganchado con Sandra por la dote afectiva –contrato implícito, constituido por deseos y miedos inconscientes, estrechamente conectado con las relaciones que cada *partner* ha establecido en el periodo infantil y adolescente con su propia familia–, es decir su unión con Sandra se basó en el interés y búsqueda de reconocimiento en la familia de origen de ésta (aceptación, valoración, reconocimiento y excelente relación de la suegra con Juan José) y el anhelo de logarlo en su familia nuclear; por su parte Sandra esperaba que Juan José brindara la protección y cuidados que no recibió de sus padres. Es así que al evidenciar el estancamiento de la

pareja y la minimización de la carencia afectiva en sus propias familias de origen, se favoreció el cambio en la relación, pues se dio paso a la exploración del embrollo e instigación, así como aclarar qué expectativas y premisas los habían unido.

### **Revelación del juego familiar**

Es una intervención que consiste en explicitar a la familia la conexión entre el sufrimiento del paciente identificado y su intrusión en los problemas no resueltos de la pareja conyugal; Después de la exploración de las expectativas puestas en la pareja y el matrimonio, se cuestionó a cada miembro de la pareja si sería posible que lo que se exigía al cónyuge, podía ser satisfecho por éste, o si quizá esa necesidad no satisfecha, se relacionaba más con una necesidad personal, presente incluso antes del matrimonio (Ochoa, 2004; Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentino 1999).

### **El embrollo**

En el juego del embrollo un padre hace ostentación de una relación privilegiada con uno de sus hijos a quien da a entender que lo prefiere por encima de su cónyuge, cuando en realidad no es así, pues esta relación es usada como instrumento de una estrategia en contra del otro cónyuge. Que es su verdadero centro de interés. El hijo sabe que es participe de una relación ilícita, lo que le hace desconfiar cada vez más de su aliado hasta que descubre que en realidad su padre le ha utilizado para enfrentar a su cónyuge, entonces se siente traicionado. Y condenado al silencio por la ilicitud de su relación (Selvini, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1990). Esta premisa fue útil para evidenciar la insatisfacción de Sandra con su relación de pareja, pues Juan José no cubría con las expectativas que Sandra depositó en él, aliándose con los hijos para atacar a su esposo erosionando su jerarquía parental y excluyéndolo de la familia.

### **La instigación**

Es un proceso interactivo que se encamina tácitamente al drama; es un juego que consiste en una provocación disimulada a la que se responde con un enojo disimulado, de tal forma que quien instiga nunca consigue provocar abiertamente a la otra persona. Uno instiga al otro siempre para provocar a un tercero (Selvini, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1990). La instigación se reflejaba al no reconocer el enojo y resentimiento que cada uno tenía hacia el otro y expresarlo a través de los

hijos, por ejemplo cuando Sandra evidenciaba la incapacidad de Juan José para cubrir la colegiatura de su hijo, así como su incapacidad para acercarse emocionalmente a Pamela debido a sus “prejuicios”, por lo que le quitaba autoridad al padre, pero ponía en riesgo a su hija (consumir alcohol en exceso).

### **Minimización de la carencia**

Mecanismo interactivo dominante, que impregna la comunicación familiar (modalidad particular de desconocimiento de la realidad) que no consiste en negar o esconder el desarrollo de los acontecimientos “reales”, sino en amortiguar la relevancia emocional que los acompaña, sobre todo cuando se trata de dolor ligado a eventos de alcance traumático. Es decir la minimización del daño sufrido a través de mecanismos psicodinámicos de escisión e idealización, con un efecto de desconexión entre hechos y reacciones emocionales (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999).

### **5. Sistema terapéutico y cibernética de segundo orden (reflexiones, obstáculos y aprendizajes).**

La evaluación del proceso terapéutico considero que se puede hacer a tres niveles, por los cambios y el impacto de la terapia en los componentes del sistema terapéutico total, la familia, el equipo terapéutico y la terapeuta.

#### Familia

- Se reconoció la carencia afectiva transmitida intergeneracionalmente, lo cual se evidenció al reconocer que las expectativas que depositaron en la pareja ya estaban incluso antes de conocerse, por lo que no correspondía al otro resolverlas. Lo anterior se reflejó en el comentario emitido por Juan José al destacar que su relación era de mayor tranquilidad pues eran más libres de sus tiempos y actividades, que dejaron de intentar cambiarse uno al otro. De manera que se reconoció la carencia afectiva en sus respectivas familias y se favoreció el acercamiento físico, emocional e incluso llegaron a establecer acuerdos con sus hijos.

- La familia modificó la convivencia familiar, pues Juan José fue incluido en la convivencia familiar, ya que al revelarse el juego familiar (estancamiento, embrollo e instigación) se introdujo información nueva al sistema que favoreció el establecimiento de nuevas formas de relacionarse.
- Juan José y Sandra se acercaron como pareja conyugal y no sólo como pareja de papás; ya que ambos reconocieron la importancia de la sexualidad en la pareja y se incrementó el acercamiento físico (besos), situación que les permitió diferenciar su relación de pareja de la de “buenos amigos”.
- Se aclararon las situaciones actuales de la pareja y se modificaron expectativas. El estancamiento en la pareja, parecía relacionarse con la añoranza de lo que se esperaba encontrar en el matrimonio y la estabilidad económica que en algún momento representó el bienestar familiar y de pareja, sin embargo lograron mirarse las necesidades actuales, es decir buscar actividades como pareja conyugal y no sólo como papás, que la potencia sexual de Juan José ya no era la de antes, así como la posibilidad de la inclusión laboral. Además de evidenciar que el incumplimiento de los estereotipados roles de género, no sólo se debían a la incapacidad de cada uno para asumirlos, sino con un fenómeno social y cultural que invitaba a asumir nuevas posturas y modificar la jerarquización de prioridades.

#### Equipo

La intervención del equipo terapéutico, al inicio era a través de mensajes compartidos durante la intersección, sin embargo al no ver movimientos en el proceso, la intervención fue más directa, el equipo pasó a dar directamente los mensajes a la pareja.

Finalmente su participación desapareció, ya que se concluyó formalmente el proceso de formación y la terapeuta titular continuó con el proceso terapéutico de los Baker-Martínez.

#### Terapeuta

- Al inició, representó un proceso formativo, pero significó un proceso de aprendizaje personal, ya que el impactó que la familia generó en mí, se relacionó con mi familia de

origen. Pues me invitó a reflexionar sobre la postura que tomaba como terapeuta ante personas de mayor edad, específicamente de la edad de mis padres.

- Los cambios más evidentes quizá se notan en un esfuerzo constante por asumir la directiva en las sesiones y la dificultad que eso representó para mí, pues por momentos me parecía que la directividad implicaba dejar de escuchar a la familia, pero el no hacerlo implicaba no lograr los objetivos y por lo tanto no ser útil en el proceso terapéutico de la familia. Es así que a partir de la sesión 14 asumí la directividad de una manera que me hacía sentir cómoda, pues consideraba que escuchaba y atendía las demandas de la familia, ya que me permití sentir y conectar emocionalmente con la familia, lo cual en algún momento pensé estaba alejado de lo que pretendía el modelo, sin embargo tras el análisis teórico me doy cuenta que el actuar que adopté si se encontraba dentro del marco del modelo. Es decir la colaboración con la familia, me permitió escuchar, intervenir según mi formación terapéutica, pero también pedir ayuda a la familia en la comprensión del proceso terapéutico, es decir me di cuenta que no tenía que hacer, ni saber todo yo, sino se trataba de un trabajo conjunto.
- El asumir que el temor a equivocarme detenía el proceso terapéutico, pues limitaba mis intervenciones como terapeuta. Por lo que los cuestionamientos del equipo me permitieron reflexionar y cuestionarme si demostrar escucha y respeto a la pareja únicamente implicaba guardar silencio, o también intervenir para promover el cambio en la familia.
- Un cambio importante en mi rol de terapeuta fue el asumir que mis premisas sobre la escucha hacia la pareja no permitía salir del patrón de interacción, por lo que el equipo y supervisión terapéutica favorecieron romper el patrón de relación, pues constantemente lo evidenciaron, y aunque al inicio fue complicado asumirlo –pues me hacía dudar de mi capacidad–, al final me di cuenta de la utilidad, ya que el evidenciar dicho rol frente a la familia favoreció la capacidad frente al cambio de Juan José y Sandra.



- Por último creo que el equipo jugó un papel relevante en la postura que tomé como terapeuta titular, pues cuando inició creo que jugué un rol de mensajera, es decir de compartir los mensajes del equipo y actuar de acuerdo a lo que sugerían. Considero que me apropié del proceso terapéutico como terapeuta titular hasta que no estuvo el equipo, pues tras el análisis mi sensación al relatar el proceso es que hasta la sesión 12 parecía que estaba al servicio del equipo y no de la familia, por lo que fui absorbida por el sistema del equipo terapéutico, contrario a lo que pretendía. Es así que el equipo implicó para mí una posibilidad para reflexionar acerca de mi rol como terapeuta y evitar ser absorbida por el sistema pero que por momentos dude de mi capacidad para poder representar dignamente al equipo.

## 6. Comentarios y reflexiones

Para mí fue difícil asumir una postura frente una pareja de la edad de mis propios padres, así que los cuestionamientos de la supervisora favorecieron el darme cuenta de lo que representaba para mí dirigir un proceso en el que significaba estar al frente de personas con mayor experiencia de vida que la mía. Pero también me doy cuenta que frente al equipo y la supervisora asumí una postura más receptiva que crítica, que en su momento consideré la postura más adecuada para favorecer el aprendizaje, sin embargo creo que por momentos dejé de escucharme, aunque creo que fue un proceso de aprendizaje necesario, que de otro modo no habría reflexionado.

Percibía en mí temor a equivocarme, por lo que asumir y evidenciar el conflicto quizá pensaba que representaría la pérdida de control durante la sesión, y aunque en este modelo es importante reconocer y evidenciar el conflicto para introducir información nueva al sistema, en su momento representó para mí una carrera contra el tiempo, es decir, presionarme por no cumplir con lo que requería el modelo, como por ejemplo una postura más directiva, pero además tener que ver resultados en el tiempos que correspondía al semestre escolar.

Escuchar tantas voces y tener que ser clara en el mensaje representaba temor de no poder transmitir esas ideas tan importantes, pensaba que era vital escuchar las voces de todos, pues quizá ellos veían todo lo que yo no podía por estar entrampada en el juego familiar.

La idea de haber entrado en el juego familiar me hizo dudar de mis habilidades como terapeuta, pues para mí representó no poder poner distancia entre lo que le pasaba a ellos y quizá no estar siendo útil a la familia. Sin embargo en ocasiones era confusión, pues yo no me sentía parte del juego, quizá lo enmarcaba como escucha y respeto hacia la familia, pero cuando escuchaba que el equipo percibía las intervenciones aburridas y sin movimiento para la familia, me hacía dudar más en las siguientes intervenciones. Aunque para mí fue de vital importancia el estar dispuesta a escuchar las opiniones del equipo.

La experiencia de la supervisora, también representaba para mí un gran respeto, que en ocasiones implicó asignar un peso incuestionable a sus comentarios y por lo tanto dar menor peso a mi voz y emociones.

Quizá el entrar en el juego familiar puso en riesgo el sistema terapéutico, pero permitió una evolución de mí como terapeuta, pues si bien fue sumamente útil el equipo para observar mi relación con la pareja, también al encontrarme sin él, me invitó a ser más cuidadosa de mi relación con ellos. Aunque constantemente tenía la duda de si mi relación favorecía el cambio o mantenía el conflicto familiar. Sin embargo al mirar los cambios parece que el objetivo de introducir nueva información al sistema favoreció la dinámica familiar, pues no sólo Sandra y Juan José lograron evidenciar y reconocer el dolor ante las propias carencias afectivas, sino que la expresión y comunicación se favoreció como pareja y familia.

Al finalizar el proceso, escuchar los comentarios emitidos por la pareja relacionados con el agradecer la disposición y escucha, fueron reconfortantes para mí, aunque nunca fue la finalidad de la terapia.

### 1.1.2. FAMILIA LEBLANC RAMIREZ

#### 1.1.2.1. Datos de identificación

INSTITUCIÓN: Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor Y Sánchez Navarro”, Facultad De Psicología, UNAM.

FAMILIA: Leblanc Ramírez

TIPO DE SERVICIO: Terapia Familiar

SUPERVISIÓN: Integración de modelos (Estratégico, terapia breve, soluciones, colaborativo narrativa).

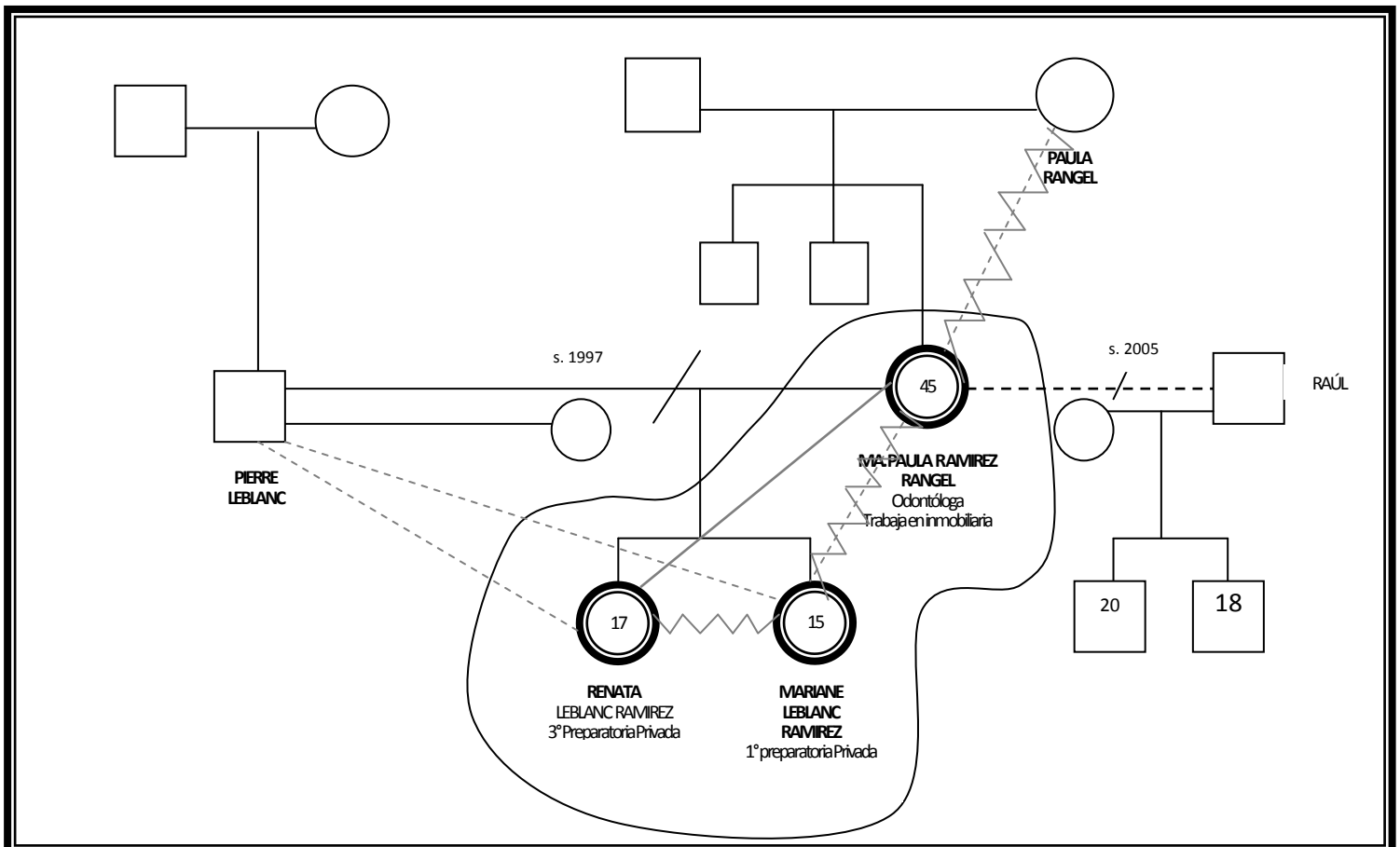
MODALIDAD: sesiones quincenal

NUMERO DE SESIONES: 27

**Terapeuta:** Cintia Aguilar y Araceli Durán  
**Supervisora.** Dra. Noemí Díaz Marroquín

**Equipo Terapéutico**  
Alma Aguilar Segura  
Beatriz Bollás Hernández  
Ligia Noemí Kumul Coronado  
Leticia Muñoz Arreola

#### 1.1.2.2. Familiograma \*



\*Los nombres y algunos datos de la familia han sido cambiados para conservar su confidencialidad

## SESIONES

1. 24 de Marzo del 2010
2. 14 de Abril del 2010
3. 28 de Abril del 2010
4. 19 de Mayo del 2010
5. 26 de Mayo del 2010
6. 02 de junio del 2010
7. 09 de junio del 2010
8. 16 de Junio del 2010
9. 23 de Junio del 2010
10. 03 de Agosto del 2010
11. 17 de Agosto del 2010
12. 31 de Agosto del 2010
13. 14 de Septiembre del 2010
14. 12 de Octubre del 2010
15. 26 de Octubre del 2010
16. 16 de noviembre del 2010
17. 30 de Noviembre del 2013
18. 14 de Diciembre del 2010
19. 01 de Febrero del 2011
20. 01 de Marzo 2011
21. 15 de Marzo del 2011
22. 29 de Marzo del 2011
23. 12 de Abril 2011
24. 03 de Mayo 2011
25. 24 de Mayo del 2011
26. 30 de Junio de 2011
27. 15 de agosto de 2011

**Motivo de consulta**

El servicio fue solicitado por la madre de Ma. Paula (la señora Paula Rangel), refirió que quienes necesitaban la terapia eran su hija y sus nietas –lo cual se desconocía antes del contacto telefónico–. Es así que al comunicarnos vía telefónica con la señora Paula Rangel se le informó, que Ma. Paula tendría que llamar para confirmar la cita, ya que el reglamento del Centro Comunitario requería que quien asistirá a terapia sea la persona que programe y solicite la cita.

Después de una semana Ma. Paula Ramírez Rangel se comunicó y comentó que asistiría con sus hijas Renata de 17 años y Mariane de 14, por sugerencia de su madre, situación con la que estaba de acuerdo pues sus hijas tenían una relación insoportable.

En la primer sesión Ma. Paula, refirió que sus hijas pasaban todo el tiempo peleando y no colaboraban en casa, motivo por el cual discutía con ellas constantemente, por lo que la señora Paula Rangel (abuela materna) le sugirió asistir pues quizá les sería útil.

**Modalidad de trabajo**

El proceso terapéutico se inició en co-terapia con Araceli Durán, la Dra. Noemí Díaz Marroquín como supervisora, y el equipo terapéutico (Alma Aguilar, Beatriz Bolas, Leticia Muñoz y Noemí Kumul), bajo esta modalidad se trabajó hasta la sesión número 18. El resto del proceso se realizó con una terapeuta titular, supervisora y equipo terapéutico.

Las sesiones se realizaron en su mayoría en formato quincenal. En ocasiones se requirió una sesión semanal por eventos extraordinarios y de urgencia familiar, pero fue en el mínimo de los casos. Existieron lapsos mayores entre sesiones debido al calendario académico y periodos vacacionales. Las sesiones se dividían en cinco partes, pre-sesión, sesión, inter-sesión, cierre de la sesión y discusión con el equipo (post-sesión).

### 1. Resumen

La familia está conformada por la madre María Paula Ramírez Rangel de 45 años odontóloga de profesión; las hijas Renata Leblanc Ramírez de 17 años, estudiante de tercer año de preparatoria y Mariane Leblanc Ramírez de 15 años estudiante de primer año de preparatoria, quienes cohabitan en un departamento.

Los padres de las menores se separaron hace trece años, situación que llevó a la familia a mudarse a la ciudad de México, pues antes residían en los Cabos. El padre (Sr. Pierre Leblanc, de nacionalidad Francesa) reside en los Cabos y actualmente tiene una relación de pareja. Las hijas mantienen contacto esporádico y vía telefónica con el padre, siendo la relación básicamente para el aporte económico, el cual se centra en pagar el departamento donde viven actualmente.

La relación entre los padres no es favorable, por lo que no hay comunicación pues la separación se dio dentro de un contexto de violencia psicológica y el consumo de drogas del padre; Ma. Paula vivió con una pareja posterior a la separación con el padre de sus hijas, pero dicha relación concluyó hace cinco años, por dificultades entre los hijos de su pareja y sus hijas.

Ma. Paula ha presentado dificultades económicas, pues sus trabajos (consultas odontológicas en casa, venta de casas en una inmobiliaria y venta colchas por catálogo), no le permiten cubrir los gastos del hogar y de sus hijas, ya que ambas asisten a colegios particulares y a pesar de contar con beca, les es insuficiente.

Las actividades de la madre están centradas en satisfacer las necesidades instrumentales de sus hijas, pero esto no es reconocido por ellas e incluso subestiman el esfuerzo de la madre y lo perciben como parte de sus responsabilidades. Del mismo modo la madre intenta educar a sus hijas a través de “ser justa”, es decir tratar igual a ambas, sin embargo no existe acción suficiente que logre transmitir a sus hijas justicia, por lo que la rivalidad entre las hijas cada vez se hace más intensa.

La familia extensa descalifica como madre y mujer a Ma. Paula por lo que sabotean el establecimiento de límites hacia las hijas, ya que éstas se sienten avaladas por la abuela materna y los tíos, situación que se intensifica ante el aporte económico que hace la familia extensa, pues pareciera empoderarlos con respecto a la toma de decisiones de Ma. Paula y sus hijas.

Ante este panorama, fue como se inició el proceso terapéutico. El desarrollo de dicho proceso se resume de la siguiente manera:

El proceso terapéutico se centró en un inicio en definir el tipo de cliente y la organización estructural de la familia para definir el rol de Ma. Paula dentro de la familia nuclear. Posteriormente se trabajó con el subsistema fraterno, ya que era el motivo de consulta. La relación mejoró, se logró una convivencia más favorable, es decir lograron llegar a acuerdos, disminuyó la intensidad y frecuencia de las peleas, además lograron apoyarse ante algunas dificultades que presentaron cada una de las hermanas (abuso sexual de Mariane, dificultades en su viaje a Francia); La madre dejó de intervenir en las peleas de las hijas, logró empoderarse y mirar sus necesidades particulares entre las cuales destacan realizar actividades para sí misma y tomar un proceso terapéutico personal.

## 2. Hipótesis

### *Iniciales*

- La rivalidad fraterna parece estar relacionada en una lucha constante entre las hijas por obtener la atención y el afecto de la madre.
- La relación entre madre e hijas parece ser una relación fraterna, en la cual las tres tiene la misma jerarquía, pues no hay quien ponga límites, ni existen consecuencias ante las acciones y faltas de respeto de Renata y Mariane.
- La familia de origen se alía con las hijas para descalificar a Ma. Paula en su rol materno, y genera dudas en ella respecto a su capacidad para ejercer su autoridad y funciones maternas.
- La dificultad de Ma. Paula para favorecer la colaboración de sus hijas en casa parece relacionarse con la adjudicación de las responsabilidades del hogar y organización familiar a la madre, por lo tanto sólo tiene obligaciones como parte de sus funciones de maternaje, y no derechos.

- Existe una alianza entre Ma. Paula y Renata, dejando fuera de la relación a Mariane, lo cual intensifica la rivalidad entre las hijas, pues la madre reconoce a Renata evidenciando las carencias y dificultades de Mariane.
- Cuando la madre intenta reconocer y responder las demandas de atención y afecto de ambas hijas, actúa bajo la premisa de “ser justa”, es decir intenta tratarlas de la misma manera, sin embargo parece que es percibido por las hijas como una manera de intensificar las diferencias en el trato, pues la justicia pareciera dejar fuera el reconocimiento de las características y necesidades personales de cada hija.
- La premisa familiar para relacionarse, parece estar basada en el reclamo y la descalificación, evitando relacionarse a través del afecto y reconocimiento.
- Las fronteras intergeneracionales parecieran no estar bien definidas; por un lado la familia extensa materna, considera que tiene derecho a decidir en la vida de Ma. Paula y sus hijas, debido al aporte económico que hacen a la familia. Asimismo ubican en el mismo nivel jerárquico a las tres integrantes de la familia nuclear; y por otro lado Ma. Paula pareciera relacionarse con sus hijas como si perteneciera al subsistema fraterno.
- Las dificultades económicas de Ma. Paula y sus hijas parecen relacionarse con vivir en un estatus socioeconómico que no corresponde a sus posibilidades económicas actuales.
- El rol fraterno de Ma. Paula en su familia de origen (la menor de 6 hermanos), implicó que aprendiera a defenderse y a ser escuchada a través de gritos y golpes. Rol que parece reproducir actualmente con su familia nuclear.
- La justicia que intenta transmitir Ma. Paula a sus hijas se relaciona con su propia experiencia en el subsistema fraterno, es decir pareciera intentar transmitir lo contrario a lo que se le transmitió a ella en su familia de origen –la madre la trató diferente a sus hermanos por el hecho de ser mujer, situación que percibe “injusta”–.

#### *Durante proceso terapéutico*

- Ma. Paula se siente poco reconocida en su familia de origen y descalificada por las decisiones que toma (personales, académicas, laborales y como madre).
- La rivalidad por el afecto y reconocimiento ha estado presente en los diferentes contextos relacionales de Ma. Paula; ha rivalizado con sus hermanos por el reconocimiento de la madre, tal como lo hacen sus hijas por ella; ha rivalizado con la madre, por el amor del padre, situación que la ha privado del reconocimiento y aceptación familiar.

- El modelaje que hicieron los padres de Ma. Paula para negociar, colaborar y comunicar, no favoreció su relación fraterna, pues parecía estar basada en ataques contantes de uno hacia el otro. Es así que la dificultad para asumir el rol de madre, implica poner en práctica estrategias de negociación, colaboración y comunicación que no desarrolló en su propia familia de origen.
- El desarrollo personal y profesional de Ma. Paula ha implicado el rechazo de la familia por no seguir las premisas familiares. De este modo Ma. Paula es aceptada en la familia, sólo cuando confirma su incapacidad para resolver dificultades y desarrollarse personal y profesionalmente de manera independiente a la familia.
- El empoderamiento de Ma. Paula le permitirá asumir un rol de mayor jerarquía en los diferentes contextos relacionales (familia extensa y nuclear).
- Mariane parece resistirse al cambio manteniendo el equilibrio homeostático del sistema familiar y continuar como “chivo expiatorio”, quizá para proteger a la madre, pues al ya no centrar la atención en sus hijas tendrá que observarse a sí misma.
- Ma. Paula busca resignificar su experiencia del abuso sexual a través de la experiencia de Mariane, por lo que diferenciar necesidades, tiempos y experiencias, podrá favorecer su relación con Mariane.
- La relación de Mariane y Renata empeoró por la etapa de vida en la que se encuentran (adolescencia) y no sólo por la dinámica y contexto familiar más próximo.
- Si Ma. Paula cambia su premisa de Justicia, logrará mirar las necesidades de cada una de sus hijas, así como diferenciar las necesidades personales de las filiales, lo cual impactará en los diferentes niveles relacionales de Ma. Paula (madre, hijas, hermanos), en lo referente a la rivalidad.

### 3. Evolución del proceso terapéutico

Al inicio del proceso terapéutico familiar, al parecer la familia asistía cumpliendo con una demanda de la familia extensa, específicamente de la abuela (Paula Rangel), por lo que la primeras intervenciones se centraron en definir al tipo de cliente, es decir que Ma. Paula, Renata y Mariane encontraran un motivo para asistir a terapia. Es así que reconocieron que la dinámica familiar era tensa y cada vez aumentaba de intensidad, lo cual se evidenció en la primera sesión pues para el equipo terapéutico fue complicado entender lo que decía la familia ya que constantemente se



interrumpían y alzaban la voz. Hablaban todas al mismo tiempo por lo que los límites y turnos para hablar fueron establecidos por las terapeutas, sin embargo era complicado pues constantemente caían en el patrón de interacción.

La primera sesión se enfocó en la reorganización estructural del sistema familiar, además de validar como figura de mayor jerarquía a Ma. Paula. Se trabajó con tareas, entre ellas realizar una lista de las labores del hogar, y definir cuáles le correspondían a cada una, así como las consecuencias que tendrían si no se realizaban, estas últimas serían establecidas por Ma. Paula. No se realizó la tarea con anterioridad sino camino a la terapia.

En la segunda sesión Ma. Paula empezó a expresar sus emociones, es decir habló del cansancio y sobrecarga de actividades dentro y fuera del hogar. Así como del poco reconocimiento de sus hijas ante sus esfuerzos y sacrificios por satisfacer sus demandas afectivas e instrumentales. Se hicieron evidentes las alianzas, donde Renata parecía la de mayor jerarquía en la familia, pues juzgaba y descalificaba a su madre, pero se aliaba con la misma para descalificar el apoyo de Mariane en casa y evidenciar su poca colaboración. Dicha situación detonó una discusión en sesión donde Mariane parecía defenderse a través del llanto, rebeldía y subiendo el tono de voz; la supervisora intervino evidenciando la dificultad para expresarse el afecto en la familia, pues la madre creció en un contexto de varones, el cual le enseñó a defenderse y a ser escuchada a través de gritos y golpes; Se realizó un ejercicio que invitó a la familia a relacionarse de una manera distinta; se destacó la dificultad de Renata para permitir el acercamiento de Ma. Paula a Mariane, pues se burló de las expresiones de afecto y reconocimiento de las capacidades que la madre hizo hacia su hermana; Ma. Paula comparaba constantemente a Mariane con Renata, validando y reconociendo la seguridad de Renata y enfatizando la carencia de seguridad de Mariane; se cerró la sesión destacando la importancia de la autoridad de Ma. Paula en casa para dar orden y organización a la familia, además se le pidió confiar más en sus emociones y sentimientos que en intentar ser justa para relacionarse con sus hijas, pues quizá no habría cosa que pudiera hacer o decir que fuera suficiente para ellas. Se le comunicó que el rol de referí de Ma. Paula ante las peleas de sus hijas podría cambiar si les expresara su afecto y reconocimiento a ambas; se connotó positivamente a Ma. Paula destacando como se relacionaba de manera distinta con sus hijas a como se relacionó en su familia de origen, es decir no las golpeaba. También se evidenció su

capacidad para buscar alternativas a pesar de las dificultades (situación laboral, económica y la adolescencia de sus hijas).

La tercera sesión también evidenció la rivalidad fraterna y la alianza entre Ma. Paula y Renata. Sin embargo Mariane expresó abiertamente la diferencia que percibía en el trato de la madre hacia sus hijas, una preferencia hacia Renata; una vez más se cayó en el patrón de interacción de gritos e interrupciones, por lo que intervino la supervisora validando las emociones de Mariane, equilibrando las alianzas, estableciendo límites hacia Renata –quien constantemente trataba de distraer a su mamá, argumentando que se sentía mal–, y reencuadrando el trato distinto hacia las hijas como necesario, pues eran personas distintas.

A partir de este momento se inició el trabajo para enfatizar la importancia de la re-estructuración del sistema, dividiendo a la familia en subsistemas. Se programó la cuarta sesión con el subsistema fraterno. Sin embargo de la cuarta a la sexta sesión se trabajó con Ma. Paula a solicitud de ella, pues tuvo una discusión con Mariane porque además de no colaborar en casa y gritar la mayor parte del tiempo, descubrió un manual de anorexia para adolescentes bajo la cama de su hija menor, y al cuestionar a Mariane al respecto se inició una fuerte discusión, por lo que Ma. Paula se fue a vivir a casa de su mamá. En esta sesión se observó de manera más evidente la apropiación y compromiso de Ma. Paula con el proceso terapéutico, así como la identificación de sus necesidades dando paso al empoderamiento de Ma. Paula.

Durante estas sesiones se abordaron diferentes temáticas relevantes en la vida de Ma. Paula; Habló de las dificultades de pareja con el señor Pierre Leblanc, ya que éste le fue infiel en varias ocasiones, consumía drogas y no contaba con el apoyo económico ni emocional, pero para ella era un orgullo ser “la señora de Leblanc”, pues le daba mayor estatus social. Dicha situación se intensificó con el nacimiento de Mariane e incluso el señor Pierre le pidió a Ma. Paula que no naciera, pues temía que presentara problemas de salud relacionados al consumo de drogas del padre. La madre reconoció que dicha situación complicó el establecer un vínculo con Mariane, pues desde su nacimiento fue distinto el acercamiento a como lo fue con Renata; Ma. Paula le pidió el divorcio a Pierre a pesar de los comentarios que recibía de sus amistades, aconsejándole que se “aguantara” y se quedara con él; Refirió que fue duro darse cuenta que Pierre no

contemplaba en su vida a Renata y Mariane, lo cual le recordaba su propia experiencia cuando se separaron sus padres, pues su padre “los dejó” porque tenía otra familia.

Debido a la situación de la familia y el cercano periodo vacacional en la UNAM, se acordaron sesiones semanales. Se programó la siguiente cita con Ma. Paula, ya que estaba confundida, pues quería ver a sus hijas, sobre todo a Renata, pero dudaba en hacerlo, pues consideraba que antes de regresar a casa se tenían que establecer nuevos acuerdos, porque en una experiencia previa (3 años atrás) se salió de casa por dos días y cuando regresó Mariane la comenzó a tratar como su igual y Renata como si ella fuera la mamá; sin embargo sus hijas parecían no necesitarla, ya que dos hermanos de la madre que vivían en la misma unidad, les daban el apoyo económico que necesitaban, motivo por el cual se le sugirió a Ma. Paula delegar completamente la responsabilidad de sus hijas a sus hermanos o familia de origen, pues ellos intervenían complicando la reorganización familiar y el establecimiento de límites.

Para la quinta sesión Ma. Paula refirió que su familia estaba molesta porque les comentó que si estaban interviniendo en lo que sucedía con sus hijas, se harían cargo completamente de ellas; Ma. Paula destacó que su familia ha cuestionado su capacidad para educar y tomar decisiones, así como el proceso terapéutico.

Relató cómo había tenido que luchar para hacer lo que deseaba, pues su madre la limitó para desarrollarse personal y profesionalmente, ya que como era la única mujer casi no le daba permisos e incluso la ha juzgado por sus decisiones, no la apoyó en la elección de carrera, ni en la práctica de canotaje, donde a pesar de llegar a ser campeona nacional, no fue reconocida por su familia; con su padre la relación ha sido distinta e incluso considera que a diferencia de la relación con la madre él ha tenido preferencia hacia ella por ser la única mujer.

Para la sexta sesión Ma. Paula ya había regresado a casa, pero antes de hacerlo su familia propició dos reuniones para establecer acuerdos que les permitieran tener una mejor convivencia, sin embargo no se habían cumplido y cada vez aumentaba su enojo y disminuía su tolerancia hacia Mariane; se connotaron positivamente los logros de Ma. Paula, es decir el regresar a casa y tratar de establecer reglas sin gritar y no reproduciendo patrones familiares de maltrato. Así como su

perseverancia para solucionar las dificultades, sin embargo le era difícil aceptar los elogios y el reconocimiento de sus logros.

La séptima y octava sesión se realizó con el subsistema fraterno. En la séptima Mariane pidió que se apagaran las cámaras y expresó ya no querer asistir a terapia pues desde que se inició el proceso terapéutico las cosas habían empeorado, su madre cada vez la toleraba menos; Para Renata, la reacción de la madre se relacionaba con el comportamiento y acciones de Mariane, refirió que había intentado darle consejos o tips pues en algún momento pasó por la misma situación con su madre, pero Mariane no los aceptaba.

Se exploró qué necesitaban una de la otra para poder escucharse y relacionarse de una manera distinta: Mariane pidió no ser culpada de todo, que antes de culparla se le preguntará qué pasó y se reconociera cuando colaboraba, pues en ocasiones lo hacía pero Ma. Paula y Renata no lo reconocían, sólo miraban cuando fallaba; Renata pidió que se le pusiera más atención cuando hablara y que no la interrumpieran.

Se exploró qué reconocía cada una de la otra y aunque al inicio fue complicado mostraron disposición para hacerlo, Renata refirió que Mariane, era buena estudiante y cocinaba muy rico; Mariane mostró mayor facilidad para reconocer las características positivas de Renata, refirió que hacía las cosas muy bien, que ayudaba mucho en casa, que iba bien en la escuela, que normalmente estaba de buenas, ayudaba a su mamá trabajando y además tenía muchos amigos. Durante este tiempo ambas se escucharon sin interrumpirse, aunque ambas evitaron el contacto visual. Sin embargo cuando se retomó el tema de las labores del hogar, se volvió a la discusión, reclamos y descalificaciones.

Para la octava sesión se observó una interacción completamente diferente a las sesiones anteriores, ambas estaban muy tranquilas y la forma de dirigirse una hacia la otra fue de mayor respeto, sin interrumpirse y sin descalificaciones, a pesar de tocar temas referentes al manual de anorexia encontrados por la madre, lo cual según relató Mariane fue un malentendido que no le permitieron aclarar. Renata se percibió agotada por el trabajo (Hostess en un restaurante), se mostró más paciente a pesar de no estar de acuerdo con los argumentos de su hermana; por su lado Mariane se mostró con mayor cooperación y menos a la defensiva ante los comentarios de

Renata; ambas diferían en el grado de tolerancia que hasta el momento mostraba la madre, pero coincidían en que hubo un cambio en ella.

Las terapeutas señalaron lo diferente que se veían en esa ocasión ya que en otras sesiones incluyendo la anterior, se quejaba una de la otra, sin permitirse hablar y constantemente se reprochaban, pero en esta sesión se percibieron muy tranquilas; Ambas respondieron que se debía a que Mariane pronto viajaría a Canadá de vacaciones como regalo de 15 años y por lo tanto todo estaría más tranquilo. Se cuestionó si podrían seguir así de tranquilas hasta el domingo en que Mariane viajara y ambas contestaron que sí.

En la sesión nueve asistió Ma. Paula, se exploraron los cambios y se evidenció mayor tranquilidad física y emocional en ella. Refirió que con la estancia de Mariane en Canadá, se dio cuenta de que las situaciones que le generaban malestar no sólo se relacionaban con su hija menor, sino se dio cuenta que la influencia que tiene su familia de origen en la familia nuclear también le generaba malestar, pues la abuela (Paula Rangel) ha influido y apoyado a Mariane para que ya no asista a terapia, por lo que Ma. Paula estableció límites hacia su madre notificándole que si intervenía en la educación de sus hijas y con decisiones de Mariane, se haría cargo completamente de ellas; Decidió dar permiso a Mariane para viajar a Canadá siempre y cuando saliera bien en los análisis clínicos para descartar una probable anorexia. Asimismo se abordó la importancia de independizarse económicamente de la familia de origen y se le pidió escribir un letrero con la leyenda *“en mi casa mando yo, y no permito que nadie intervenga”*.

La sesión diez y once se realizaron con Ma. Paula connotando positivamente los cambios con respecto a mantener distancia de su madre (independencia económica) y aprovechar el tiempo que había tenido para sí misma ante las vacaciones de sus hijas (Mariane en Canadá y Renata en Huatulco) a pesar de que por momentos se sintió sola, logró estar más tranquila. Se destacó que Ma. Paula debía confiar más en ella y escucharse, pues las acciones y decisiones que había tomado revelaban que era *“una buena madre de adolescentes”*; Ma. Paula se mostró temerosa ante el regreso de Mariane, pero a la llegada de su hija, se percibió con tranquilidad y se favoreció la cercanía, incluso Mariane le confió experiencias dolorosas con respecto a una relación de pareja que estableció durante las vacaciones. Ma. Paula la escuchó y le compartió una experiencia similar de su adolescencia; Renata se mostró celosa ante la llegada de su hermana y le hizo comentarios a su mamá referentes a que Mariane debería quedarse en Canadá, pues así estaban

más tranquilas. Ma. Paula logró expresar lo importante que son para ella cada una de sus hijas y reconoció que no sólo Mariane deja de realizar sus labores, sino también Renata, situación que se evidenció ante la ausencia de Mariane y generó una discusión entre Renata y Ma. Paula. Es así que aclaró con ambas hijas, lo sugerido en el letrero *“en mi casa mando yo, y no permito que nadie intervenga”*, enfatizó la importancia de su colaboración en casa y los reajustes en la economía, mencionó que había pensado que sus hijas iniciaran con la venta de bolsas para ganar su propio dinero.

En la sesión 12 se citó a la familia con el objetivo de explorar los cambios evidenciados por el sistema total y específicamente en la relación fraterna. Sin embargo las hermanas habían discutido por compartir el closet. Ma. Paula fue felicitada por el equipo pues logró mantener su distancia con respecto a sus hijas, ya que mientras Renata “la llamaba” con “cariñitos” y Mariane “con reclamos y gritos” ella pudo alejarse durante la sesión, se mantuvo al margen y dejó de ser el “réferi”; Se les pidió realizar una escultura familiar, pero Mariane se negó a colaborar argumentando que su madre nunca la escuchaba. Se le pidió a Ma. Paula que se colocara como antes solía hacerlo, es decir como “réferi” en la escultura, pero expresó que no sabía qué hacer en esa situación y prefería alejarse, lo hizo en la escultura y se quitó. Se concluyó la sesión al pedirles que reflexionaran sobre la forma en que se sintieron. Mariane lloró ante las risas de Renata por no querer realizar el ejercicio y dijo que Renata le había expresado que estaban en terapia por su culpa, Mariane continuó llorando diciendo que es insoportable estar con su hermana y mamá juntas.

Se alternaron las sesiones para mantener el cambio referente al rol de Ma. Paula, es así que la sesión 13 se realizó con el subsistema fraterno. Las hermanas refirieron que han compartido más actividades y tiempo juntas, lograron negociar y colaborar en casa a pesar de las discusiones. Se aliaron con el objetivo conseguir un permiso para viajar a Huatulco con sus primos, pero Ma. Paula presentó dificultades para autorizar el permiso pues consideró que existían muchos riesgos. Ambas cooperaron en sesión y reconocieron sus diferencias, pero no se descalificaron. Asimismo expresaron empatía hacia su madre por las críticas que esta recibe de la familia de origen.

Para la sesión catorce Ma. Paula habló de las dificultades con su familia, peleas con Mariane en las que han llegado a aventarse objetos; comenzó a mirar sus necesidades personales y refirió haber

iniciado una relación de pareja con una persona de nacionalidad cubana, que le lleva 19 años de edad. Se evidenció la discordancia entre las posibilidades económicas con las que cuentan y el estatus económico en el que intentan vivir.

En la sesión quince las hermanas habían aumentado su convivencia e incluso había salido juntas con sus primos. Notaron diferencias en la relación con Ma. Paula, pero lo atribuían al buen estado de ánimo de su mamá y la ausencia de ésta en el hogar. Se exploró y evidenció su participación en dicho cambio e incluso se retroalimentó con la geografía de la sesión, pues ambas tenían los pies juntos, cuando en sesiones previas ni la mirada se dirigían. Rápidamente cayeron en el patrón de agresión por lo que se sugirió que quizá no desean llevarse mejor, pero podrían realizar un pacto de convivencia y no agresión. Se concluyó la sesión connotando positivamente el poder expresar sus diferentes puntos de vista, sin gritos e incluso descalificarse pero con una intensidad menor. La disposición y colaboración de Mariane fue favorable, pero la de Renata fue limitada.

En la sesión 16 el proceso terapéutico tomó un rumbo distinto, pues surgió un evento inesperado en la familia por lo que Ma. Paula llamó para solicitar una sesión conjunta. Sus hijas le informaron un día anterior que Mariane había sido abusada sexualmente por uno de sus primos (menor, de 14 años de edad) y que ella no sabía qué hacer. Indicó que era importante que nos viéramos para tomar una decisión en cuanto a la forma de proceder, ya que se estaba asesorando legal y medicamente. Dicha situación se abordó en la sesión respetando y validando la reacción de cada una, pues se develaron secretos y situaciones que aumentaban la tensión para la familia nuclear y extensa: Ma. Paula estaba muy molesta por la reacción de la familia extensa, pues lo sucedido parecía confirmar ante la familia la incapacidad de Ma. Paula para ser madre y educar a sus hijas. Asimismo le preocupaba qué pasaría si el padre se llegaba a enterar. Refirió sentirse como “una pendeja” por confiar tanto en sus hijas a pesar de los comentarios de la familia que le advertían sobre la relación de sus hijas con su primos; Renata refirió que se sentía con una carga por lo cual tenía que contarle a su mamá lo sucedido a pesar de que esto implicaba revelar la relación de pareja que ella mantenía con el primo mayor, lo cual es nombrado y percibido por Ma. Paula como “el único tabú universal, el incesto”. Sin embargo Renata refería que en la familia era algo común, pues su tío y abuelo también tenían relaciones sexuales con familiares, así que no podían juzgarla pues ella ya era una adulta y tomó la decisión de relacionarse como pareja con su primo; Mariane se mostró callada y cabizbaja durante la sesión. Es así que tras la discusión con el equipo

terapéutico se concluyó la sesión destacando el derecho de Mariane para no hablar al respecto, evidenciar que no es responsable de lo sucedido y diferenciando lo que sucedió con Mariane, de la relación de Renata con el primo, así como evidenciar que las conductas de Renata no necesariamente indican que es una adulta (es decir tener relaciones sexuales por consenso y protegidas). Se acordó abordar de manera individual el abuso sexual de Mariane quien estuvo de acuerdo.

Durante la sesión 17, 18 y 19 un tema central fue el abuso sexual hacia Mariane. En la sesión diecisiete acudió Mariane, quien logró hablar de su experiencia, es decir de los temores que aparecieron y el impacto de esto en su relación con su familia de origen y familia extensa, donde con la primera la relación se fortaleció pues Renata ha estado al pendiente de ella –porque se siente culpable de lo sucedido– y su mamá ha tenido mayor cercanía y tolerancia hacia ella, sin embargo la percibe enojada porque se emborrachó; la familia extensa la ha culpado de lo sucedido y la han acosado para tratar de convencerla para que no denuncie a su primo.

La sesión 18 se programó con toda la familia, dado que estaba próximo el periodo vacacional por la conclusión del semestre y fiestas decembrinas. Asimismo marcó un cambio en el sistema terapéutico total, pues fue la última sesión en co-terapia. La sesión abordó los cambios, dificultades, redes de apoyo y logros: la familia se separaría para celebrar la navidad, algo distinto a lo acostumbrado, es decir compartir esa festividad con la familia de origen de la madre, pero debido a que expresaron su apoyo al “agresor” de Mariane, Ma. Paula se alejó de la familia extensa, por lo que la familia planeó que Mariane y Renata viajaran a Los Cabos con el padre, situación que por un lado tranquilizaba a la familia, pero también preocupaba, pues el padre desconocía la situación por la que pasó la familia y dudaban en informarlo por temor a su reacción, sobretodo qué acciones tomaría hacia Ma. Paula. Se evidenciaron las redes de apoyo de la familia, los lados fuertes y excepciones al problema, ya que peleaban y había diferencias en la familia, pero de una manera más tranquila e incluso había risas ante al absurdo de la discusión, y a pesar de las dificultades cada una había notado que contaba con el apoyo de las otras dos. Ma. Paula se mantuvo fuera de las discusiones entre sus hijas.

Se reanudó el proceso terapéutico en un contexto en el que la madre se comprometió con la pareja de nacionalidad cubana, situación con la que no estaban de acuerdo las hijas, pues esto



implicaba hacer reajustes en la organización familiar que no estaban dispuestas a hacer. Para Renata su madre reaccionaba como una adolescente, motivo por el cual deseaba irse de casa tan pronto ingresara a la universidad, pues le habían proporcionado una beca en Montreal Canadá; Mariane contemplaba las dificultades de ajustarse a las reglas del cubano, pero le daba gusto ver a su mamá contenta. Es así que Mariane parecía aliarse con la madre pues ambas parecían estar emocionadas y contentas ante el cambio. Por otro lado Renata expresaba su desagrado; Ma. Paula estaba muy emocionada con su proyecto en pareja y molesta con Renata ante el rechazo hacia sus planes. Refirió que ella necesita un apoyo y compañía, ya que sus hijas se irían en algún momento. Finalmente se destacó el bienestar de Mariane y Ma. Paula, y se preguntó qué podría hacer cada una para favorecer el proceso de adaptación a los cambios.

Para la sesión 20 la tensión en la relación filial había aumentado. La madre había establecido límites hacia sus hijas y la familia extensa, diferenciado entre su rol como madre y como mujer. De modo que se elogió la claridad y seguridad para hacerlo. Sin embargo se evidenció la dificultad para diferenciar el papel de la pareja en la familia y se le invitó a reflexionar cuáles eran las expectativas que ella tenía en la pareja, es decir lo veía como un papá para sus hijas, un papá para las tres que haría más llevadero el papel de madre, o como pareja; por último se destacó el aporte que hacía Ma. Paula a la relación de pareja, pues parecía que ella era la única que recibía de su pareja e incluso que él le hacía un favor al fijarse en ella.

Los planes cambiaron en la sesión 21 pues el padre notificó a la familia que no apoyaría económicamente a Renata en lo referente a sus estudios en el extranjero, motivo por el cual no se iría a Canadá. La molestia de Renata ante tal situación y ante la presencia de la pareja de la madre aumentaba, por lo que parecía estar buscando opciones para poder independizarse; La relación de Ma. Paula con Mariane parecía mejorar, pues la menor expresó estar muy contenta por su mamá; La claridad de Ma. Paula ante su decisión se mantenía. En esa sesión era evidente la necesidad de hablar de Renata, pero para evitar que se depositara el síntoma en Renata, se citó a toda la familia para la sesión 22; Sin embargo sólo acudió Ma. Paula pues sus hijas se encontraban en actividades escolares, lo cual ella respetó, pero aclaró a sus hijas que las esperaría, por si llegaban a tiempo acudieran a terapia de lo contrario ella acudiría llegaran o no. La sesión se centró en explorar cómo impactaba en ella, en sus planes como madre y como mujer, el hecho de que Renata no estudiara en el extranjero, pues una vez más parecía que tenía que renunciar a su vida y

proyectos para ser madre. Refirió que si hubiera podido elegir el ser madre de dos hijas, decidiría deferente, pues haciendo un recuento del esfuerzo que había invertido, las cuentas “salían en números rojos”, pues tanto esfuerzo no había valido la pena, ya que no deseaba tener una relación así con sus hijas –llena de peleas y discusiones–. Se validó y reconoció su claridad ante la situación, la valentía de hablarlo y reconocerlo, pero sobretodo su capacidad para no rendirse. Se usó la analogía de Ma. Paula como una guerrera que no se rinde nunca y sigue luchando. Como tarea se le pidió hacer una pausa en su vida y permitirse voltear hacia atrás para ver todas las cosas buenas que había logrado.

Ma. Paula realizó la tarea y tras lo sucedido (mudanza de Mariane a casa de la abuela, por una discusión con la madre), refirió que se daba cuenta que no valió la pena tanto esfuerzo, que estaba cansada, por lo que pensaba tomar decisiones para sí misma (relación de pareja y desarrollo profesional). Asimismo se dio cuenta que había decisiones que no estaban en sus manos y se sentía impotente ante las decisiones de sus hijas, específicamente con la decisión de Renata, de ya no buscar alternativas para irse a Canadá, por haber iniciado una relación de pareja. Dicha situación le generaba malestar pues consideraba que las decisiones de su hija estaban en función de otros y no de sus necesidades. Se diferenciaron las necesidades y prioridades de Ma. Paula de las de Renata, así como los tiempos y contextos. Además se normalizó la situación, y se re-encuadró como una etapa de vida, se cuestionó si la dificultad para decidir la carrera era algo que sólo le sucedía a Renata o también a otras personas, a lo que Ma. Paula respondió que muchas otras personas pasaban por lo mismo.

En la sesión 23 se trabajó con la modalidad de equipo reflexivo, ya que el espacio en que solían realizarse las sesiones no estaba disponible (circuito cerrado). Fue aceptado favorablemente por la familia. Durante la sesión se atestiguó como la familia discutía y expresaban su molestia, pero con menor intensidad donde el tema central de discusión fue la salida de Mariane del hogar para vivir en casa de la abuela desde hacía 2 semanas; Ma. Paula se mostró muy emotiva y expresó que no había acción suficiente para poder dar gusto a sus hijas, por lo que a pesar de extrañar a Mariane, admitió estar cansada. Los comentarios del equipo que más impactaron en la familia fueron: *“por qué tendrán que alzar la voz, será que quien más grita es la más escuchada; Pareciera que cada una reclama su lugar en la familia a gritos; los reclamos serán un reflejo del enojo o quizá de la tristeza ante la situación”*; Mariane fue la única que realizó un comentario después de escuchar al

equipo, comentó que ella no tenía un lugar en la familia, pues su papá no quería que ella viviera con él, Renata no quería ser su hermana y su mamá cada día la trataba peor, por tal motivo se fue a casa de la abuela para evitar que las cosas se pusieran peor. El resto de la familia se fue reflexionando con los comentarios del equipo.

La siguiente sesión se presentó Ma. Paula y Mariane. Renata se encontraba realizando labores escolares. Mariane continuaba viviendo en casa de la abuela, situación que molestaba a Ma. Paula y que generaba discusiones, pues consideraba que la abuela influía en las percepciones y decisiones de Mariane, sobre todo en lo referente a la terapia, pues constantemente mencionaba que la terapia no estaba funcionando; Para Ma. Paula las acciones de la abuela se relacionan con la identificación de la abuela con Mariane, destacando que la abuela “estaba resentida con sus hermanos, pues su madre la trató con menos privilegios que a ellos”. Asimismo consideraba que cuando la abuela ya no tenía el control ni podía intervenir –tal como ocurrió en un proceso terapéutico anterior–, cuestionaba y calificaba como incompetente al terapeuta. De este modo Ma. Paula tenía muy presente su letrero hacia la familia extensa, pero resultaba complicado, pues había decisiones que tomar como un próximo permiso para viajar a Francia con la familia del padre y pagos escolares, que al parecer la abuela no estaba dispuesta a asumir, pero Ma. Paula se había resistido a resolver para que la abuela dimensionara lo que implicaba criar a Mariane; la relación fraterna se volvió a tensionar pues rivalizaban por las amistades, se preguntó si las amistades y los amores son exclusivos, pues parecía que peleaban por el cariño y atención de los amigos, como lo hacían con Ma. Paula. Se concluyó la sesión validando la emoción de cada una y destacando que parecía que ambas hablaban desde el enojo, enfatizando lo negativo y la carencia.

En la sesión 26 acudió Ma. Paula, sus hijas ya habían viajado a Francia. Refirió estar muy bien sola, contenta, trabajando y realizando actividades que le enriquecían como persona, tomando un curso para que la certificaran en consejería para personas con VIH y abuso sexual. Se evidenció el impacto de dicho curso, pues en esta ocasión hacía hincapié en no etiquetar a su hija Mariane con un diagnóstico, pero también de la importancia de haber denunciado y como por ignorancia no había actuado como debía. Se enfatizaron las acciones que había tomado como las mejores en ese momento, sin embargo no parecieran ser validas para ella, ya que desde su perspectiva era actuar de manera similar a como actuó su familia cuando un albañil que trabajaba en casa abusó sexualmente de ella (la tocó y obligó a tener sexo oral), ella no entendió lo que sucedió en ese

momento, sólo recuerda que al platicarles a sus papás despidieron al trabajador y jamás se habló del tema, por lo que ella pensó que le había pasado eso por desobedecer, pues tenía prohibido acercarse al trabajador. Se validó la experiencia de Ma. Paula, pero también se enfatizó la importancia de los ritmos y tiempos para ciertos procesos. Se realizó un resumen de los avances y se evidenció el compromiso con la terapia. Reconoció que necesitaba el espacio terapéutico para hablar de lo que le sucedía con alguien ajeno a la familia, y trabajar para que sus hijas supieran *“cuál era su lugar en la familia, que era su mamá y no su hermana, que tenía obligaciones, pero también derechos”*. Es así que se propuso concluir el proceso terapéutico familiar, para que Ma. Paula iniciara un proceso terapéutico individual, pero antes se realizaría una sesión de cierre con la familia.

La sesión 27 se llevó a cabo con las tres integrantes de la familia y sin equipo terapéutico, se tenía programado el cierre del proceso terapéutico familiar, lo cual ya había notificado Ma. Paula a sus hijas. La colaboración de las hijas fue mínima aunque se mostró menos dispuesta e interesada Mariane, e incluso refería que aunque notaba cambios –su madre era más tolerante–, la terapia no funcionó pues seguían peleando, por lo que se cuestionó si era posible dejar de pelear o si los cambios se evidencian en la forma, intensidad y frecuencia al discutir. En el cierre se exploraron los cambios evidenciados por cada una de ellas y en qué porcentaje ellas colaboraron para el cambio. La terapeuta también retroalimentó con los cambios notados por ella y el equipo a lo largo del proceso terapéutico; Se enfatizó que aunque el equipo notó cambios eso no era suficiente si ellas no lo notaban, por tal motivo se consideró cerrar el proceso, pues parecía que a las hermanas no les interesaba continuar en el proceso terapéutico, ya que no encontraban beneficio alguno; por otro lado desde nuestra mirada se habían cumplido los objetivos de la terapia, es decir que la relación fraterna y filial se modificara, ya que aunque había peleas estas eran distintas y llevaderas. Asimismo se re-encuadró la lejanía física entre cada una como autonomía y no necesariamente con lejanía afectiva, pues cada una tenía proyectos personales. Se destacó el aporte al desarrollo profesional de la terapeuta y en el equipo de terapeutas en formación, de manera que el proceso terapéutico se encuadró como un trabajo de aprendizaje conjunto –de ida y vuelta–, en el que no sólo fueron las terapeutas y el equipo quienes compartieron su experiencia y conocimiento, sino la familia también aportó al desarrollo de cada integrante del sistema terapéutico.

El cambio lo atribuyeron cada una a la disposición y terapia en distintos porcentajes: para Ma. Paula 50% terapia, 50% su disposición y compromiso; Renata 85 % disposición y 25 % a la terapia; Mariane refiere 80% disposición y 20% terapia.

Para Ma. Paula el avance y cambios percibidos eran mucho mayores que para sus hijas y concluyó enfatizando que para ella era muy importante tener un espacio personal que le permitiera escucharse y re-encontrarse. Se anotó en lista de espera para iniciar un proceso terapéutico personal y se le proporcionaron datos de terapeutas privados.

#### 4. Intervenciones principales y elementos teóricos

Las premisas fundamentales que guiaron el trabajo clínico fueron las de la *terapia familiar sistémica*, es decir se mira a la familia como sistema, el proceso terapéutico se caracteriza por el énfasis en la circularidad, el trabajo en equipo y la formulación hipótesis acordes a los modelos terapéuticos enmarcados en esta perspectiva teórica, tales como el modelo estructural, la terapia breve, terapia de soluciones, y el modelo de Milán; del mismo modo las premisas de las *terapias posmodernas* –construccionismo social, terapia narrativa y equipo reflexivo–, guiaron en distintos momentos el proceso terapéutico, específicamente lo referente a la *perspectiva de género*, pues está fungió como eje principal en el proceso, para generar alternativas a la familia más allá del modelo terapéutico que se supervisaba, es decir se miraron las necesidades de la familia. Es importante mencionar la presencia de cada una de las premisas, pues esto se refleja en las hipótesis y dirección del proceso terapéutico.

Se describe en primera instancia la perspectiva de género pues jugó un papel fundamental en el sistema terapéutico (familia, terapeuta, equipo terapéutico y supervisora). El actuar terapéutico se basó en la siguiente premisa “*ninguna formulación sistémica es independiente a la cuestión de género*” (Walters, Carter, Papp, y Silverstein, 1991), por lo tanto las intervenciones e hipótesis a lo largo de todo el proceso, hacen referencia a esta perspectiva. Las intervenciones terapéuticas intentaron no reproducir una *estructura patriarcal* –estructura jerárquica en que las relaciones humanas no son igualitarias y tienen como fin la subordinación de las mujeres. Son relaciones de poder, de dominio-sumisión, que se dan en el ámbito social, económico y en las relaciones

personales (Andrés, 2004; Goodrich, 1989)– de manera que no limitaran y/o juzgaran las alternativas y soluciones de la familia, especialmente de la madre.

Para hablar de la perspectiva de género es importante entender el concepto de género, pues comprender qué es el género tiene implicaciones democráticas, ya que permite construir reglas de convivencia más equitativas, donde la diferencia sexual es reconocida pero no utilizada para establecer desigualdad (Lamas, 2000). El *género* es un constructo social e histórico que alude a la fabricación de ideas, prescripciones y valoraciones de lo que deben ser los hombres y las mujeres, lo que es propio de cada sexo. Dichas características son diferenciadas por cada sociedad en un momento dado, sin embargo todas tienen en común la división de la vida en esferas masculinas y femeninas, donde se suele valorar la fuerza sobre la debilidad, y generalmente son los hombres los que poseen valor, fortaleza, autoridad y dominio. A las mujeres se les ubica en el polo opuesto, es decir como esencialmente buenas, en el sentido de obedientes, débiles y sumisas; El género es una característica universal que atañe a todos los seres humanos que predeterminará las vidas de hombres y mujeres desde el nacimiento; Cuando se habla de género es importante hacer la distinción con el concepto de sexo –características anatómicas y biológicas de los seres humanos– pues a partir de esta la distinción el sexo biológico y lo construido socialmente es que se empezó a generalizar el uso de género para hacer referencia a muchas situaciones de discriminación de las mujeres, que han sido justificadas como “naturales” por la supuesta diferencia en la anatomía, cuando en realidad tienen un origen social (Andrés, 2004; Lamas, 2000;; 2014; Walters, Carter, Papp, y Silverstein, 1991).

De este modo los sistemas de género, sin importar su periodo histórico, son sistemas binarios que oponen el hombre a la mujer, lo masculino a lo femenino, generalmente en un plan de orden jerárquico. Las oposiciones binarias no permiten ver procesos sociales y culturales mucho más complejos, en donde las diferencias entre mujeres y hombres no son aparentes, ni claramente definidas. En ello reside su poder y su significado. Al estudiar los sistemas de género se evidencia que esto no representa la asignación funcional de papeles sociales biológicamente prescritos sino un medio de conceptualización cultural y de organización social. El estudio de género ofrece una visión de lo que sucede al interior de los sistemas sociales y culturales. Es una forma de comprender a las mujeres no como un aspecto aislado de la sociedad sino como una parte integral de ella (Conway, Bourque y Scotts, 2000; Lamas, 2014).

Desde esta perspectiva aprender acerca de las mujeres implica también aprender acerca de los hombres, reconocer que la diferencia sexual no determina las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales, sino estas se construyen socialmente (Conway, Bourque y Scotts, 2000; Lamas, 2014; Walters, Carter, Papp, y Silverstein, 1991). Es decir una *perspectiva de género* se aleja de las argumentaciones funcionalistas y deterministas, busca explicar la acción humana como un producto construido con base a un sentido subjetivo (Lamas, 2000). Abarca varios ámbitos, el contexto cultural, educativo y laboral en el que los estereotipos de género –conjunto de creencias socialmente vigentes sobre las características de los hombres y mujeres; creencias estereotipadas que alimentan el ideal femenino y masculino (Andrés, 2004)– discriminan y afectan a la población femenina; La perspectiva de género, supone revisar todo, desde cómo se organizan los tiempos y los espacios, hasta las creencias más enraizadas, lo que ayuda a reconocer cómo las costumbres culturales limitan la participación femenina en la vida pública. Además favorece una nueva conceptualización de las responsabilidades familiares entre mujeres y hombres, una nueva distribución de tareas y el apoyo de servicios colectivos, especialmente los de cuidado infantil, es decir cuestiona costumbres e ideas estereotipadas de género (Lamas, 2014).

De esta manera el proceso terapéutico de la familia “Leblanc”, podría denominarse *Terapia familiar sistémica con perspectiva de género*, pues se utilizaron técnicas de intervención de modelos sistémicos y posmoderno, pero a su vez se cuestionaron y adaptaron las premisas teóricas que podrían generar un impacto discriminatorio, de exclusión o de injusticia relacionadas con el género.

A continuación se describen las principales intervenciones.

La intervención se inició con la *entrevista* tal como lo señalan Fisch, Weakland y Segal (1994) en la terapia breve. Se exploró y recabó información sobre el motivo de consulta y cómo se manifestaba el problema, es decir las peleas fraternas. Es así que se determinó cómo se intervendría, identificando que era necesario explorar y definir *la postura de la familia* ante la terapia, pues parecía que el motivo de consulta no era un problema para ellas, sino para la familia extensa, es decir no se requería un cambio urgente. Sin embargo al explorar, parecían reconocer la necesidad de relacionarse de una manera diferente pues la relación era insoportable.

Una vez aclarada la postura y *tipo de relación* –demandantes– (de Shazer, 2004), se procedió a dejar un *tarea* directa en la que participó el sistema total, se le pidió a la familia realizar una actividad –lista de labores del hogar– con dos objetivos, por un lado invitar a la familia a tener presente la terapia y por otro promover el cambio de las reglas y roles de la familia (Haley, 2008). Las tareas se utilizaron a lo largo de todo el proceso, en algunos momentos paradójicos como el pedir que la familia de origen se hiciera cargo completamente de las hijas, para establecer límites.

Se *cuestionó la estructura familiar*, a través de explorar y evidenciar alianzas, subdividir las sesiones y trabajar por subsistemas para favorecer la definición de roles y funciones en la familia que promoviera la relación y la reorganización familiar de acuerdo a las necesidades actuales de cada una de las integrantes de la familia (Minuchin y Fishman, 2006).

La terapia narrativa –prácticas e ideas que proponen la analogía de la terapia como un proceso de “contar” y “volver a contar” las vidas y las experiencias de las personas, promueve reescribir la historia familiar y personal para cambiar de una narrativa saturada del problema a otra más sana (White y Epston, 1993; Sánchez y Gutiérrez, 2004)– permitió dar mayor fuerza a la resignificación del rol de Ma. Paula como mujer, hermana, hija y madre que le ayudaron a “re-encontrarse” y construir significados que le permitieron interpretar el mundo, su historia y la relación fraterna de sus hijas de una manera más favorable para ella, ya no saturada del problema (Fernández y Rodríguez, 2002; Gergen, 2006; Limón, 2005). La *deconstrucción* –procedimiento que cuestiona las “verdades” establecidas, que atrapan las vidas de las personas (Freedman y Combs, 1996; White, 2002)– fue fundamental, pues las premisas familiares relacionadas a los estereotipos de los roles de género parecían vincularse con el malestar familiar, ya que la familia Leblanc, parecía no cumplir con lo determinado culturalmente, es decir la premisa de “*la familia normal*”, pues las condiciones actuales de la familia se alejaban de la configuración familiar “tradicional”, pareja conyugal unida bajo el mismo techo y con roles definidos, el padre como sostén económico y jefe de familia; La madre como ama de casa y dedicación exclusiva, buena compañera del esposo encargada del cuidado de todos y sin trabajo remunerado. Asimismo la relación fraterna –relaciones que juegan un rol crucial en el desarrollo de la personalidad de los individuos, ya que es el primer grupo de iguales en el que participan los individuos y les permite experimentar relaciones donde se aprende a negociar, cooperar y competir (Bank y Kahn, 1988; Minuchin y Fishman, 2006)– parecía ser definida sólo en términos negativos, peleas, rivalidad y falta de



apoyo; Esta situación parecía evidenciar la carencia y disfuncionalidad en la familia, y no permitía considerar un contexto más amplio que evidenciara fortalezas y recursos familiares para generar posibilidades en la familia frente a sus dificultades en los distintos contextos relacionales de cada una de las integrantes. Es así que se amplió la mirada familiar a través de la escucha, validando cada configuración familiar (*Reconocimiento*), y evitando emitir juicios o imponer algún modelo familiar y fraterno como correcto.

Algunos otros elementos de la práctica clínica que favorecieron lo anterior, fueron la exploración de *excepciones al problema* –cuando el problema no ocurre– y construir un marco de referencia distinto (*Reenmarcado*, a través de información de fraternidad y perspectiva de género) que favorecieran encontrar soluciones al problema. Los *Elogios* –destacar como útiles y positivas cosas que ya está haciendo la familia– y la *normalización* –despatologizar y ver las dificultades como algo cotidiano y comprensible–, para ofrecer una nueva perspectiva a la familia de su situación y favorecer la relación terapeuta cliente –pasar a un comprador– (Cade y O’Hanlon, 1995; de Shazer, et al., 2000; O’Hanlon y Weiner-Davis, 2010).

Se utilizaron también las *hipótesis* –suposición que permite explicar los hechos y sirven como guía para obtener nueva información que confirme, refute o modifique las explicaciones (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1980)–, *preguntas circulares y reflexivas* (Penn, 1982; Tomm, 1988) para introducir información nueva al sistema acerca de los roles de género y la relación fraterna que permitiera generar alternativas a la familia.

La *connotación positiva* fue útil para contextualizar la dificultad de Mariane para adaptarse al cambio, es decir disminuir las peleas y llevar una relación de mayor cordialidad y llevadera, se preguntó a quién estaba protegiendo Mariane, es decir se atribuyeron intenciones positivas a la conducta que se considerada problemática (Boscolo, Cecchin Campbell y Draper, 1985; Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999; O’Hanlon W., H. y Weiner-Davis, 2010).

Desde el inicio el trabajo con el equipo terapéutico permitió compartir ideas acerca de la dirección del proceso terapéutico. La pausa, fue útil como marcador de contexto que permitió subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas antes de que se marcharan (O’Hanlon W., H. y Weiner-Davis, 2010). Sin embargo la participación del equipo

también evolucionó pues por momentos algún miembro compartió un mensaje y se retiró hasta llegar a la participación como *equipo reflexivo* –la práctica terapéutica en que las deliberaciones de los profesionales son discutidas frente a los clientes y se observan las reacciones de estos– (Andersen, 2005).

En las intervenciones también se incluyó al terapeuta jugando un papel fundamental en el equipo terapéutico y la supervisión, ya que el papel del terapeuta no consiste en reparar a la familia como una maquina sino es indispensable prestar atención a lo que sucede en la sesión a nivel relacional entre el terapeuta y la familia. En donde surge el dilema de actuar y pensar al mismo tiempo, intercambiando informaciones, emociones y significados (Boscolo y Bertrando, 1996; Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003).

#### **5. Sistema terapéutico y cibernética de segundo orden (reflexiones, obstáculos y aprendizajes).**

La evaluación del proceso terapéutico se hace a tres niveles, es decir por los cambios y el impacto de la terapia en los componentes del sistema terapéutico total, la familia, el equipo terapéutico y la terapeuta.

##### *Familia*

- La familia logró tener sentido de agencia frente a la solución de sus dificultades y problemas, pues en la última sesión, expresaron que el cambio –“mínimo” para las hijas, mayor para la madre– lo atribuían en mayor porcentaje a su disposición para solucionar las dificultades.
- Cada una logró identificar necesidades personales, entre las cuales se incluye la terapia, es decir para las hijas no era necesario un proceso terapéutico y sus actividades e intereses se relacionaban más con el desarrollo académico y social; mientras que Ma. Paula logró identificar como parte de sus necesidades e intereses contar con un proceso terapéutico que le ayudará a continuar con un autoconocimiento y desarrollo personal en distintas áreas de su vida, tales como lo profesional, lo emocional y lo familiar.

- Lograron mirar los recursos y fortalezas familiares, así como validar las características particulares de la familia. Es decir se descentralizó la atención de estereotipos familiares y fraternos, para no centrarse en las carencias y desviación, según lo dictado por la sociedad.
- Ma. Paula logró empoderarse, a través de cuestionar premisas familiares y reconocer el dolor y malestar que le generó la discriminación de género en su familia; Resignificó su historia de vida al atestiguar los logros profesionales, deportivos, laborales y personales que eran reprimidos y juzgados por su familia de origen al no cumplir con los roles y estereotipos de género asignados por la sociedad; logró establecer límites con la familia de origen, así como distinguir entre sus necesidades y autocuidado, de las necesidades y cuidado de las hijas. Se volvió central y protagonista de su vida y decisiones, sin sentir culpa, confiando, validando y dimensionando sus capacidades e intereses.
- Logró establecer una relación más favorable con las hijas, pues logró mirar las necesidades de cada una.
- La premisa de la fraternidad se modificó y amplió, ya que al inició era definida sólo en términos negativos, sin embargo al paso del tiempo se evidenció que no todo el tiempo peleaban y que había momentos en que la relación entre las hijas era llevadera, pues se apoyaban, negociaban y colaboraban; asimismo evidenciaron que en todas las relaciones fraternas hay peleas y rivalidad, y no necesariamente tiene una connotación negativa.
- La familia logró comunicarse de manera distinta, es decir disminuyeron los gritos y descalificaciones, y aunque continuaron las peleas la intensidad era menor. Se reencuadró el bienestar familiar basado en la ausencia de peleas y discusiones, ya que en todas las relaciones (fraternas, filiales, sociales, de pareja) existen diferencias.

#### *Equipo terapéutico*

El equipo terapéutico participó en distintos niveles: Al inicio del proceso terapéutico fue a través de mensajes y la participación de la supervisora, siendo estos dos elementos los que parecían guiar el proceso terapéutico, pues las discusiones de la familia y la adaptación en co-terapia parecieran bloquear a las terapeutas y por lo tanto la posibilidad de intervención; posteriormente la relación equipo-terapeutas-familia pareció ser más equitativa, es decir de mayor colaboración en la que todas las voces eran válidas.

La configuración del equipo favoreció la escucha, empatía, respeto y apoyo, ya que estaba formado por mujeres, pero cada una de ellas representaba la diversidad de la identidad femenina y configuraciones familiares. Había mujeres mayores, jóvenes, solteras, en unión libre y divorciadas, lo cual representaba una diversidad de voces sin caer en la crítica o enjuiciamiento.

La familia también impactó en el equipo terapéutico, pues incluso las temáticas abordadas en algunas sesiones (simetría en las discusiones y abuso sexual de Mariane), se abordaron en otras supervisiones a través de sesiones simuladas.

La mirada y premisas de la supervisora promovieron evitar la reproducción de intervenciones basadas en el patriarcado y por lo tanto acompañar el proceso terapéutico desde una perspectiva de género.

#### *Terapeuta*

El proceso terapéutico fue un proceso co-evolutivo, pues no sólo reflejó la evolución familiar sino también de mi formación terapéutica, ya que al inicio mi participación inició en co-terapia, donde mi rol fue más de observadora, o por lo menos así lo pensaba en ese momento, ya que las intervenciones eran más una sugerencia del equipo, en el que mi papel era de escucha en el espacio terapéutico, pero no estaba tan atenta a las intervenciones, pues yo consideraba como intervención importante y esencial, los mensajes del equipo. Por otro lado me preocupaba más por cuidar mi relación con la co-terapeuta que con la familia, situación que la supervisora ayudó a aclarar y reflexionar, pues me cuestionó para quién estaba trabajando, para la familia o para la co-terapeuta. Al quedar como terapeuta titular resignifiqué la presencia de la co-terapeuta, me di cuenta que era un acompañamiento, y además me invitó a no evadir mis responsabilidades dentro del espacio terapéutico.

Al paso del tiempo fui dando voz a mis ideas y preguntas, y me di cuenta que no tenía necesariamente que mandar un mensaje muy estructurado para que fuera intervención, sino cada acción que tenía dentro de la sesión podría convertirse en una intervención.

Asimismo mi relación con la familia cambió ya que al inicio la relación se basaba más en un objetivo académico y de aprendizaje profesional, pero a medida que avanzó el proceso el interés aumentó y mi rigidez para expresar y escuchar disminuyó, situación que sin darme cuenta se volvió en un interés genuino, donde lo que sucedía en la familia impactaba en mí, tal como ocurrió con el abuso sexual, pues las sesiones se volvían tensas; La relación con Ma. Paula se fortaleció convirtiéndose en una compradora, lo cual favoreció el cambio, por lo que me llegué a cuestionar si lo que hacía estaba funcionando, pues el proceso terapéutico fue muy largo en comparación con los de mis compañeros, lo cual yo miraba como algo negativo, sin embargo tras hacer el análisis me doy una explicación distinta, ya que considero que se atendieron distintas problemáticas de urgencia y prioridad para la familia. Dicha situación me ha ayudado a poner especial atención en promover el sentido de agencia en los procesos terapéuticos que he tenido. Sin embargo cuestiono si el proceso terapéutico se cerró por la presión del tiempo, o si escuché las demandas de la familia, pues aunque noté los cambios y consideré favorable el cierre terapéutico, decidí no continuar con Ma. Paula en el proceso terapéutico individual.

El equipo terapéutico fue muy útil para mí y también reflejó un proceso evolutivo ya que al inicio me preocupaba ser observada, pero después resultaba muy útil e indispensable. Al final las condiciones institucionales y la conclusión de la maestría me permitieron ir prescindiendo de él.

La perspectiva de género y fraternidad también impactaron en mí, pues me permitió identificar mis premisas referentes a esas temáticas, tal como lo fue la idea de la justicia fraterna, donde compartía con Ma. Paula la idea de que a los hijos se les debía tratar de la misma manera y dejaba del lado las particularidades y diferenciación de necesidades.

De este modo tal como ocurrió con la familia, mi pasaje como terapeuta partió de lo macro a lo micro, ya que el proceso inició mirando sólo el contexto familiar, posteriormente paso a lo relacional y finalmente impactó en mis premisas y me invitó a la autoreflexión.

## 6. Comentarios y Reflexiones

Tras el análisis me doy cuenta del impacto y la importancia de la mirada de la supervisora en mi actuar y en el proceso terapéutico, pues sin enmarcarlo como tal siempre estuvimos dentro de la perspectiva de género. Lo cual fue fundamental en la relación que establecí con la familia y sobre todo con Ma. Paula, ya que esto me permitió tener la apertura y respeto para atender las demandas de la familia.

Del mismo modo considero que el atender las demandas de la familia sin priorizar el modelo y los tiempos institucionales favoreció la relación, se transmitió un acompañamiento e interés genuino a Ma. Paula. Sin embargo en su momento me generó confusión pues pensaba que el proceso ya era demasiado largo, ya que partía de la premisa de la terapia familiar sistémica como sinónimo de breve, y me hacía dudar de mi capacidad para intervenir como terapeuta sistémica.

El caso es importante para mí pues me permitió mirar mi evolución como terapeuta, desde el inicio donde sólo observaba y no sabía cómo intervenir en las peleas, hasta el intervenir con diferentes elementos teóricos, sin pensar a qué modelo pertenecía dicha técnica, sino sólo en lo apropiado que resultaba para esa situación. Además de reflexionar sobre el sentido de agencia y el momento preciso para realizar el cierre terapéutico, pues tal como ocurrió con Ma. Paula, ha sucedido que en otros escenarios las familias desean continuar cuando yo considero que el cierre terapéutico es apropiado, lo cual me hace pensar que tengo que trabajar en el proceso del cierre en el proceso terapéutico.

### 1.1.3. Análisis y discusión del tema de fraternidad y su relación con los casos clínicos

#### 1.1.3.1. Introducción

Las familias son sistemas multi-individuales de extrema complejidad pero a su vez subsistemas de unidades más vastas. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Un hombre puede ser un hijo, sobrino, hermano mayor, hermano menor, esposo, padre y así sucesivamente. Dentro del subsistema de la familia, tres unidades poseen significación particular, además del individuo, el

subsistema conyugal, parental y el fraterno: *El subsistema conyugal* surge de la unión de dos adultos con el propósito de formar una familia. El subsistema de los cónyuges es vital para el crecimiento de los hijos. Constituye su modelo de relaciones íntimas, en este subsistema el niño contempla modos de expresar afecto, y de afrontar conflictos entre iguales. Lo que presencia se convertirá en parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior. Si existe una disfunción importante dentro del subsistema de los cónyuges repercutirá en toda la familia; *El subsistema parental*. Surge a partir de la llegada del primer hijo. Las interacciones dentro de este subsistema incluyen la crianza de los hijos y las funciones de socialización. Aquí el niño aprende lo que puede esperar de las personas que poseen más recursos y fuerza. Aprenden a considerar racional y arbitrariamente la autoridad. *El subsistema parental* puede estar compuesto de manera diversa, a veces incluye a un abuelo, una tía o a un hijo parental. Dentro de este subsistema los adultos tienen la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos y socializarlos, pero también poseen el derecho de tomar decisiones que atañen a la supervivencia del sistema total en asuntos como fijación de reglas que protejan a todos los miembros de la familia. Tiene que modificarse a medida que el niño crece y sus necesidades cambian; *El Subsistema fraterno*, surge a partir del nacimiento del segundo hijo, está conformado por los hermanos. Constituye para un niño el primer grupo de iguales en que participa. Dentro de este contexto, los hijos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, se toman como chivo emisario y, en general se entrenan en hacer amigos y en tratar con enemigos, en aprender de otros y en ser reconocidos. Elaboran sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir, las cuales cobrarán significación cuando ingresen a grupos de iguales fuera de la familia, los compañeros de la escuela y posteriormente en el mundo laboral (Minuchin, 1985; Minichin y Fishman, 2006).

De este modo es evidente que la familia se diferencia por las funciones específicas de cada subsistema, en el que cada uno juega un papel vital en el desarrollo del sistema familiar e individual. Sin embargo se suele dar mayor importancia al subsistema parental y conyugal, y no dimensionar la importancia del subsistema fraterno en los diferentes contextos relacionales del individuo, motivo por el cual se hace un acercamiento a este subsistema. Se describirá con mayor profundidad y se analizará posteriormente su impacto en los sistemas relacionales de la familia Leblanc Ramírez y la Familia Baker-Martínez.

La *fraternidad* es la relación interpersonal que existe entre aquellos que por circunstancias impredecibles se encuentran compartiendo su existencia, con los mismos padres o diferentes, dentro de las mismas relaciones familiares y que permanecen unidos debido a que su desarrollo así se lo exige. (Morales, 1997). La relación fraterna la mantienen dos individuos o más (Dunn, 1984).

Se puede entender por vínculo fraterno a la conexión entre hermanos, a nivel público y privado; en ocasiones este vínculo puede ser cálido y positivo, pero también puede ser negativo; esta relación sufre transformaciones a lo largo de la vida, pasa por periodos de reposo y de intensa actividad, según la etapa del ciclo vital que atraviesen. A través de la relación fraterna, se adquiere el sentido de individualidad y el de constancia, pues la evolución de la relación constituye un proceso continuo; A medida que los hermanos crecen la relación se convierte en un sistema de apoyo mutuo. Durante la infancia, los hermanos modelan activa y mutuamente sus vidas, preparándose para las experiencias posteriores con sus iguales y como adultos. El sistema de apoyo mutuo que se establece se evalúa como muy importante puesto que generalmente la relación fraterna dura hasta la muerte, es una relación *de por vida*, y se comparten experiencias que no se compartirán con nadie más (Bank y Kahn, 1988).

Las relaciones fraternas tienen un rol crucial en el desarrollo de la personalidad de los individuos. Es un escenario que promueve el desarrollo de habilidades sociales, ya que es en este subsistema donde a través del juego, la interacción y conflictos de la vida cotidiana, surge la oportunidad de aprender a compartir, autocontrolarse, escuchar, ser buen compañero, negociar, demostrar lealtad o rivalidad, y expresar sentimientos cargados de afecto o agresión. También pone de manifiesto la incidencia de las pautas de comportamiento de los padres sobre los hijos para favorecer o entorpecer la fraternidad, en caso de provenir de una familia en la que se viven conflictos serios, los hermanos no desarrollan un vínculo fraterno, lo que favorece la carencia de habilidades psicosociales y debilita los lazos familiares; a pesar de no existir una relación fraterna positiva en esas condiciones, los hermanos son “lo conocido” ante lo desconocido en una situación de adaptación Institucional, y el vínculo familiar puede ser lo único que les brinde seguridad (Meza, 2008; Minuchin y Fishman, 2006).



Los estudios sobre la naturaleza de las relaciones fraternas, dan cuenta de las características de las interacciones entre hermanos desde la primera infancia hasta la edad adulta; del amplio rango de las emociones humanas; desde el amor, el afecto y la lealtad, al odio, la hostilidad y el resentimiento, así como de la función socializadora primaria que ejercen en los primeros años de vida (Dunn y Kendrick, 1986); Para Bank y Kahn (1988), las interacciones cargadas de agresión, resultan dolorosas pero a su vez significan contacto, presencia del otro, de manera que la agresión fraterna tiene una cualidad segura previsible: si se golpea o insulta al hermano, la respuesta aunque dolorosa, es conocida y esperada, por lo que la agresión fraterna es un tipo de laboratorio, donde se aprende a manejar y resolver conflictos. Cuando los padres impiden el enfrentamiento de sus hijos de manera ansiosa o enfadada, corren el riesgo de que los niños expresen su ira en forma secreta y prohibida. Los conflictos entre hermanos le pertenecen a ellos; sin embargo, a muchos padres les resulta difícil respetar los límites de esos conflictos, o al contrario, otros padres ignoran el dolor que se infligen entre sus hijos.

Cuando se logra establecer una relación fraterna enriquecedora –cariño recíproco, que perdura a lo largo de la vida– se puede considerar al hermano como un amigo para siempre. Si la fraternidad es llevada por buen camino se evidenciará que con un hermano se puede reír, jugar, llorar, pelear, confiar secretos, defender los propios derechos a viva voz sin pensar en el qué dirán; Todas estas vivencias las proporcionan los hermanos como preparación para enfrentarse a una vida en la que no todo será dulzura. Es una justa medida de experiencias, que ayudan al niño a adentrarse a la realidad que le espera y a comprender con hechos lo que con palabras o consejos de los padres o maestros, no podrán asimilar y apreciar con tanta claridad (Morales, 1997).

De acuerdo con Sánchez (1983) las características de la relación fraterna son:

- Naturaleza inclusiva, contactos variados y numerosos. La vida entre hermanos incluye un gran número de relaciones mutuas tanto en cantidad como en calidad. Habitualmente los hermanos comen juntos (en ocasiones sin la presencia de los padres), se bañan juntos, juegan juntos, hacen la tarea juntos y hasta aprenden a andar en bicicleta juntos.
- Los hermanos mayores son con frecuencia verdaderos maestros de los pequeños para bien o para mal.
- La convivencia entre hermanos ayuda a la afirmación de la propia personalidad. Pronto surgen semejanzas de todo tipo, físicas, de actitudes, gestos, formas de hablar entre otras.

Esto proporciona un elemento de identificación que ayuda al individuo a verse reflejado en el otro y puede servir para imitar la conducta del hermano o para corregir aquello que no le gusta. De tal suerte que cada miembro de la comunidad aporta algo característico y propio que supone una verdadera escuela de convivencia y formación de la propia personalidad.

- La relación entre hermanos puede reforzar el sentimiento de seguridad, este aspecto influye sobre todo en el área afectiva del niño, unos se apoyan en otros y esto sucede hasta que son adultos y cuando ya cada quien ha hecho su vida independiente.
- Se favorece la diferenciación entre rasgos propios en cada hermano, por lo que el niño va adquiriendo un sentido de individualidad personal. A pesar de nacer de los mismos padres, no siempre tienen los mismos caracteres, ni los mismos intereses, así como las circunstancias educativas pueden ser diferentes para cada uno. Esto nos lleva a observar que cada hermano es diferente. Todas estas individualidades se cohesionan, interaccionan y complementan mutuamente en la fraternidad.
- Una característica que se desprende de la convivencia familiar es la diversión recíproca, franca, abierta y de total confianza. Es una manera de actuar que no exige etiquetas formales, donde se da un mismo lenguaje, un diálogo común, por lo que el ambiente está inmerso en un clima de sinceridad y simpatía. Todo ello se logrará con una educación adecuada para la fraternidad, en la que exista en los padres y hermanos (mayores sobre todo) un conocimiento, reflexión, acción y compromiso en la educación de las relaciones entre hermanos.

En la relación fraterna intervienen diferentes personas, cada uno con características peculiares, según el orden de nacimiento o edad de cada hermano:

**El hermano primogénito.** El primogénito es el hermano que usualmente vive con mayor intensidad la rivalidad –oposición entre dos o más personas que aspiran a obtener una misma cosa (Bank y Kahn, 1988)– con la llegada del nuevo hermano, debido a que por algún tiempo gozó de los privilegios de recibir exclusivamente las atenciones de los padres, lo cual no ocurrirá con los hermanos subsiguientes. Si no rebasa los 18 meses no será obstáculo para la creación de lazos afectivos e intereses comunes. Si la diferencia es entre 3 y 4 años habrá mayores dificultades para la adaptación del primogénito al recién nacido. Generalmente, se depositarán en él las exigencias y expectativas de los padres, por lo que usualmente adoptan la mayor interiorización de exigencias

intelectuales, lo que los hace un modelo muy similar a las figuras parentales pues fue el modelo que recibieron (Morales, 1997).

**El hermano intermedio.** Debido a su posición de nacimiento, usualmente se ve en la disyuntiva de elegir a un sujeto de identificación, algunos se sienten con más parecido a los mayores, mientras que otros se dejan atraer por actitudes de los menores. Por lo que la consolidación de su propia personalidad puede obstaculizarse, si la superación del modelo propuesto excede por mucho sus propias posibilidades, o si dicha superación se convierte en el único objetivo al cual el hermano intermedio se aferra. Esto podría generar rencores, envidias, celos y demás actitudes negativas que afectan la armonía familiar; se observan en su proceso de adaptación diferentes respuestas tales como: 1) Sentimiento de inferioridad, debido a su empeño en superar al hermano con el que se desea identificar, 2) Actitud de renuncia como una manera de llamar la atención con la que se manifiesta un comportamiento regresivo de impotencia, es el niño que parece no importarle nada, 3) Reacción de oposición en la que el hermano adopta una actitud negativista, de rechazo, lo que parece dar lugar a una personalidad huraña o introvertida en los contactos sociales, y 4) Reacción de compensación. El hermano intermedio analizará sus propias aptitudes para destacar en algún campo, en el que su hermano mayor sea competidor (Morales, 1997; Sánchez, 1983).

**El hermano menor.** Generalmente atrae la atención de los padres y de los hermanos mayores cuando no existe gran diferencia entre sus edades, de lo contrario el hermano menor puede sentirse aislado, en ocasiones intenta acercarse a sus hermanos mayores para ser admitido. Puede comportarse de cuatro formas principales: 1) con afán de dominio exagerado, siempre bajo cualquier motivo querrá sobresalir, ya que su impulso de rivalidad estará a flor de piel; 2) tomar una actitud defensiva en la que constantemente fracase en su empeño de luchar con el rival y se encuentre desarmado para reaccionar frente a la frustración o puede tomar una actitud defensiva en la que su conducta será de retroceso, ante el menor obstáculo huirá de toda responsabilidad. Ninguno de los dos tipos se consideran aptos para la convivencia, el primero porque desencadenará un sentimiento de inferioridad difícil de superar, y el segundo porque pretenderá vivir a expensas de los demás, con una actitud agresiva y siempre a la defensiva; 3) mayor maduración de personalidad por aprender a través de la vida de sus hermanos; y 4) mantenerse

en una actitud pasiva de comodidad, sin obligaciones y dependencia, por sentirse sobreprotegido (Morales, 1997; Sánchez, 1983).

#### **1.1.3.2. La relación fraterna y su impacto en los diferentes contextos relacionales de la familia Baker-Martínez y Leblanc Ramírez.**

Ambas familias coinciden en la temática de fraternidad en lo referente al impactó de dicha relación en diferentes áreas de sus vidas, tales como la familiar (subsistema conyugal y parental), lo laboral y lo social. Situación que influyó en la manera en que cada miembro de familia se relacionó en esos contextos.

De acuerdo a su experiencia en el subsistema fraterno y la manera en que resolvieron conflictos de la vida cotidiana en su familia nuclear, buscaron alejarse completamente de lo experimentado (Familia Leblanc Ramírez) o reproducir una dinámica similar (Familia Baker-Martínez).

A continuación se hace un análisis más detallado de cada familia.

##### **Familia Baker-Martínez**

La fraternidad no jugó un papel central en la familia Baker, pues se centró en las dificultades conyugales y las carencias afectivas transmitidas intergeneracionalmente a cada cónyuge. Sin embargo es posible hacer el análisis bajo esta mirada, pues la relación fraterna que estableció cada uno en su familia de origen y en su respectivo subsistema fraterno, sin duda impactó en diferentes contextos relacionales en los que se lidia con la negociación, colaboración, rivalidad, resolución de conflictos etc., tal como se evidenció en la dificultad de Juan José y Sandra para establecer acuerdos parentales y conyugales relacionados con la economía y la participación en las actividades del hogar.

##### *Juan José*

La relación fraterna de Juan José se basó en la rivalidad y competencia por el reconocimiento del padre; y posteriormente pasó a buscar el reconocimiento de los hermanos mayores (hijos del matrimonio previo del padre). Dicha situación complicó mirar las propias necesidades de su familia nuclear y limitó la flexibilidad ante ciertas costumbres, pues para él era importante demostrar a sus hermanos que la familia que construyó era digna de formar parte de los Baker, ya que cumplía

con los valores fundamentales de la familia; Juan José jugó el rol del primogénito en el segundo matrimonio del padre, por lo tanto estaban puestas en él, las expectativas y quizá se interiorizaron con mayor intensidad las exigencias familiares por ser el único varón del segundo matrimonio del padre, lo cual podría explicar el rol parental que parecía jugar con su cónyuge y la limitada flexibilidad ante el reajuste de los roles de género necesarios en la familia.

Del mismo modo la rivalidad que experimentaba, parecía ser intensa ya que no sólo experimentó el compartir la atención de sus padres con la llegada de sus hermanas menores, sino luchó por la atención de su padre al ser comparado con sus hermanos mayores. La rivalidad con los hermanos mayores continuó hasta la edad adulta a través de la verbalización y descalificaciones hacia Juan José por “no poder ser un buen jefe de familia”, lo cual hacía experimentar frustración y una lucha constante por demostrar lo contrario, pero se terminaba generando malestar e insatisfacción con su familia nuclear, esto a su vez generaba en la familia nuclear malestar y afectaba la relación pues parecían percibir los comentarios del señor Baker como descalificaciones.

#### *Sandra*

Sandra fue la tercera de cinco hermanos, situación que generó ser poco vista y por lo tanto obtener reconocimiento sólo a través de su desempeño laboral y aporte económico a la familia. Sandra parece haber estado al margen de experimentar una relación de iguales con sus hermanos, pues pareciera que no se identificó ni con los mayores, ni los menores, por el largo intervalo de años entre unos y otros.

Cuando Sandra habló de lo que creía que diría su mamá acerca de ella en el presente, se refiere a sí misma como “*una persona insegura, con miedo de seguir haciendo cosas*”, es decir parece cubrir con algunas de las características del hermano intermedio descritas por Morales (1997) y Sánchez (1983), tales como tener un sentimiento de inferioridad, con personalidad introvertida en contactos sociales, y compensando su inseguridad a través de su desempeño laboral y adquisición económica; Motivo por el cual parecía luchar con el señor Baker por no perder ese lugar de colaboración en la economía, ya que le hacía mirarse como una persona que había tomado fuerzas pues trabajó en lo que podía para sacar adelante a sus hijos.

**Familia Leblanc Ramírez**

El tema de la fraternidad se volvió un eje fundamental en la familia Leblanc, pues el motivo por el que llegaron a terapia se debía a las constantes peleas, discusiones y agresiones en el subsistema fraterno (hermanas). El trabajo referente a la relación fraterna se centró en introducir información a la familia de la diversidad de características y emociones que se experimentan en esta relación. –desde el amor, el afecto y la lealtad, al odio, la hostilidad y el resentimiento, así como la función socializadora primaria que ejercen en los primeros años de vida (Dunn y Kendrick, 1986)–. Además de deconstruir y resignificar las premisas preestablecidas de la fraternidad basadas en la idea de que la relación debería “ser positiva” y “estable” a lo largo de la vida.

En el caso de las hermanas Leblanc las características de su relación fraterna impactaron en lo familiar y lo social; En el caso de la madre parecía implicar más contextos relacionales, siendo el principal el subsistema fraterno de su familia nuclear, pero se evidencia también en la relación filial, conyugal y social.

*Renata*

Es la primogénita, por lo tanto durante dos años gozó de la completa atención de sus padres, especialmente de la madre. Logró establecer una relación cercana y cargada de afecto con ella, por lo que a la llegada de su hermana menor (Mariane), experimentó celos y rivalidad pues implicó compartir la atención y el afecto de la madre.

Renata ha luchado constantemente por ganar la atención de la madre, situación que llevó a experimentar una rivalidad constante e intensa con Mariane, pues generalmente la atención la acaparaba Renata aún después del nacimiento de su hermana, por lo que resultaba intolerante para ella no ser el centro de atención. El captar la atención significaba agredir a través de descalificaciones y agresiones verbales y analógicas a Mariane, para sobresalir a costa del bienestar de su hermana.

De esta manera la rivalidad en la relación de Renata con su hermana pareció jugar un papel favorable en el aspecto social para la primogénita, pues pareciera ser percibida en el ámbito social y por su hermana como una persona segura y de carácter fuerte. Sin embargo dañó la relación fraterna pues su seguridad parecía basarse en la inseguridad de Mariane.

Renata al ser reconocida constantemente, parecía tener una posición de poder no sólo en la relación fraterna sino también con la madre, pues en ambos casos se relacionaban al mismo nivel jerárquico.

El rol fraterno de Renata cambió después del proceso terapéutico, pues aumentó la simetría con su hermana. La lealtad de Renata hacia Mariane se evidenció al intentar protegerla de un riesgo mayor relatando a la madre lo relacionado al abuso sexual, confirmando que difícilmente la relación fraterna será totalmente positiva o negativa, pero que ante situaciones de peligro o desconocidas, lo fraterno es lo conocido y puede volverse un recurso, tal como ocurrió en su viaje a Francia, donde ambas se apoyaron; Con la madre disminuyó la simetría, pues los límites intergeneracionales se establecieron para dar mayor organización y estructura a la familia.

#### *Mariane*

Mariane es la hermana menor y a pesar de que el intervalo de edad entre Renata y Mariane es corto, esto no favoreció su adaptación, pues al buscar identificarse con Renata cada vez se evidenciaban en mayor medida sus carencias (de estéticas, de inteligencia, seguridad, maduración y colaboración), generando así un sentimiento de inferioridad e inseguridad, pues constantemente se le comparaba con su hermana mayor y se le hacía notar cuanto estaba alejada del “modelo” de Renata.

Mariane parecía haber desarrollado una percepción de exclusión no sólo en el subsistema fraterno, sino también de la relación con la madre, pues fue poco reconocida y cuando se le miraba era a través de juicios, críticas y descalificaciones. Por lo tanto la única manera que parecía encontrar para identificarse y defenderse era través de la agresividad, la cual también afectaba la relación pues constantemente era reprimida por la madre cuando esta intervenía en las discusiones y peleas entre las hijas. Mariane expresaba la agresividad no sólo hacia su hermana, sino también hacia la madre.

Después del proceso terapéutico y la resignificación de la fraternidad, logró evidenciarse la colaboración de Mariane, se reconocieron las características particulares de la menor. Sin embargo parecía ser más reconocida al exterior de la familia nuclear, es decir con la abuela, motivo por el cual decidió irse a vivir con ella, pues ahí no tenía que luchar por la atención y afecto de la abuela.

*Ma. Paula*

En el caso de Ma. Paula su experiencia en la relación con sus hermanos, impactó en el modo en que se relacionó con sus hijas, ya que intentaba ser justa tratándolas de la misma manera sin mirar particularidades, pero esto sólo generó una rivalidad exagerada en sus hijas que en algún momento fue útil para favorecer el crecimiento, desarrollo y progreso de las hijas, pero al dejar de mirar las necesidades, no respetar las características de cada una, intervenir en los conflictos fraternos y realizar comparaciones entre las hijas, parecía evidenciar una preferencia hacia su hija mayor, pues los roles fraternos y etiquetas parecían estar definidos como: Renata era la exitosa, inteligente, sociable, colaboradora y tranquila; Mariane la rebelde, floja, insegura, y “enferma”. Dicha situación intensificó la rivalidad generando malestar en las hijas, pues por un lado Renata, parecía no tolerar el reconocimiento de su hermana y frustrarse cuando no era el centro de atención de la madre, por otro Mariane, parecía ser más agresiva, pues la única manera de ser mirada era a través de esas conductas; la madre también se veía afectada ante la situación pues a pesar de su esfuerzo, no lograba transmitir lo que deseaba, “la justicia”, y por lo tanto promover una relación fraterna de menor agresión.

De este modo el impacto de la relación fraterna en los diferentes contextos relacionales de Ma. Paula se observaron en primera instancia en sus hijas, pero al explorar la relación fraterna en su familia de origen, se evidenció que Ma. Paula fue poco reconocida en su familia por el hecho de ser la menor y la única mujer. De manera que buscó compensar el sentimiento de inferioridad a través de destacar en el deporte, pues pareciera que fue aislada de compartir experiencias que la nutrieran de afecto, reconocimiento y apoyo con sus iguales. Sin embargo a pesar de buscar áreas en las cuales sobresalir como lo fueron el casarse con una persona que le daba status económico y social, y ser reconocida en la práctica de canotaje, no logró ser mirada como deseaba dentro de su familia, sólo recibió críticas por haber tomado malas decisiones, situación que aumentó su frustración en diferentes momentos de su vida. Lo anterior se confirmaba también al intentar actuar de una manera diferente con sus hijas, pero se generó lo contrario. Es así que la deconstrucción de la relación fraterna, le ayudó a reconocer sus carencias, pero también a resignificarlas como un recurso que le permitió desarrollar ciertas habilidades y capacidades, además relacionarse de una manera distinta con sus hijas, estableciendo límites para promover el respeto dentro de la relación familiar y fraterna que hicieran más llevadera la convivencia. Asimismo promovió la resolución de conflictos entre sus hijas, sin intervenir constantemente, sólo



cuando se requería, lo cual también disminuyó su frustración, la rivalidad y celos de sus hijas por obtener la atención de la madre.

### **1.1.3.3. Conclusiones**

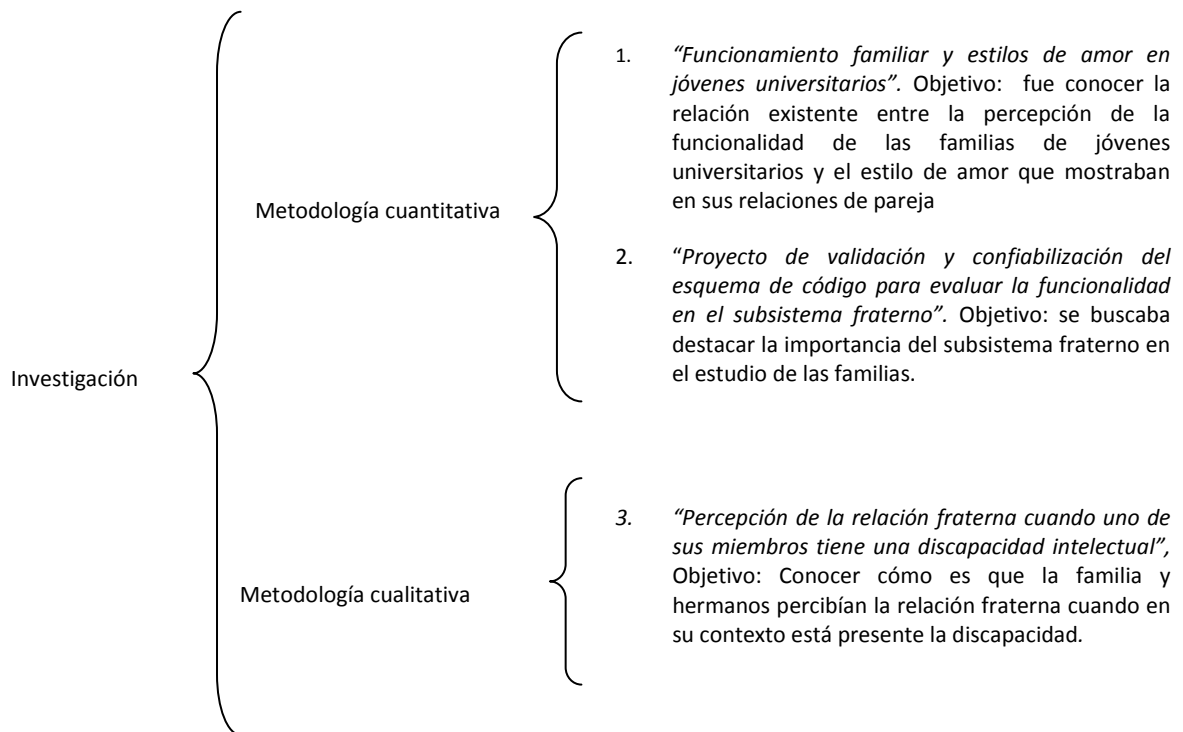
Tras la revisión de la literatura y el análisis de las familias, considero que la relación fraterna es multidimensional, ya que se construye en diferentes ámbitos de la vida familiar (modelaje relacional de la pareja conyugal, interacción con los hermanos en la negociación, rivalidad, afecto, solidaridad, etc), pero impacta en diferentes ámbitos de la vida cotidiana de las personas (al interior y exterior del sistema familiar) desde edades muy tempranas (incorporación al ámbito escolar por ejemplo), y los acompaña a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital de la familia. Sin embargo suele ser subvalorada pues se desconocen sus dimensiones.

Me parece relevante el presente análisis de las familias: 1) porque permite informar las diferentes dimensiones que participan en la relación fraterna (odio, amor, apoyo, rivalidad, negociación, peleas, celos, competencia, género, lugar de nacimiento, número de hermanos), 2) para dimensionar la importancia y utilidad del subsistema fraterno y cada una de sus dimensiones en los diferentes contextos relacionales del individuo a nivel personal y profesional, 3) para generar recursos y posibilidades que amplíen la mirada del profesional en la intervención familiar sistémica, que promuevan la exploración e importancia de todas las unidades que constituyen el sistema familiar total, y 4) evidenciar que tal como ocurre con la familia, no existe un modelo único de "relación fraterna" y que dicha relación se transforma con el tiempo.

De manera que si no se reconoce su importancia puede ser fuente de un gran malestar velado y sin aparente explicación en el individuo, relacionado con las premisas y prejuicios del profesional de salud y los consultantes respecto a la relación de hermanos.

## 2. Habilidades de investigación

El programa de Maestría y Doctorado en Psicología pretende que los estudiantes desarrollen habilidades de investigación, tomando en cuenta las necesidades psicosociales que existen en nuestro entorno, para poder entender, conocer y/o proponer alternativas de intervención en ello. Dentro de la formación en la residencia, se realizaron tres trabajos de investigación con metodología cuantitativa y cualitativa:



Favorecen en los estudiantes y futuros terapeutas familiares estas habilidades, enriquece y desarrolla una visión más abarcativa con conocimientos y habilidades para trabajar en un contexto clínico, además de desarrollar herramientas para conocer y entender los fenómenos que están presentes en su contexto y que se relacionan con su objeto de estudio.

A continuación presento el reporte de dos de las investigaciones realizadas en el campo clínico y comunitario que representan aprendizajes y experiencias importantes: la primera es la

elaboración un instrumento para evaluar la funcionalidad en el subsistema fraterno; y la segunda una investigación cualitativa referente a la relación fraterna y discapacidad.

### **2.1. Reporte de investigación con metodología cuantitativa: proyecto de validación y confiabilización del esquema de código para evaluar la funcionalidad en el subsistema fraterno**

El trabajo de investigación *“Proyecto de validación y confiabilización del esquema de código para evaluar la funcionalidad en el subsistema fraterno”*, lo realicé en colaboración con Alma G. Aguilar Segura y Araceli Durán Rivera, bajo la supervisión de la Dra. Dolores Mercado Corona.

A continuación se presenta el reporte del proceso de elaboración de un esquema de código –basado en la observación directa de conductas e interacciones al realizar una tarea específica– que pretende medir la funcionalidad en el subsistema fraterno, a través de la observación de habilidades como colaboración, comunicación y estructura; con la finalidad de brindar a los terapeutas familiares, y de otras disciplinas, una herramienta en el trabajo clínico para el trabajo con hermanos.

## **PROYECTO DE VALIDACIÓN Y CONFIABILIZACIÓN DEL ESQUEMA DE CODIGO PARA EVALUAR LA FUNCIONALIDAD EN EL SUBSISTEMA FRATERNO**

Cintia Aguilar Delgadillo, Alma G. Aguilar Segura, Araceli Durán Rivera y Dolores Mercado Corona

Programa de Maestría en Terapia Familiar, Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional Autónoma de México.

### Resumen

Debido a la importancia del subsistema fraterno como el primer y más importante escenario de desarrollo social para el niño, la presente investigación reporta la elaboración de un esquema de código que pretende evaluar la funcionalidad en la relación fraterna en niños de edad escolar. Para ello se identificaron 64 conductas tomadas de la observación directa y de las dimensiones teóricas en las que se fundamentan este trabajo, mismas con las que se formó el esquema de código. Participaron 39 pares de hermanos, 45 mujeres y 33 hombres de entre 6 y 12 años de edad, alumnos de escuelas privadas y públicas de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México; los hermanos fueron videograbados en interacción durante la realización de una tarea lúdica, que consistía en vestir una silueta humana de cartón utilizando diversos materiales. Posteriormente tres observadores

registraron las conductas vistas en los videos en los formatos de esquema de código. Se realizó prueba de claridad, jueceo y análisis de frecuencias para observar la calidad discriminatoria de las conductas. Finalmente el esquema de código se conformó de 24 conductas distribuidas en tres dimensiones: Resolución de tarea, Comunicación y Estructura. Como resultado, este artículo presenta las características del esquema de código con la finalidad de que represente una herramienta para los terapeutas familiares y de otras áreas en el trabajo clínico con el subsistema fraterno.

Palabras clave: subsistema fraterno, funcionalidad, resolución de tarea, comunicación, estructura, niños escolares.

### Introducción

Minuchin (1985) describe a las familias como sistemas multi-individuales de extrema complejidad pero que son a su vez subsistemas de unidades más vastas. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Dentro de la familia tres subsistemas poseen significación particular, además del individuo: el conyugal, parental y fraterno.

El subsistema fraterno ha sido poco explorado; sin embargo varios autores coinciden en que las relaciones fraternas son las primeras experiencias con iguales, donde se puede negociar, competir, cooperar, comunicarse y seguir reglas grupales (Dunn y Kendrick, 1986, Bank y Kahn, 1988; Minuchin, 1985), lo que representa el más importante escenario de desarrollo social para el niño. Estudiosos del subsistema fraterno coinciden en que son un conjunto de patrones de relación en donde se comparte tiempo y espacio, ya sea al interior o al exterior de la familia, dicha relación se transforma a lo largo de la vida con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelven, mismos que facilitan o entorpecen las interacciones con otros que no pertenecen al mismo subsistema (Dunn y Kendrick, 1986; Bank y Kahn 1988; Morales, 1997).

Con lo anterior es importante reconocer el papel trascendental que juega el subsistema fraterno en el desarrollo de habilidades, tanto sociales como emocionales en los individuos. Identificando como elementales algunas de las siguientes áreas (Bank y Kahn, 1988; Dunn y Kendrick, 1986):

Resolución de tarea: en el subsistema fraterno los individuos identifican por primera vez la necesidad de trabajar en conjunto, dándose cuenta que el hacerlo les permite obtener beneficios que favorecen a todos los involucrados, entendiendo entonces que el trabajar en equipo es una herramienta que deberán utilizar a lo largo de su vida.

Comunicación: es una característica propia del ser humano que le permite ser capaz de transmitir e intercambiar ideas, conocimientos, sentimientos y experiencias a través del uso del lenguaje verbal (palabras, escritos) y no verbal (gestos, postura, tono de la voz). Por esta razón dentro de las relaciones entre hermanos se va identificando la necesidad de manejar de forma congruente el lenguaje, lo que permitirá tener menos conflictos y favorecerá la expresión de ideas y sentimientos; de no ocurrir, entorpecerá el establecimiento de relaciones sociales fuera del núcleo familiar y por consecuencia el desarrollo de los individuos.

Estructura: Es una de las características más importantes dentro de la familia, si bien los padres son los que se ubican en una posición de mayor jerarquía dentro del sistema familiar, en el subsistema fraterno ocurre algo similar, esto dependerá del lugar que ocupa cada uno de los hermanos de acuerdo a su lugar de nacimiento. En el primogénito se depositan mayores exigencias y expectativas de los padres; por su parte el hermano menor atrae la atención de los padres y hermanos mayores (Morales, 1997; Sánchez 1983)

Por lo anterior es importante identificar que el subsistema fraterno es un espacio de conocimiento personal y social el cual permite un desarrollo a profundidad de habilidades y características fundamentales en todos los individuos, por ello se considera necesario describirlo y desarrollar un instrumento que permita a los terapeutas familiares identificar las interacciones del mismo, de tal manera que pueda ser un recurso útil dentro de la intervención terapéutica con la familia. Ya que si bien es importante trabajar con todos los integrantes de la familia de manera conjunta, lo es también trabajar con cada uno de los subsistemas de manera independiente, pues esto favorece la identificación con los iguales y por lo tanto el reconocimiento de áreas de oportunidad y desarrollo para cada individuo.

Existen diversos tipos de instrumentos que se utilizan para estudiar y medir un fenómeno, sin embargo lo más común al hacer evaluaciones son los instrumentos de autoinforme, pues estos proporcionan datos con respecto a la percepción que tienen los individuos de ciertas áreas, pero no la naturaleza de las mismas; asimismo presentan dificultades al ser aplicados a niños. Por ello, la evaluación interaccional es una alternativa de evaluación, ya que permite observar de manera directa las interacciones y así hacer las mediciones pertinentes.

De este modo el presente trabajo tiene como objetivo construir un esquema de código que posea validez, confiabilidad y permita a los terapeutas familiares y de otras áreas en el trabajo clínico medir la funcionalidad del subsistema fraterno.

### 1. Elaboración del instrumento

Objetivo: construir un esquema de código que posea validez, confiabilidad y permita medir la funcionalidad en el subsistema fraterno.

Se establecieron las áreas que conformarían el esquema de código (inicialmente eran cuatro): colaboración, resolución de tarea, comunicación y estructura; las cuales se definieron de la siguiente manera (ver Tabla 2).

Tabla 2. Definiciones teóricas de las dimensiones

<i>Dimensión</i>	<i>Definición</i>
Colaboración	Trabajar en conjunto con la finalidad de obtener beneficios mutuos.
Resolución de tarea	Encontrar sentido a la información disponible y utilizarla de forma individual o conjunta para generar una comprensión del problema o una nueva estrategia que permita la resolución del mismo, llegando a acuerdos con la finalidad de alcanzar el objetivo.
Comunicación	Capacidad para transmitir o no un mensaje de forma clara y oportuna, utilizando lenguaje verbal y no verbal.
Estructura	Organización de patrones de interacción entre hermanos de acuerdo al lugar de nacimiento.

Después se planeó la estructura de la prueba, la redacción de las unidades de codificación, la forma de registro de la tarea y por último las instrucciones. Se redactaron afirmaciones o juicios con estructura gramatical positiva y negativa que describieran conductas con respecto a cada una de las áreas. Se incluyeron 64 conductas, la forma de registro de la tarea consistió en registrar la aparición u omisión de las conductas codificadas.

Se estableció una tarea lúdica para observar las interacciones, ya que al tratarse particularmente de niños, era necesario que ésta no representara un evento estresor para los participantes; ésta consistió en vestir una figura humana de cartón con papel de colores, en 20 minutos y con la participación de ambos hermanos (as).

### 1.1. Prueba piloto

#### Método

*Participantes.* 2 Pares de hermanos (hombres y mujeres) de entre 6 y 12 años de edad.

#### *Materiales*

- Una figura humana de cartón de aproximadamente 50 cm. de longitud.
- Pliegos de papel lustre.
- Tijeras
- Un pegamento en barra (pritt)
- Un Diurex
- Un bolígrafo
- Un lápiz
- Una regla
- Cronómetro
- Una cámara de video

*Escenario.* Salón con una mesa, iluminación adecuada y sin la posibilidad de interrupción.

#### *Procedimiento*

A los participantes se les dieron las siguientes instrucciones:

- “Deben ponerse de acuerdo con respecto de qué vestirán a la figura humana de cartón”
- “Deben repartirse el trabajo porque sólo contarán con 20 min.”
- “Deben vestir a la figura humana con el material que disponen en la mesa, para ello tendrán 20 minutos”.

#### Resultados

Una vez hechas las videgrabaciones y revisar los videos se decidió:

- Reducir el tamaño de la figura humana de cartón de 50 cm a 30 cm de longitud.
- Reducir el tiempo de ejecución de 20 minutos a 10 minutos.

La primera versión del esquema de código (que contenía 64 reactivos) fue sometida a una prueba de claridad y cuatro jueceos. A continuación se presenta el desarrollo y resultados de los mismos.

## 1.2. Prueba de Claridad

*Objetivo.* Someter a prueba los reactivos creados para el esquema de código, con la intención de ubicar si las definiciones, redacción y forma de dar las instrucciones eran claras y entendibles para los participantes; además de señalar si las conductas que se plantearon de acuerdo con la teoría, realmente se presentaban en la interacción de los niños.

### Método

#### *Participantes*

La prueba de claridad se realizó con 5 residentes de la Maestría en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

#### *Material*

- Dos videos grabados en formato mini-dvc con una duración de 17 minutos cada uno.
- Una televisión.
- Un formato impreso por ambos lados, que contenía una tabla para registrar frecuencias con los reactivos de cada dimensión.

#### *Procedimiento*

Se citó a los residentes en el aula 26 del edificio A de la Facultad de Psicología para ver los videos; antes de iniciar se les explicó en qué consistía su participación:

*“Les proporcionaremos una hoja que contiene cuatro tablas con diferentes reactivos cada una, deberán leerlos, observar dos videos y registrar las frecuencias de cada una de las conductas según su aparición en los mismos”.*

Antes de iniciar con la tarea se les pidió que leyeran detenidamente los reactivos con la intención de que se familiarizaran con ellos y así el registro pudiese ser más preciso. Posteriormente leímos las definiciones conceptuales de cada dimensión y cada uno de los reactivos de manera grupal, con la finalidad de resolver dudas respecto a la ubicación de los reactivos en el formato y a la tarea a desarrollar.



Al iniciar la tarea se les indicó:

*“Observen con atención la interacción de los hermanos al realizar la tarea y marquen en el formato, debajo del rótulo de “frecuencia” y delante del reactivo, aquellos que observen en el transcurso de cada video; también anoten cualquier comentario que surja a lo largo del mismo”.*

### **Resultados**

Los jueces hicieron las siguientes observaciones:

- Se les dificultó escuchar a los niños, pues era muy bajo su tono de voz; por lo que sugerían utilizar micrófono.
- Complicación al manipular las hojas de registro pues tenían demasiada información. Sugirieron separar las conductas positivas de las negativas y señalar en negritas palabras clave para facilitar la ubicación de las conductas.
- Recomendaron que durante la grabación no esté presente otra persona además de los niños, para de esa manera reducir la deseabilidad social.

### **Discusión**

De acuerdo con las observaciones se realizaron algunas modificaciones:

1. Se colocó en “negritas” las palabras clave de cada conducta.
2. Se colocaron las conductas de cada dimensión en dos columnas (positivas y negativas)
3. En la dimensión de Estructura se dividieron en hermano mayor y hermano menor.

Con las modificaciones recomendadas en el formato para registrar frecuencias, se procedió nuevamente a aplicar una prueba de claridad, en esta ocasión se convocó a otros 4 residentes de la maestría en Terapia Familiar de la Facultad de Psicología para participar como observadores. Los materiales e instrucciones fueron los mismos.

### 1.3. Jueceo

Objetivo. Determinar si el esquema de código cuenta con validez teórica, a través de la evaluación que hacen expertos en el tema de las unidades de codificación, es decir, determinar si pertenecen realmente a las definiciones de cada dimensión planteada.

Se realizaron 4 jueceos debido a que no se lograba cumplir con el objetivo antes señalado. A continuación se presenta el resumen de cada uno de ellos (Tabla 3).

Tabla 3. Resumen de los cuatro jueceos realizados para la elaboración del esquema de código.

Jueceo	Participantes	Materiales	Procedimiento	Resultados
1	Nueve residentes, del tercer semestre, de la Maestría en Terapia Familiar.	Un sobre tamaño carta, cuatro sobres pequeños (cada uno rotulado con la definición de las dimensiones), 64 tarjetas con cada una de las unidades de codificación.	Indicaciones: "Dentro de ese sobre hay 4 pequeños, al reverso de cada uno aparece una definición que corresponde a las dimensiones: colaboración, resolución de tareas, comunicación y estructura; dentro vienen 64 tarjetas en donde se describe una conducta; deberán leerlas y colocarlas en el sobre que consideren pertenece".	Comunicación y estructura, obtuvieron porcentajes altos $\geq 78\%$ , indican acuerdo suficiente entre la clasificación hecha por los jueces. Colaboración y Resolución de tareas, obtuvieron porcentajes bajos ( $\leq 78\%$ ), indicó insuficiente acuerdo entre los jueces. La mayoría de los jueces comentaron que las definiciones de resolución de tareas y colaboración resultaban confusas, pues consideraban que resolución de tareas incluía a colaboración.
2	Nueve estudiantes del posgrado en Psicología de CU e Iztacala.	Un sobre tamaño carta, 2 sobres pequeños (rotulados con la definición de colaboración y resolución de tareas), 32 tarjetas con las unidades de codificación.	Indicaciones: "Dentro del sobre hay 2 pequeños, al reverso de cada uno aparece una definición sobre colaboración y resolución de tareas. Hay 32 tarjetas con conductas, deberán colocarlas en el sobre que consideren".	Los resultados fueron bajos ( $\geq 79\%$ ). Por lo que se concluyó que las dimensiones de resolución de tareas y colaboración no cuentan con validez social. Se determinó unir las conductas en una dimensión que definiera a ambas.
3	Nueve profesionistas psicólogos	Un sobre tamaño carta, tres sobres pequeños con la definición de la dimensión, 64 tarjetas con las conductas.	Indicaciones: "Dentro del sobre hay 3 pequeños, al reverso de cada uno aparece una definición sobre Resolución de tarea, comunicación y estructura; dentro vienen 64 tarjetas en donde se describe una conducta; deberán colocarlas en el sobre que consideren pertenece"	11 de las 12 unidades de codificación, de comunicación, obtuvieron un porcentaje $\geq 78\%$ . En Estructura 16 de las 20 obtuvieron un porcentaje $\geq 78\%$ . En Resolución de tarea, sólo 3 de 32 obtuvieron un porcentaje superior al 78%. Los jueces comentaron confusión al clasificar las conductas "negativas", ya que si se categorizaba de esa manera dejaba de ser la conducta.
4	Nueve jueces psicólogos	Un sobre mediano, tres pequeños con la definición pegada de Resolución de tarea, Comunicación y	Se entregó el material a cada juez indicando que dentro venían escritas las instrucciones de la actividad.	Las conductas de Comunicación obtuvieron un porcentaje superior ( $\geq 89$ ). Estructura 13 de las 20 conductas positivas fueron clasificadas como pertenecientes a ella. Resolución de tareas 7 de las

Estructura, tarjetas con unidades de codificación.	41	Nota: sólo se usaron las conductas positivas.	unidades obtuvieron un porcentaje alto. Se determinó la eliminación de 4 reactivos de estructura debido al bajo porcentaje (< 78). Los reactivos de resolución de tarea que obtuvieron un porcentaje menor a 78% permanecieron con la finalidad de someterlos a un análisis de frecuencias para obtener su discriminabilidad.
--	----	---	--

## 2. Discriminabilidad de unidades de codificación

*Objetivo.* Determinar la capacidad de discriminación de las unidades de codificación, observando la variabilidad de las conductas.

### Método

#### *Participantes*

39 pares de hermanos (varones, mujeres o mixto), de los cuales fueron 45 mujeres y 33 hombres, con una edad entre 6-12 años. (X=10 años con 6 meses, hermano mayor; X= 9 años con 9 meses, hermano menor) ,13 pares eran estudiantes del Centro Escolar Ma. Luisa Hidalgo Torres, 9 pares del Colegio Florencia, los 17 pares restantes pertenecen a otras escuelas. Se consideró como criterio de inclusión que los niños no presentaran ninguna discapacidad evidente o diagnosticada por algún profesional. De los 39 pares de hermanos 10 fueron identificados, por sus profesoras, como niños con problemas para socializar con sus iguales.

#### *Instrumento*

El esquema de código conformado por 64 conductas, divididas en 3 dimensiones: a) resolución de tareas (32 conductas), b) Comunicación (12 conductas) y c) Estructura (20 conductas). El formato incluía una tabla para registrar las frecuencias de las conductas.

*Material**Para la aplicación de la tarea:*

- Cámara de video fija
- Micrófono
- Formato de código de esquema
- Formato de consentimiento para padres
- Formato de instrucciones
- Cronómetro
- 1 Silueta humana de cartón (30 cm. de longitud)
- Papel de colores (azul, verde, amarillo, rojo y negro)
- 1 Lápiz adhesivo (pritt)
- 1 Tijeras
- 1 bolígrafo y 1 lápiz
- Diurex
- Mesa para colocar el material y realizar la tarea

*Para los observadores:*

- Una televisión
- Cámara de video
- Cassetes con filmación de la interacción fraterna en la resolución de la tarea
- 39 formatos del esquema de código para cada observador
- Lápiz
- Tabla

*Escenario de aplicación de la tarea*

Salón de aproximadamente 3 x 3 metros. Dentro de este espacio se encontraba una mesa para colocar el material y realizar la actividad. En una de las esquinas del salón se colocó la videocámara sobre su tripié para realizar la grabación.

*Procedimiento:*

- Parte de la población se obtuvo de dos escuelas primarias privadas del municipio de Ecatepec en el Estado de México. Para tener acceso a ellas se solicitó una cita con las autoridades para explicar el objetivo de la investigación, así como su apoyo para contar con la participación de algunos de los alumnos, se entregó una solicitud de permiso a las profesoras de grupo aclarando días y tiempos en que se requerirá a los niños.
- Se envió un consentimiento informado a los padres explicándoles la investigación que se estaba realizando y la participación de sus hijos.
- En ambos casos se les informó que los participantes serían videograbados y la seguridad de que la información se utilizaría únicamente para fines de investigación.

- Se acudió a las escuelas en los días y horarios establecidos. Se acudió a los grupos de los niños programados (hermanos) y se pidió a las profesoras les permitieran salir a realizar la actividad.
- Se realizó un pequeño rapport con la intención de disminuir la ansiedad, se les explicó que fueron elegidos para ayudar a una investigación de la Universidad, por lo que pedíamos su colaboración, se les informó que serían videograbados.
- Se inició la grabación y se brindó la primera instrucción (ponerse de acuerdo para elegir personaje y quién realizará cada actividad), una vez realizados los acuerdos, se les explicó que contarían con 10 minutos para terminar la actividad, que podían utilizar todo el material colocado sobre las mesas; que los observadores saldrían del salón para no distraerlos, pero que el cronómetro sonaría una vez transcurridos 5 min y esa sería la señal de que el tiempo estaba por concluir. Se hizo énfasis de que al transcurrir los 10 min los observadores entrarían, por lo tanto la actividad debía quedar concluida antes de que terminara el tiempo.
- Al concluir el tiempo se pidió suspender el trabajo y se les preguntó ¿qué opinaban del trabajo realizado? Y ¿qué opinaban del trabajo de su hermano (a)? Se les agradeció su participación y se acompañó a los niños a sus grupos para que continuaran con sus actividades.
- Una vez filmados los 39 videos, los 3 observadores registraron la frecuencia de las conductas especificadas durante alrededor de 10 hrs.
- Los registros de los tres observadores se capturaron en una base de datos del programa estadístico SPSS.

*Análisis estadístico.* Para saber si los reactivos descritos como conductas eran capaces de discriminar entre grupos, se realizó un análisis de frecuencias.

### **Resultados**

De acuerdo con análisis de frecuencias se eliminaron 18 unidades de codificación, por lo que el esquema de código sobre funcionalidad del subsistema fraterno lo conforman 24 conductas positivas y negativas (Ver Apéndice 1).

### 3. Validez de criterio

Para determinar la validez de criterio del esquema de código se usó como dato la información proporcionada por las profesoras sobre los alumnos que presentaban problemas de conducta y socialización, las cuales se consideraron en el presente estudio como disfuncionales. Se tomó dicho criterio para discriminar entre hermanos con conductas problemáticas o disfuncionales (10 pares) y hermanos sin conductas problemáticas o funcionales (29 pares). Se realizó una T de student para muestras independientes, para conocer si existen diferencias en las conductas observadas por los investigadores, entre los hermanos con conductas problemáticas y los que no las presentan. Se planteó la siguiente hipótesis:

Ho: No existen diferencias en las conductas de resolución de tareas, comunicación y estructura, entre los hermanos que presentan conductas problemáticas (disfuncionales) y quienes no las presentan (funcionales).

Los resultados obtenidos del análisis estadístico permitieron rechazar la hipótesis nula, ya que al comparar las medias por cada grupo se observa un nivel de significancia menor al 0.05 (ver tabla 4).

Tabla 4. Medias y t de student de los puntajes totales y por dimensión del esquema de código

<i>Dimensión</i>	<i>Media con problemas</i>	<i>Media sin problemas</i>	<i>T</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>
Resolución de tareas (Positivo)	10	12	1,081	,293
Resolución de tareas (Negativo)	18	6	5,034	<b>,000</b>
Comunicación (Positivo)	20	18	,805	,433
Comunicación (Negativo)	5	1	3,337	<b>,007</b>
Estructura (Positivo)	17	20	,812	,429
Estructura (Negativo)	2	3	,846	,407
Puntaje total (Positivo)	48	53	,927	,365
Puntaje total (Negativo)	37	15	7,260	<b>,000</b>

Nota: las dimensiones con diferencias significativas, entre el grupo de hermanos con conductas problemáticas y sin problemas, se encuentran en negritas.

Los resultados obtenidos en la Prueba T indican que el esquema de código discrimina entre los pares de hermanos que presentan conductas problemáticas y quienes no. Sin embargo esto no ocurre en todas las dimensiones ya que en la dimensión de estructura no se obtuvieron diferencias significativas.

#### **4. Ensayo de calificación**

Se presenta un ensayo del formato de calificación; sin embargo, si se pretende el uso de este instrumento para futuras investigaciones se tendrá que aplicar en una nueva población y trabajar en la elaboración de criterios de calificación.

El procedimiento para obtener la calificación del esquema de código consiste en:

Puntaje total.

1. Sumar las frecuencias registradas en cada una de las unidades de codificación que constituyen el esquema de código.
2. Sumar por separado: los reactivos que indican conductas positivas o funcionales y otra de los reactivos que indican conductas negativas o disfuncionales
3. Estas sumas arrojarán un valor total que señalará la tendencia de ese subsistema a ser funcional o disfuncional, es decir si la suma es mayor en las unidades de codificación negativas, sugiere que la tendencia del subsistema es disfuncional y viceversa.

Puntaje por dimensión.

1. Deberá hacer una suma de las frecuencias de los reactivos negativos y otra de los positivos, por cada una de las dimensiones, de tal manera que obtendrán dos valores por cada dimensión.
2. Estas sumas permitirán identificar cuáles áreas presentan una tendencia a lo funcional y cuáles a lo disfuncional, de tal manera que pueda conocer áreas fuertes y áreas a trabajar dentro del proceso terapéutico.

## 5. ALCANCES Y LIMITACIONES

Se propone este esquema de código pues de acuerdo con el análisis estadístico y jueceo realizados posee poder discriminativo en las unidades de codificación que lo constituyen, validez teórica y validez de criterio.

El presente instrumento se propone como una herramienta en la evaluación de la relación del subsistema fraterno ya que permite identificar la tendencia hacia la funcionalidad, así como las áreas que se requiere trabajar o fortalecer, de acuerdo con las dimensiones evaluadas. De manera que los terapeutas puedan utilizarlo como un recurso dentro del espacio terapéutico para diseñar programas de intervención que tengan como fin desarrollar y fortalecer habilidades que puedan ser de utilidad para los hermanos dentro y fuera de su núcleo familiar.

Se deberá considerar el esquema de código como instrumento de medición de funcionalidad fraterna con precaución, debido a que evalúa la interacción fraterna en la resolución de una tarea lúdica, la cual no implica interferencias con respecto a intereses de competencia entre los hermanos.

Asimismo, es importante destacar que el código sólo permite observar tendencias en la relación fraterna y no establece parámetros de calificación que permita clasificar como funcional o disfuncional la relación fraterna, pues el instrumento sólo refleja el número de veces que aparecen las conductas clasificadas como positivas o negativas. De este modo si la frecuencia de conductas positivas es mayor, la relación fraterna refleja una tendencia hacia una relación funcional y viceversa.

### Referencias

- Aguilar, E. (2006). *Descubre la comunicación*. México: Árbol editorial.
- Bank, S y Kahn, M. (1988). *El vínculo fraterno*. Buenos Aires: Paidós.
- Dunn, J. (1984). *Relaciones entre hermanos*. Madrid: Morata
- Dunn, J y Kendrick, C. (1986). *Hermanos y Hermanas: Amor, envidia y comprensión*. Madrid: Alianza.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.



- Meza, V. (2008). *Terapia de juego entre hermanos para favorecer el vínculo fraterno*. Reporte de experiencia profesional de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Minuchin, S. (1985). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa. 1984
- Morales, M. (1997). *Educación para la fraternidad en el núcleo familiar basada en la comunicación asertiva*. Tesina de Licenciatura en Pedagogía. Facultad de Pedagogía, Universidad Panamericana.
- Sánchez, E. (1983). *Los hermanos: convivencia, rivalidad, solidaridad*. Madrid: Narcea.

## **2.2 Reporte de la investigación realizada con metodología cualitativa: Percepción de la relación fraterna cuando uno de sus miembros padece alguna discapacidad intelectual.**

La investigación titulada **“Percepción de la relación fraterna cuando uno de sus miembros padece una discapacidad intelectual”** la elaboré con Alma G. Aguilar Segura y Araceli Durán Rivera, bajo la supervisión del Dr. Ignacio Ramos. El objetivo fue conocer cuál es la percepción de la relación fraterna entre hermanos con un miembro con discapacidad intelectual. Este interés surgió ya que la discapacidad no es algo que sólo se relacione con la persona que la padece, pues impacta en todos los miembros de la familia. Para nosotras era de interés conocer el impacto de la discapacidad en el subsistema fraterno, pues la mayoría de estudios hechos sobre este tema se relacionan con los padres y/o la pareja; y se deja en segundo plano el subsistema fraterno. A continuación se presentará el reporte de la investigación.

### **PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN FRATERNA CUANDO UNO DE LOS MIEMBROS PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Cintia Aguilar Delgadillo, Alma G. Aguilar Segura, Araceli Durán Rivera e Ignacio Ramos  
Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México

#### **Resumen**

La familia vista como sistema relacional es matriz de identidad y origen de pautas transaccionales en la que los miembros se adaptan a su contexto social, ésta se diferencia principalmente en tres unidades de relación: el subsistema conyugal, parental y fraterno. El subsistema fraterno es de gran importancia para el desarrollo social de las personas desde la infancia hasta la adultez, ya que funge como un laboratorio de las primeras relaciones con iguales. El nacimiento de un hijo con discapacidad desequilibra el sistema familiar de forma permanente e intensa, pues requiere un reajuste en la dinámica de interacción. Esta investigación con metodología cualitativa, exploró la percepción de la

relación fraterna cuando uno de los miembros padece alguna discapacidad intelectual y su influencia en el tipo de relaciones que se establecen dentro y fuera del contexto familiar durante las etapas del ciclo vital. Se acudió a la Asociación Civil PACOS dedicada al trabajo con jóvenes con discapacidad, se realizó un grupo focal y posteriormente entrevistas a familias con un miembro con discapacidad y colaboradores de PACOS. Se encontró que la percepción fraterna cambia de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada uno de los hermanos y las características del grupo; la aceptación o rechazo hacia la discapacidad por parte de los hermanos sin discapacidad está relacionada con la forma en que los padres y familia extensa la han vivido; cuando la discapacidad ha sido aceptada en el contexto familiar favorece que los hermanos busquen relacionarse con personas y en contextos donde su hermano (a) sea aceptado (a); perciben mayor sensibilidad y aceptación de las diferencias, tolerancia y búsqueda de alternativas para personas con discapacidad.

Palabras clave: Fraternidad, Discapacidad Intelectual, Familia.

### **Introducción**

La familia vista como un sistema relacional, es matriz de la identidad y el origen de pautas transaccionales a través de las cuales los miembros de la misma se adaptan a su contexto social, ya que como sistema abierto, continuamente recibe información del ambiente interno y externo que hace que se reorganice de forma constante (Andolfi, 1985; Minuchin, 1985).

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas, de este modo organiza a los integrantes de la familia, principalmente, en tres unidades de relación que poseen significación particular además del individuo: El subsistema conyugal, parental y el de hermanos (Minuchin, 1985).

Algunos autores coinciden en que las relaciones fraternas son las primeras experiencias con iguales, donde se aprende a negociar, competir, cooperar, comunicarse y seguir reglas grupales (Dunn y Kendrick, 1986; Bank y Kahn, 1988; Minuchin y Fishman, 2006), lo que representa el más importante escenario de desarrollo social para el niño.

Se ha definido al subsistema fraterno como un conjunto de patrones de relación en el que los hermanos comparten tiempo y espacio, ya sea al interior o al exterior de la familia, dicha relación se transforma a lo largo del tiempo con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelven, mismos que facilitan o entorpecen las interacciones con otros que no pertenecen al mismo subsistema, (Dunn y Kendrick, 1986; Bank y Kahn, 1988; Morales, 1997).

Como cada uno de los miembros de la familia, los hermanos sufren transformaciones a lo largo de la vida, dependiendo de la etapa de desarrollo en la que se encuentren, por lo que a medida que crecen, la relación se convierte en un sistema de apoyo mutuo. Durante la infancia, los hermanos modelan activa y mutuamente sus vidas, preparándose para las experiencias posteriores con sus iguales y como adultos. El sistema de apoyo que se establece se evalúa como muy importante puesto que generalmente la relación fraterna dura hasta la muerte, es una relación de por vida en la que se comparten experiencias que no se compartirán con nadie más (Bank y Kahn, 1988).

Para Powel y Olge (1991) los problemas entre hermanos giran principalmente alrededor de los celos y la competencia, los celos son normales, ya que cada uno desea y busca la atención de los padres; sin embargo el exceso de celos, junto con una situación de competencia exagerada y desigual puede ocasionar una intensa rivalidad. Asimismo, destacan la importancia del papel de los padres en la relación fraterna, pues la exagerada reacción de estos, así como la indiferencia pueden intensificar los problemas de interacción de los hermanos.

Sin embargo, cuando factores como la discapacidad se encuentran presentes en la dinámica familiar, generan mayor movimiento y la necesidad de un reajuste en la organización y distribución de roles de todos los subsistemas. Cuando se hace presente en uno de los hijos genera, inevitablemente, un proceso de reacomodo en cada unos de los miembros de la familia y por lo tanto en los hermanos (Rolland y Walsh ,2005; Rolland, 2000, citado en Navarro, 2004).

De acuerdo con Ramos-Galván (1991) y Cunninham (1990) las actitudes de los hermanos y hermanas, con frecuencia, son el reflejo de las reacciones de los padres, de tal forma que si ellos tienen una buena actitud frente al hijo con discapacidad y hacia los otros hijos, es decir, que aceptan la características propias de cada uno, las actitudes de los hermanos estarán marcadas por un profundo afecto y aceptación hacia el hermano discapacitado. Por el contrario, si los padres se sienten avergonzados, o rechazan al hijo, es probable que adopten esta actitud los demás miembros de la familia. También puede ocurrir que los hijos sin discapacidad sientan la obligación de complacer a sus padres para compensar su trágica desilusión (Rolland, 2000, citado en Navarro, 2004).

En familias con estas características, la relación fraterna rara vez va a ser totalmente negativa y totalmente positiva, pero si tienen alguna tendencia de ser negativa los hermanos pueden sentir temor, soledad, ira, resentimiento, confusión, celos, presión, culpa, frustración, ansiedad, depresión, vergüenza, rechazo hacia el discapacitado y pueden presentar un bajo autoconcepto; positivamente, propicia la maduración del hermano, la orientación profesional, la comprensión de las deficiencias, mayor capacidad de tolerancia, entre otras (Freixa, 1993; Powell y Olge, 1991).

Ramos Galván (1991), hablan del lugar que ocupa el hijo con discapacidad, cuando es el menor de los hermanos tiene como consecuencia que los mayores puedan comprenderlo mejor y aceptarlo; si es el mayor o el segundo de una familia numerosa, se necesitan más habilidades de los padres para hacer que sus hermanos lo acepten completamente.

Rolland (2000), plantea que generalmente los niños más pequeños experimentan mayor asimetría de rol entre sí, y ésta va disminuyendo a medida que crecen. Cuando uno de ellos tiene una enfermedad crónica incapacitante, suele suceder lo inverso: la diferencia entre ellos aumenta y se hace más evidente a medida que van desarrollando cada hito del desarrollo. Al entrar a la adolescencia, la disposición a recibir cuidados de un hermano o a brindárselo puede convertirse en una fuente de conflicto cada vez mayor, el deseo de independencia puede hacer que ambos hermanos se resistan por estos roles. Las naturales preocupaciones adolescentes por la imagen y la integridad corporal pueden intensificarle al hermano sano los temores sobre su propia vulnerabilidad y provocar humillación en el hermano afectado, en un momento en el que necesitan cooperar para dar y recibir cuidados. Con frecuencia, los padres no perciben estas complejidades y a medida que los hermanos sanos van creciendo les van asignando, más responsabilidades de cuidados porque tienen mayor confianza en su madurez.

La existencia de una atmósfera familiar favorable no implica que estén resueltos todos los problemas entre los hermanos, pues pueden existir diversas situaciones que compliquen la integración y aceptación, tales como la señalización y crítica de las personas con quienes conviven fuera de su contexto familiar (López-Faudoa, 1980; Ramos-Galván, 1991).

Las familias que mejor se adaptan a una enfermedad son las que mantienen un equilibrio entre esta y el resto de la vida familiar. Otras pueden centrarse de manera disfuncional y no ser capaces

de satisfacer las necesidades de los otros hermanos, perturbando el desarrollo normal del ciclo de vida (Navarro, 2004).

Pérez (2005) habla de que los hermanos sin discapacidad suelen convertirse en los olvidados de la familia, por lo que es común que aparezca resentimiento por no recibir tanta atención como su hermano con discapacidad, fantasías culposas sobre haber deseado e incluso causado la enfermedad de un hermano o hermana, temores acerca del hermano afectado y/o la preocupación por la vulnerabilidad propia o la de sus padres, son experiencias comunes en los hermanos sin discapacidad que requieren atención.

Seligman y Darking (1989, citado en Rolland, 2000) describieron de qué manera la falta de comunicación es un importante factor de riesgo cuando un niño tiene un problema de salud. El niño con discapacidad y sus hermanos suelen ser curiosos, pero los padres la desalientan convirtiéndola en temor al desanimarlos en sus intentos de encontrar respuestas a sus preguntas y preocupaciones. A semejanza de los adultos, los niños se adaptan mejor cuando pueden desarrollar narrativas que promueven un sentimiento de capacidad y control. Para los hermanos sin discapacidad, la mejor medicina preventiva es recibir información clara y directa y que los padres los tranquilicen y apoyen.

Se han realizado algunos estudios sobre el impacto en la salud y en la estructura familiar, en las que uno de sus integrantes padece alguna enfermedad incapacitante, estos reportan que tal hecho podría dar lugar al debilitamiento en la comunicación intrafamiliar y la interrupción en la armonía (Sarto, 2001), tales investigaciones se refieren a diferentes enfermedades como la epilepsia (Fazlioglu, Hocaoglu, Sönmez, 2010) y el autismo (Bilgin y Kucuk, 2010). Otros se enfocan a atender a los miembros que padecen la enfermedad (Mukand, 2010). Algunos de los estudios que se han realizado sobre el impacto de la enfermedad infantil en las relaciones entre hermanos, informan sobre diversos problemas individuales con los pares, con la familia y con la escuela (Breslau, 1983; Cadman, Boyle y Offord, 1988; Tritt y Esses, 1988; Wood y cols. 1988, citado en Rolland, 2000). Otros citan influencias positivas como la autoestima, la adaptabilidad, la seguridad en sí mismo y la proximidad de la familia (Daniels y cols., 1986; Harder y Bowditch, 1982; Tritt y Esses, 1988, citado en Rolland 2000). Por otro lado, Daniels y sus colaboradores (1986)

encontraron que una mayor cohesión familiar, un contexto familiar expresivo y la salud de la madre se asociaban con una mejor adaptación de los hermanos.

Pese a los numerosos estudios realizados sobre familia y discapacidad, aún es insuficiente la información referente al impacto que la discapacidad de un hijo tiene sobre los hermanos y su relación.

Por esta razón, surgió nuestro interés por explorar la percepción de las relaciones fraternas cuando hay un miembro con discapacidad intelectual, con el fin de identificar su experiencia personal y la influencia sobre las relaciones al interior y exterior del núcleo familiar.

## **Método**

### Planteamiento del Problema

Si bien el sufrimiento de alguna enfermedad en uno de los miembros de la familia es un factor que desestabiliza al sistema en general; el nacimiento de un hijo con alguna discapacidad es una situación que lo desequilibra de forma permanente e intensa, pues se requiere un reajuste en la dinámica de interacción familiar; esto ha sido estudiado de manera constante en cuanto a las implicaciones y repercusiones generadas en los padres, con respecto a las expectativas que tenían, las demandas de la pareja y los hijos, la culpa y la adaptación a su medio social. Sin embargo, el subsistema fraterno también tiene repercusiones particulares que no han sido exploradas ampliamente y que el hacerlo podría abrir posibilidades en el trabajo clínico y brindar una visión más amplia de lo que también sucede con ellos.

### Objetivo

Conocer la percepción de las relaciones fraternas cuando hay un miembro con discapacidad y la influencia de ésta en el tipo de relaciones que se establecen dentro y fuera del contexto familiar.

### Objetivos Específicos

- Conocer si la percepción que se tiene de manera individual sobre la discapacidad del hermano, influye sobre la relación que se establece con el resto de los hermanos.

- Conocer cómo es la interacción del grupo fraterno en lo referente a negociación, competencia, cooperación, comunicación y reglas grupales.
- Saber si las relaciones fraternas entre hermanos con un integrante con discapacidad intelectual influye en las relaciones que establecen estos con sus iguales.

#### Preguntas de investigación:

- ¿Cómo es la percepción de la relación fraterna de los hermanos que no padecen discapacidad?
- ¿Cómo perciben, ha influido la discapacidad de su hermano en la relación que establecen entre ellos?
- ¿Cómo perciben, que su situación familiar, puede influir en su relación con otros?
- ¿Cuáles son los recursos que identifican han desarrollado a partir de la convivencia con el hermano (a) que tiene discapacidad?

#### Hipótesis

La percepción que tienen los hermanos sin discapacidad sobre su relación fraterna cambia y se reajusta en las diferentes etapas de vida.

#### Población

Se acudió a la Asociación Civil PACOS, dedicada al trabajo con jóvenes con discapacidad intelectual.

- Grupo focal, participaron 12 padres de familia (9 mujeres y 3 hombres).
- Entrevistas a profundidad, participaron familias de nivel socioeconómico medio alto:

Familia 1. Padre, madre, 2 hijas (25 y 21 años). Hijo con Síndrome de Down de 21 años (no entrevistado).

Familia 2. Madre, hija con Síndrome de Down de 27 años (no entrevistada), hijo de 19 años (no entrevistado).

Familia 3. Madre, hija de 23 años, hijo de 9 años, hijo de 21 años con discapacidad intelectual moderada.

- Dos integrantes del equipo de PACOS: el director de la institución y una colaboradora (quienes participaron en las entrevistas a profundidad).

**Instrumentos**

- Formatos de entrevista
- Grabadora
- Bitácora
- Formato de análisis de datos

**Procedimiento**

1. Se realizó un grupo focal considerando los datos de la literatura (sobre familia, fraternidad y discapacidad), teniendo como objetivo ampliar la información con base a su experiencia personal.
2. Tomando lo expuesto en el grupo focal, las preguntas de investigación inicialmente planteadas y la información referida por la literatura, se crearon tres guías de entrevista a profundidad (una para padres, una para hermanos y una para el personal de PACOS). Todas basadas en temáticas generales a abordar (ver apéndice 2).
3. Se realizaron las entrevistas a profundidad con cada uno de los participantes, de las tres familias seleccionadas y los colaboradores de PACOS. Estas fueron hechas de manera individual y con la mayor privacidad posible, en su mayoría fueron realizadas por dos entrevistadoras, una dirigía la entrevista y la otra era observadora con la libertad de emitir comentarios si lo consideraba oportuno.
4. Para el análisis de datos se realizaron transcripciones de las entrevistas lo que permitió categorizar la información.

**Resultados**

Al realizar el análisis de contenido, de las entrevistas, la información se agrupó de la siguiente manera:

1. *Percepción fraterna*: Ésta cambia de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada uno de los hermanos y las características del grupo en general; estos cambios están relacionados con las etapas que atraviesan los seres humanos: a) en la infancia usualmente se relacionan como iguales, compartiendo juegos y ciertas reglas sociales, sabiendo que existen diferencias con respecto al hermano con discapacidad, pero sin comprender a profundidad el impacto de ello. b) La adolescencia parece ser la etapa en la cual los hermanos sin discapacidad alcanzan una comprensión mayor de la condición de



su hermano; siendo de suma importancia el papel de los padres y la familia extensa con respecto a la aceptación de la misma. c) En la adultez la relación puede basarse en compartir experiencias con mayor respeto de las diferencias y contemplar al hermano con discapacidad en sus proyectos futuros considerando la posibilidad de que sus padres, en algún momento, no podrán hacerlo; o bien, sentir como imposición el contemplar en sus proyectos a su hermano; estas diferencias están relacionadas con la aceptación de la discapacidad dentro del núcleo familiar.

2. Con respecto al *género*, las hermanas sin discapacidad mostraron mayor cercanía, protección, cuidados y muestras de afecto hacia el hermano con discapacidad en comparación con los hermanos varones.
3. El *lugar en el orden de nacimiento* parece ser un factor importante en la actitud protectora de los hermanos mayores sin discapacidad, incluso más que el género. Tal como señala la literatura, los datos de la presente investigación sugieren la existencia de diferencias en la relación fraterna si el hermano que presenta la discapacidad es el mayor o menor, es decir, ambas coinciden en que el orden de nacimiento impacta en cuestión de la aceptación y en la asimetría de los roles fraternos a través del tiempo (Rolland, 2000). Sin embargo los resultados que encontramos difieren de la literatura, ya que para Cunninham (1990) y Ramos-Galvan (1991) cuando el hermano con discapacidad es el menor se favorece la aceptación, y por el contrario si es el mayor o el segundo de una familia numerosa, pues se requieren más habilidades de los padres para favorecer la aceptación del hermano; lo anterior contrasta con nuestros hallazgos, los cuales señalan que si se es el más grande, los hermanos pequeños aprenden a convivir con la discapacidad de manera habitual y se adaptan a la forma en que la familia funciona con respecto a ello; si la discapacidad se presenta en el pequeño, los hermanos tienen que vivir un proceso de mayor reajuste y adaptación con respecto a lo que era su vida cotidiana.
4. En lo relacionado a *discapacidad y familia* hablaron de que la aceptación o rechazo hacia la discapacidad, por parte de los hermanos, está relacionada con la forma en que los padres y familia extensa la han vivido; pues si la familia se ha esforzado por encontrar un equilibrio entre la discapacidad, los temas y actividades cotidianas del resto de los

miembros, los hermanos tenderán a aceptar y a involucrarse en la vida de quien padece la discapacidad; sin embargo, si en los padres y/o familia extensa la discapacidad no ha sido aceptada y ocupa un lugar estelar en sus vidas, se podrá generar una reacción de rechazo hacia la enfermedad y muy comúnmente hacia el hermano (a). Frente a esto, tiene un peso importante la manera en que la discapacidad ha sido explicada a los hijos regulares y el cómo éstos la hayan entendido, sin perder de vista que un factor de relevancia será el tiempo que se les da para la aceptación y entendimiento de lo que implica tener un hermano(a) con discapacidad, pues aún cuando se haya hablado y explicado, es común que sea en la adolescencia cuando realmente se comprenda la magnitud de ello, y entonces, cuando formen su criterio y tomen las decisiones de la manera en cómo desean convivir con su hermano (a) y con su familia. Esto se relaciona con lo expuesto por Navarro, (2004), Ramos-Galván (1991) y Cunninham (1990) quienes dan un peso importante al equilibrio logrado por las familias entre la discapacidad y las otras áreas cotidianas. Y con lo expuesto por Pérez (2005) y Seligman y Darking (1989, citado en Rolland, 2000), quienes coinciden en la necesidad de hablar con claridad, a los hermanos regulares, sobre la condición del hermano con discapacidad, así como responder las dudas e inquietudes que surgen a partir de ello.

5. *Fraternidad y relaciones fuera del contexto familiar*, si la discapacidad ha sido aceptada por la familia, será más sencillo que los hermanos regulares busquen relacionarse con personas y en contextos donde su hermano (a) sea aceptado, pues verán necesario proteger y buscar espacios en donde la discapacidad no sea un tema de crítica o descalificación, sino en donde las personas puedan aceptarla y convivir con quienes tengan esas características y condiciones. Relacionado a esto, el subsistema fraterno regular identificó recursos que han desarrollado debido a la convivencia cercana con la discapacidad; bajo lo cual perciben mayor sensibilidad y mayor aceptación de las diferencias, tolerancia y búsqueda de alternativas para personas con discapacidad. Los hermanos regulares reconocen, que el vivir esta experiencia les permite abrir mayores opciones y sensibilizarse de manera diferente a las necesidades que tienen las personas con características similares a las de su hermano (a).

6. *Visión del futuro:* Los hermanos reportan que llega un momento en sus vidas, en donde pensar en el futuro, los lleva a pensar en su hermano (a) y las decisiones que deben tomar para poder proporcionarle un ambiente de cuidado y protección cuando sus padres –quienes fungen como cuidadores primarios– ya no estén.

## Discusión

Partiendo de la revisión de la literatura, el objetivo de la investigación y considerando los resultados del análisis de los datos, se concluye que la discapacidad sí juega un papel importante en la percepción que se tiene de la relación fraterna, en comparación con la que se tiene entre hermanos sin discapacidad, esto se relaciona con las etapas que se atraviesan en un grupo y otro, en donde al llegar a la adolescencia y aún más en la adultez se evidencian las diferencias que existen entre unos y otros, siendo fundamental la participación que hayan tenido los padres y la familia extensa; pues en relación a eso, los hermanos podrán adoptar una actitud de cuidado, protección y aceptación o bien de rechazo y vergüenza frente a las condiciones de su hermano.

Resultó relevante la variación que parece existir en las etapas que atraviesan los hermanos regulares con respecto a las que atraviesan los hermanos con un miembro con discapacidad. Ya que en los primeros van muy de la mano con las características de las etapas de desarrollo de los seres humanos: 1) niñez que se caracteriza por el juego y los aprendizajes que se derivan de él, 2) adolescencia en donde se produce un alejamiento por buscar la aceptación y reconocimiento en grupos ajenos al núcleo familiar y 3) adultez en donde, si la relación fue satisfactoria en las etapas previas, hay una reconciliación y acercamiento por encontrar en los hermanos compañía, confianza y acompañamiento. Por su parte, en los grupos de hermanos donde hay discapacidad fue revelador cómo las características varían considerablemente: 1) niñez que se caracteriza por el juego y no son notorias las diferencias, 2) adolescencia en donde los hermanos regulares comienzan a concientizarse más de las diferencias que tiene su hermano; a partir de lo cual puede que acepte y aprenda a convivir con ello generándose conductas de protección y cuidado, o bien, rechace esas diferencias y se aleje del núcleo familiar, y 3) adultez en donde si la discapacidad pudo ser manejada satisfactoriamente por parte de los padres y la familia extensa, se potencia la necesidad de cuidar y proteger al hermano cuando los padres ya no puedan cumplir con esa

función; de lo contrario, la distancia seguirá siendo una característica importante en la relación familiar y fraterna.

Fue evidente cómo aún cuando el interés estaba puesto sólo en las relaciones fraternas, forzosamente se mezcló lo relacionado con los padres y la familia extensa; de tal forma que la percepción se centra en cómo estos juegan un rol estelar en la aceptación o rechazo que los hermanos regulares tienen de la discapacidad.

Considerando la información obtenida en los resultados creemos importante hacer futuras investigaciones, cuyo eje central sea la fraternidad y la discapacidad en donde se consideren factores como: etapas de desarrollo por las que atraviesan los grupos fraternos, género, lugar que ocupa entre los hermanos el que presenta la discapacidad, nivel socioeconómico, el tipo de discapacidad que se estudia y entrevistar al hermano que tiene la discapacidad, pues son factores que pueden enriquecer y aclarar la información.

## Referencias

- Andolfi, M (1985). *Terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Bank, S. y Kahn, M. (1988). *El vínculo fraterno*. Barcelona: Paidós.
- Bilgin, H., y Kucuk, L. (2010). Raising an Autistic Child: Perspectives From Turkish Mothers. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(2), 92-99.
- Cunningham, C. (1990). *El Síndrome de Down*. México: Paidós
- Dunn, J y Kendrick, C. (1986). *Hermanos y Hermanas: Amor, envidia y comprensión*. Madrid: Alianza.
- Falicov, C. (1998). *Latino Families in Therapy. A guide to multicultural practice*. Nueva York: The Guilford Press.
- Fazlioglu, K., Hocaoglu, Ç., & Sönmez, F. (2010). Çocukluk Çağı Epilepsisinin Aileye Etkisi. (*Turkish*). *Current Approaches in Psychiatry / Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2(2), 190-205.
- Freixa, M. (1993). *Familia y deficiencia mental*. Salamanca: Amarú
- López-Faudoa, S. (1980). *Síndrome de Down: consideraciones esenciales*. México: J. Langdon Down.
- Minuchin, S. (1985). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.

- Minuchin, S., Fishman, H. (2006). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.1984
- Mukand, J. (2010). Rehabilitation Medicine: Serving People With Disabilities. *Medicine & Health Rhode Island*, 93(4), 100-101.
- Navarro Gongora J. (2004). *Enfermedad y Familia*. Barcelona: Paidós
- O'Brien, I., Duffy, A., y Nicholl, H. (2009). Impact of childhood chronic illnesses on siblings: a literature review. (Cover story). *British Journal of Nursing (BJN)*, 18(22), 1358-1365
- Pérez, J. (2005). *El papel de los hermanos dentro de la familia con un integrante con autismo*. Tesina de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Powell, T. y Olge, P. (1991). *El niño especial: el papel de los hermanos en su educación*. Colombia: Norma S.A.
- Ramos-Galván, R. (1991). Los hermanos del niño con síndrome Down. En : Jasso, L. *El niño Down: Mitos y realidades*. México: Manual Moderno
- Rolland (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Rolland, J. y Walsh, F. (2005). Systemic training for Healthcare Professionals: The Chicago Center for family Health Approach. *Family Process*, 44 (3), 283-301.
- Sarto, M. (2001). *Familia y discapacidad*. III Congreso "La atención a la diversidad en el sistema educativo. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Recuperado el 09 de mayo de 2010 de: <http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>

### **3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria**

La Residencia en Terapia Familiar busca que los estudiantes en formación se comprometan con las demandas sociales ya que se promueve la elaboración de programas de intervención comunitaria, a través de la identificación de las necesidades de la comunidad y el diseño de programas que colaboren en la educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales en el seno familiar o comunitario.

### 3.1 Productos tecnológicos

Durante la formación elaboré dos productos tecnológicos. Uno de ellos es una traducción de un artículo en inglés revisado del Modelo de Milán, **“Formulación e hipótesis: el enfoque de Milán Revisitado”**, su realización tiene como objetivo contribuir al programa de formación de los terapeutas de la residencia en Terapia Familiar. Y el otro es una propuesta sobre **“El ciclo vital fraterno y la revisión de similitudes y diferencias en grupos de hermanos con un miembro con discapacidad”** (elaborado con Alma Aguilar), ya que la literatura habla del ciclo vital de la familia de manera general, sin embargo, derivado de las investigaciones realizadas durante la maestría referentes al subsistema fraterno, observamos que los hermanos atraviesan por etapas muy particulares y con características específicas relacionadas con la etapa de desarrollo en la que se encuentran; consideramos que este producto puede ser de utilidad para consulta y referencia de otros terapeutas familiares que se interesen en el tema de fraternidad y en el tema de discapacidad.

A continuación se presentará la descripción y justificación de dichos trabajos.

#### 3.1.1 Traducción de artículo “Formulación de Hipótesis: El Enfoque de Milán Revisitado” de Valeria Ugazio.

##### *Descripción de la actividad*

Como parte de mi formación realicé la traducción del artículo *“Hypothesis making: The Milán approach revisited”* (Ugazio, 1985). A continuación presenté un breve resumen del contenido del artículo:

*Resumen*

Formulación de Hipótesis: El Enfoque de Milán Revisitado  
Valeria Ugazio  
Traducido por Cintia Aguilar Delgadillo

Ugazio propone en este artículo una revisión del principio de Hipotetización en base a algunas consideraciones teóricas sugeridas al examinar lo referente a la intencionalidad y la inferencia del significado. De este modo la autora sugiere utilizar los aspectos semánticos de la comunicación atendiendo a los esquemas de explicación usados por los miembros de la familia para interpretar su propia interacción conductual y la de los otros, esto posibilita observar la función directa del principio de hipotetización en la inducción del cambio terapéutico, al igual que un rol diferente y abarcativo en la conducción de la sesión terapéutica.

La hipótesis sistémica es considerada útil en el proceso del cambio, pues permite al terapeuta conectar con el sistema familiar sin ser absorbido por éste, pues al tiempo que se une al sistema familiar, el contraste de las explicaciones sistémicas con las explicaciones familiares impide la coherencia en la lógica del sistema familiar preservando el cambio.

Como conclusión, la revisión de la metodología propuesta en este artículo implica un cambio radical, en el que la parte central de la terapia cambia de la intervención final a la entrevista misma. Al asignar a la entrevista el papel de inducir el cambio, no sólo reduce la importancia de la prescripción final, sino que las etapas del proceso se vuelven menos rígidas. Asimismo la atención que se da al significado del problema basado en la concepción de formulación de hipótesis de Ugazio, se aleja de la posición teórica implícita en Watzlawick et al. (1967), pues son explicaciones estructuralmente diferentes de los esquemas explicativos basados en el sentido común. Por otro lado difieren al hacer uso de formas de explicaciones que incluyen al menos tres personas, y descubre un campo de temas complejos que no podrían haber sido confrontados mientras el foco de análisis se mantenía exclusivamente en la conducta manifiesta. La propuesta sobre el significado en la terapia sistémica puede ser vista como un regreso a ciertos temas del pensamiento original de Bateson.

### *Justificación*

El artículo presentado fue traducido dentro del marco teórico-conceptual de la asignatura del Modelo de Milán, dicho artículo fue utilizado como material de lectura para la clase del Modelo de Milán durante el tercer semestre, por lo que decidí presentarlo como producto tecnológico, ya que considero que fue útil en mi formación y lo será para futuras generaciones de terapeutas, pues es usado actualmente en la Residencia en Terapia Familiar.

### *Referencia*

Ugazio V. (1985) Hypothesis making: The Milán approach revisited. *En Campbell D. y Draper R. Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach* . Florida, E.U.: Grune and Stratton.

#### 3.1.2 Propuesta sobre “Ciclo vital fraterno y las similitudes y diferencias en grupos de hermanos con un miembro con discapacidad”

### *Descripción de la actividad*

Derivado de la investigación realizada bajo la metodología cualitativa “*Percepción de la relación fraterna cuando uno de su miembros padece una discapacidad intelectual*” y de la elaboración del taller de intervención comunitaria “*Enlazando hermanos, uniendo familias*”. Realicé en colaboración con Alma G. Aguilar Segura el planteamiento de una propuesta sobre **Ciclo vital fraterno**, haciendo una comparación de las similitudes y diferencias existentes entre grupos de hermanos sin miembros con discapacidad y grupos de hermanos en donde está presente la discapacidad.

### *Justificación*

Tomando en consideración lo revisado durante la Maestría en los diferentes modelos, una constante que observábamos es el peso que se da a los padres o al sistema familiar en general al hacer las intervenciones, quedando descuidado el subsistema fraterno; de ahí nació nuestro



interés por profundizar en lo que sucede entre hermanos y los recursos que se podrían utilizar dentro del trabajo clínico. Al profundizar en el tema detectamos que así como la familia atraviesa diferentes etapas en las que es necesario reajustarse y reorganizarse para lograr adaptarse a ellas y seguir avanzando; con los hermanos sucede algo similar, ya que como grupo van evolucionando de acuerdo a sus etapas de desarrollo, es así que identificamos características particulares en cada una de esas etapas, las cuales nos permitieron hacer una comparación con lo sucedido en los grupos de hermanos que tienen un miembro con discapacidad, resaltando similitudes pero también diferencias conforme se va avanzando en esas etapas.

Consideramos que este material puede ser de ayuda para mirar de manera diferente al subsistema fraterno, lo cual dentro del trabajo clínico puede ser un recurso importante para detectar, analizar y reflexionar sobre ciertos procesos que pueden ser utilizados para un mejor desarrollo del proceso terapéutico; de tal manera que se pueda centrar, por momentos, la mirada sólo a los hermanos; pero que también facilite relacionarlo con lo que sucede con el sistema familiar en general o con cada uno de los otros subsistemas.

A continuación se presentará un cuadro que sintetiza la propuesta.

Figura 16. Ciclo vital fraterno



### 3.2. Programa de intervención comunitaria

Uno de los objetivos de la Residencia en Terapia Familiar es formar terapeutas que sean capaces de identificar las características de los problemas psicosociales que aquejan a la población que consulta, con respecto a situaciones que se viven cotidianamente y que pueden estar generando conflictos en los individuos y/o las familias, la repercusión de esto en el contexto social, o bien del contexto sobre los individuos y/o familias.

Con lo anterior, se pretende mostrar que el trabajo de los terapeutas familiares no se reduce a un aspecto clínico, sino que es necesario que se busque su difusión acercándose a las comunidades, para colaborar con ellas en la prevención e intervención de los problemas que las aquejan.

Por esta razón, elaboré junto con Alma Aguilar el taller ***“Enlazando hermanos, uniendo familias”***, con el propósito de resaltar la importancia del subsistema fraterno en la dinámica familiar cuando uno de los miembros presenta alguna discapacidad intelectual. A continuación se presentará la descripción y justificación de dicho taller.

#### 3.2.1. Taller: “Enlazando Hermanos, Uniendo Familias”

##### *Descripción del taller*

Se derivó de la investigación cualitativa hecha durante la maestría *“Percepción de la relación fraterna cuando uno de sus miembros padece una discapacidad intelectual”*; la cual surgió de la observación e investigación con respecto a que las familias que viven la discapacidad pertenecen a un rubro marginado de nuestra sociedad y que dentro de esas familias, el subsistema fraterno ha sido casi abandonado; centrándose con mayor empeño en el subsistema parental y conyugal (ya que es en ellos en donde recae la mayor responsabilidad), aún cuando el tema de la discapacidad es algo que moviliza a todos los miembros de diversas maneras incluyendo a los hijos, pues ellos también deben reorganizarse para la inclusión del hermano y los cambios en la relación con sus padres.

El taller fue diseñado para aplicarse a los padres de familia de la Asociación Civil PACOS, (ubicada en Naucalpan, Edo. de México) ya que fue la institución que nos permitió aplicar la investigación, por lo que se formó un compromiso de compartirles los resultados obtenidos en ella; los cuales dieron forma a nuestro taller.

*Justificación*

Informar a los padres de familia los resultados obtenidos en la investigación, pero además evidenciar el recurso del subsistema fraterno en las familias y específicamente en las familias con un miembro con discapacidad.

*Programa****“Enlazando hermanos, uniendo familias”***

Duración: 8 horas

No. de sesiones: 2

No. mínimo de participantes: 5

No. máximo de participantes: 15

Dirigido a: Padres de familia

*Objetivo General*

Identificar la importancia del fortalecimiento de las relaciones fraternas para el mejoramiento de la dinámica familiar.

*Objetivos específicos*

- ▣ Informar sobre las áreas que conforman las relaciones fraternas.
- ▣ Informar e identificar las etapas del ciclo vital de la familia y del ciclo vital fraterno.
- ▣ Identificar las fortalezas y áreas de desarrollo del hijo con discapacidad y cómo pueden colaborar los hermanos regulares en el fortalecimiento de éstas.
- ▣ Concientizar sobre la importancia de integrar a los hermanos con discapacidad a las actividades de los hermanos regulares como un recurso para el fortalecimiento de la relación.
- ▣ Extraer conclusiones sobre las diferentes formas que existen de una relación fraterna

Tabla 5. Tabla de contenidos temáticos del taller “*enlazando hermanos, uniendo familias*”

<b>Contenidos</b>
1. Familia
1.1 Funciones de la familia
1.2 Organización Familiar (Subsistemas)
1.3 Tipos de Familia
2. Fraternidad
2.1 Importancia del subsistema fraterno
2.2 Actitudes y sentimientos presentes en las relaciones fraternas
2.3 Resignificación de las relaciones fraternas
3. Ciclo vital de la familia
3.1 Ciclo vital del ser humano
3.2 Ciclo vital de la familia
3.3 Importancia de los cambios
3.4 Repercusiones familiares en la no aceptación del cambio
4. Ciclo vital fraterno
4.1 Etapas de desarrollo (infancia, adolescencia y adultez)
4.2 Ciclo vital fraterno (diferencias entre etapa infantil, adolescente y adulta: dentro del grupo fraterno)
4.3 Diferencias y similitudes en los grupos fraternos, en cada una de las etapas, cuando hay un miembro con discapacidad.
5. Familia y discapacidad
5.1 Discapacidad
5.2 Impacto de la discapacidad en el contexto familiar
5.3 Impacto y entendimiento de la discapacidad en los hijos regulares
5.4 Fortalezas y áreas de oportunidad en los hijos con discapacidad
5.5 Futuro de la familia con discapacidad
5.6 Toma de decisiones

### *Resultados*

Consideramos que un logro importante al aplicar el taller, en esta población, fue el que se consiguió introducir información nueva a los participantes; la cual favoreció a que cada uno de ellos eligiera, de manera libre, la manera en que deseaban utilizarla; es decir, determinar si deseaban hacer un ajuste en su dinámica familiar incluyendo a todos o algunos de los miembros de su familia y la manera en cómo debían hacerlo; o bien, permanecer con la dinámica que hasta hoy llevaban responsabilizándose de la decisión que estaban tomando. Por otro lado, se logró hacer la resignificación del “*ser hermano*”, buscando desetiquetar, lo más posible, a la discapacidad y los miembros de la familia que viven en este contexto.

Como facilitadoras, se logró conjuntar la parte de la investigación y la aplicación del taller, se conoció y escuchó, de cerca, las múltiples experiencias que han tenido los participantes al vivir esta situación; y las diferentes voces que hablaron y se fueron transformando al escuchar, compartir, analizar, reflexionar, comparar y ver las diferentes maneras que existen de vivir un evento; incluyéndonos en esto.

Como punto final fue la creación de otro taller, dirigido a los hermanos de los chicos con discapacidad.

### **3.2.2. Foros académicos**

Es esencial que los estudiantes no sólo desarrollen proyectos de investigación, sino también la difusión de dichos estudios, por lo que es importante la asistencia a congresos nacionales e internacionales como ponentes en mesas temáticas y expositores de carteles. Asimismo es relevante la actualización de los estudiantes en formación, por lo que se promueve la asistencia a seminarios y cursos impartidos por representantes de diversos modelos dentro del enfoque sistémico.

#### 3.2.2.1. Asistencia

Durante mi formación en la residencia en Terapia Familiar, asistí a diferentes cursos y seminarios, que me permitieron informarme respecto a los avances y trabajos realizados en la disciplina, así

como conocer y escuchar de viva voz las propuestas de algunos de los principales representantes de los modelos revisados en la residencia.

A continuación mencionó dichos cursos y seminarios:

- *Seminario Diferentes Normalidades*. Impartido por la Dra. Laura Fruggeri. Representación en México del Centro Milanés de Terapia Familiar. México, D.F. 20-21 Mayo 2011. Duración 16 Hrs.
- *Familia y Discapacidad*. Impartido por la Dra. Laura Fruggeri. Representación en México del Centro Milanés de Terapia Familiar. México, D.F. 19 Mayo 2011. Duración 4 hrs.
- *La investigación como proceso relacional en las diferentes configuraciones familiares*. Impartido por la Dra. Laura Fruggeri. Representación en México del Centro Milanés de Terapia Familiar. México, D.F. 19 Mayo 2011. Duración 4 hrs.
- La entrevista Clínica. Impartido por el Dr. Karl Tomm. Grupo Campos Elísesos. México, D.F. 4-5 Marzo 2011. Duración 13 hrs.
- Congreso Internacional en *“Terapia Breve y Familiar: Alternativas en Psicoterapia. Los caminos que se encuentran”*. Centro de Terapia familiar y de Pareja. Puebla, México. 28-31 Octubre 2010.
- *Alternativas de manejo con la familia del adolescente con problemas de adicción*. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. México D.F. 27-30 Julio 2010. Duración 20 hrs.
- *Autoestudio de las Emociones*. Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F. 28 Junio- 2 Julio 2010. Duración 35 hrs.
- *Salvador Minuchin: su trabajo hoy*. Impartido por Salvador Minuchin. ILEF. México, D.F. 12 Junio 2011. Duración 12 hrs.
- Primer Simposium de Psicología y Discapacidad del CRIT Estado de México, *“El niño con discapacidad y su familia: Distintas Miradas”*. Tlalnepantla, Edo. México. 21 Mayo 2010.
- *Terapia breve del siglo XXI: La improvisación creativa para el cambio*. Impartido por los Dr. Bradford Keeney y Dr. Wendel Ray. CAIPSI y AFIPPSI. México, D. F. 15 Mayo 2011. Duración 21 hrs.

- *Terapia Dialógica*. Impartido por Dr. Paolo Bertrando a través de la representación en México del Centro Milanés de Terapia Familiar. México D. F. Octubre 2009. Duración 16 hrs.

#### 3.2.2.2 Presentaciones

A lo largo de mi estancia en la Maestría asistí como ponente y expositora de carteles de las investigaciones realizadas con metodología cuantitativa y cualitativa en algunos Congresos Nacionales, los cuales se mencionan a continuación:

Primer Congreso de Alumnos de Posgrado. Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Estudios de Posgrado. Ciudad Universitaria. Mayo, 2011

- Ponente “Percepción de la relación fraterna entre hermanos cuando uno de ellos padece alguna discapacidad cognitiva”

XII Congreso Nacional de Terapia Familiar: Complejidad, Diversidad y Familia. Tlaxcala, México. Febrero, 2011

- Ponente “Percepción de la relación fraterna entre hermanos cuando uno de ellos padece alguna discapacidad cognitiva”
- Expositora del cartel “Elaboración de un instrumento de Evaluación de Funcionalidad en el subsistema fraterno”.
- Expositora del cartel “Funcionalidad familiar y estilos de amor en Universitarios”.

IV Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM. México, D.F. Septiembre, 2010.

- Ponente “Funcionalidad familiar y estilos de amor en universitarios”.



#### 4. Habilidades de compromiso ético

El programa de Maestría en Terapia Familiar da un papel relevante al desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, que promuevan el respeto, la confidencialidad y compromiso con las necesidades de los consultantes. Del mismo modo se alienta a los estudiantes a respetar y tolerar diferencias referentes a enfoques, disciplinas, colegas e instituciones.

La formación invita a la reflexión y trabajo personal del terapeuta a través del seminario de integración, el cual ayuda a reflexionar sobre los prejuicios del terapeuta trabajando con representaciones de su familia de origen (constelaciones familiares y simulaciones de sesiones terapéuticas). Asimismo cada estudiante cuenta con un tutor que se encarga de estar monitoreando el desempeño de su tutorado a través de asesorías que permiten abordar y discutir temas sobre dudas no sólo referentes a lo académico sino también temas relacionados con la persona del alumno, como lo es el llegar a sugerir acudir a un proceso terapéutico personal.

Durante la formación también se hace una revisión del Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (1997, 3 de diciembre) del cual presenta 8 rubros importantes a cubrir como terapeutas de pareja y de familia. Buscando en todo momento mantener coherencia con el aprendizaje y la intervención terapéutica.

Figura 17. Cuadro de código ético

Código ético	Residencia en Terapia Familiar Novena generación
<p>1. <b>Responsabilidad con los pacientes.</b> Los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar acabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada.</p>	<p>En todo momento se buscó atender a las familias en las fechas y horarios establecidos, así como atender las demandas o motivos de consulta de la manera más adecuada. E incluso se derivó en ocasiones a otras instituciones cuando se requirió. Como instituciones especializadas en violencia (refugios para la mujer violentada). El equipo terapéutico a pesar de no estar a cargo del caso también se involucraba, generando alternativas para la problemática de la familia, ya que al inicio se explicaba a los asistentes la participación del equipo en el proceso.</p>
<p>2. <b>Confidencialidad.</b> Los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, ya que en una relación terapéutica el paciente puede ser más de una</p>	<p>Al inicio de todo proceso terapéutico, se explicaba a las familias e individuos, que lo comentado en sesiones, es confidencial. Y en las sedes de la UNAM se expresaba también de manera escrita. Explicando</p>

personas. Los terapeutas deberán respetar y reservarse las confidencias de cada uno de los pacientes.	además que en caso de ser utilizada dicha información, sólo sería con fines didácticos y académicos, pero respetando siempre la identidad de las personas.
3. <b>Capacidad e integridad profesional.</b> Los terapeutas deberán conservar un alto nivel de capacidad e integridad profesional.	Los profesores ponen un gran énfasis en la capacitación teórica de los estudiantes, para adquirir las herramientas de intervención. Así como la identificación de prejuicios y emociones personales que limiten el proceso terapéutico de las familias. Asimismo promueven la investigación y exploración de las temáticas específicas de la familia.
4. <b>Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados.</b> Los terapeutas no deberán abusar de la confianza y dependencia de estudiantes, supervisados o quienes dependan de ellos en el proceso de enseñanza-aprendizaje e investigación.	Los profesores actúan con ética al asumir responsabilidad ante el proceso de enseñanza y supervisión, pero no imposición, en las intervenciones terapéuticas, ya que son flexibles al permitir la escucha y validar las opiniones de los estudiantes.
5. <b>Responsabilidad con los participantes de investigaciones.</b> Los investigadores deberán respetar la dignidad y proteger el bienestar de los participantes en la investigación y estar conscientes de las leyes y reglamentos federales y estatales, así como de los estándares profesionales que deban regir la conducta de los investigadores.	En las investigaciones realizadas se buscó en todo momento respetar la dinámica familiar y la identidad de las familias. De manera que los datos obtenidos se generalizaron. Y se tuvo especial cuidado en explorar y no realizar intervenciones terapéuticas, puesto que no era un proceso terapéutico.
6. <b>Responsabilidad a la profesión.</b> Los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión.	Se asistió a congresos que implican relacionarse con colegas de otras instituciones, intercambiar y compartir, aprendizajes y conocimientos.
7. <b>Arreglos financieros.</b> Los terapeutas deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios, y deberán verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional.	Al iniciar el proceso terapéutico, se explicaba el costo de las sesiones, y se exploraba si les era posible pagar dicha cantidad a las familias (cuotas económicas físicas). De no ser así se les permitía pagar lo que estuviera en sus posibilidades.
8. <b>Publicidad.</b> Los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas, es decir que representen y correspondan a las licencias y títulos académicos obtenidos.	Al realizar las investigaciones y talleres en intervención comunitaria, la publicidad reflejaba, el tema a tratar, los costos, así como la persona que impartiría o dirigía la actividad, es decir terapeutas en formación, y con el título de licenciatura.

Nota. El cuadro describe los elementos del código ético identificados por la autora en la práctica clínica en sus diferentes modalidades y contextos durante la formación en el programa de Maestría y Doctorado.

Algunos de los dilemas éticos que considero enfrenté como terapeuta en formación y como parte del equipo terapéutico son:

- Respetar los motivos de consulta, y los tiempos de las familias para aceptar el cambio, pues en ocasiones se miraban situaciones más complejas y de urgencia del motivo de consulta, pero que quizá aún no eran contempladas en el sistema de creencias de la familia, tal como ocurre en los casos de violencia y adicciones, en dónde las intervenciones y avances suelen ser fluctuantes, por lo que se requiere un trabajo personal del terapeuta ante dichos eventos.
- Identificar cuando la familia requiere un proceso más psicoeducativo que terapéutico.
- El compromiso que adquirí con las familias y consultantes fue primordial, más allá del ámbito académico, por lo tanto para mí fue importante continuar los procesos terapéuticos a pesar de la conclusión de la formación, lo cual considero es un aspecto importante de las responsabilidades de la profesión, pues al terminar la maestría ingresé a trabajar, pero para mí fue de vital importancia coordinar mis horarios para poder concluir el proceso terapéutico.
- La tolerancia ante las etiquetas y diagnósticos en la práctica terapéutica y profesional ya que en ocasiones al escuchar que limitaban los recursos de las personas a partir del diagnóstico, generaba en mi malestar e impotencia, por lo que requerí fortalecer la tolerancia para no imponer, pero sí promover alternativas y expresar mi postura.
- El atender las demandas de las familias más allá de los procesos institucionales. Lo cual es complicado, pues me di cuenta que cuando me exigían determinado resultado, dejaba de ser útil a la familia, pues me sentía presionada.
- Diferenciar las problemáticas institucionales, del trato a las familias y consultantes. Así como decidir si continuar laborando o concluir antes de que el ambiente laboral permeara en mi ejercicio profesional. Es decir atender mis propias necesidades para ejercer de manera ética y profesional, fue un gran dilema ético para mí.
- La formación y actualización constante en congresos y seminarios ha sido vital en mi ejercicio profesional, ya que considero que el limitarte a un sólo contexto, limita y sesga las posibilidades de intervención como profesional de la salud.

---

## CAPITULO CUATRO

### IV. CONSIDERACIONES FINALES

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

El programa de formación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, de la UNAM, promueve el desarrollo de las siguientes habilidades y competencias profesionales:

##### I. Habilidades Teórico conceptuales

Durante la formación se lleva a cabo la revisión de la Historia de la Terapia Familiar, su epistemología y los principales modelos desarrollados a lo largo del tiempo. Dicha revisión me permitió tener un panorama amplio de lo que implica ser un terapeuta sistémico, es decir no implica sólo adquirir conocimiento teóricos y prácticos, en cuanto a técnicas de intervención terapéutica, sino implica un conocimiento de nuestra propia epistemología y las epistemologías alternas (Modelos terapéuticos) para identificar qué modelos son más afines a tu persona, pues para hacer terapia se requiere de sentirse cómodo y creer en lo que uno dice y hace dentro del espacio terapéutico.

Es decir la revisión teórica permite tener una gran gama de abordajes, lo cual brinda un panorama más allá de causalidades y patologías, y se dirige hacia alternativas y recursos que permitan a las familias evolucionar y adaptarse a las nuevas condiciones de vida que se presenten. De este modo también se privilegian las necesidades de las familias y no se impone a la familia un modelo teórico sino se ponen los modelos al servicio de las familias.

Los principales modelos terapéuticos revisados fueron: Modelo Estructural, Modelo estratégico, Terapia breve centrada en los problemas, Terapia breve orientada a las soluciones, Modelo de Milán, Terapia Narrativa, Equipo reflexivo y Enfoque colaborativo. Los cuales forman parte del programa, sin embargo también se incluyó la revisión de la perspectiva de género.

Es así que mi pasaje por la revisión teórica es análogo al proceso de la evolución de la terapia familiar, pues fue un transitar de modelos muy estructurados y por momentos rígidos hacia modelos con mayor flexibilidad que validan las múltiples voces y saberes, dando seguridad a mi manera de intervenir. Dicha situación me pareció útil y eficiente, tal como refiere Minuchin (2006) *“el entrenamiento en la terapia de familia debe ser una enseñanza de técnicas que el discípulo olvidé después de que las dominó”*, pues al inicio se requiere la estructura, conocimiento de teoría y técnica, ya que te da seguridad, pero al paso del tiempo se necesita flexibilidad para realmente escuchar a las familias y sus necesidades.

Por último pero no menos importante me gustaría enfatizar la importancia de la revisión epistemológica, la cual tuvo un gran peso en la novena generación de terapia familiar en la UNAM, pues debido a las dudas expresadas por el grupo, se dio un segundo semestre para fortalecer lo referente a la epistemología de la terapia familiar. Situación que me permitió dimensionar el papel fundamental de esta, pues más que aprender a ser técnicos en terapia familiar, se convierte en una filosofía de vida el pensamiento sistémico, que sin duda se refleja en los distintos contextos terapéuticos, es decir antes de juzgar o aplicar técnicas de intervención es importante contextualizar.

## II. Habilidades clínicas, detección ,evaluación y tratamiento

El programa de la residencia en terapia familiar me permitió iniciar la práctica clínica a partir de mi persona, es decir identificar, conocer y aclarar cuestiones familiares que en algún momento podrían intervenir en mi práctica clínica, así como en las propias experiencias de mis compañeros con sus respectivas familias. De este modo antes de intervenir en las distintas sedes de práctica, se realiza un arduo trabajo personal, que me permitió conocerme más, y de esta manera tener mayor sensibilidad y escucha hacia los consultantes, pues conoces de cerca lo que implica hablar de ti mismo a los demás y sobretodo de temáticas muy personales. Asimismo te permite identificar si requieres de un proceso terapéutico personal.

La formación y entrenamiento en las distintas supervisiones me permitió identificar la importancia de la resonancia terapéutica, es decir, a hacer caso mis emociones para evaluar en qué momento es apropiado intervenir o reservarme algún comentario.

Me di cuenta que para evaluar la dinámica familiar no es indispensable hacerlo a través de instrumentos o pruebas psicológicas, sino la interacción y la manera de relacionarse de las familias brinda información suficiente, para conocer la dinámica familiar y por lo tanto el tratamiento.

Los distintos contextos (sedes clínicas) me permitieron conocer diferentes maneras de trabajar, para poner en práctica lo aprendido, pero también identificar mis recursos personales, algunos de los cuales pasaban desapercibidos para mí, tales como el poder de concentración, pues en el Hospital Psiquiátrico, los espacios para realizar terapia no eran suficientes y el espacio era cambiante, en ocasiones me tocó realizar terapia en un consultorio, en un salón e incluso en las jardineras, donde nunca imaginé hacer terapia, pero noté la gran necesidad de las personas de ser escuchadas y encontrar alternativas a sus dificultades y en donde lo que menos importa es el espacio físico.

Conocí diversas modalidades de hacer terapia, ampliando mi panorama al respecto donde hoy sé que no hay un límite, sino el límite está en la mirada de quien la practica. Trabajé en co-terapia, como terapeuta titular, como parte del equipo terapéutico, con equipo reflexivo y como parte del equipo reflexivo. Asimismo trabajé con personas no presentes físicamente pero si a través de cartas o tareas que enviaban.

La supervisiones se realizaron también de múltiples maneras: observación en vivo en cámara de gessel, narrada y videograbada. Cada una favoreciendo distintos recursos personales, algunos la concentración para atender las demandas, observaciones, sugerencias del equipo y supervisor, otras tomando decisiones a pesar de las dudas y favoreciendo la capacidad de análisis y síntesis para poder describirlas al supervisor y tratar de transmitir lo experimentado y observado en sesión.

Tal como ocurrió a nivel teórico, la intervención terapéutica tuvo una evolución al paso de los semestres, donde al inicio la práctica se centraba en implementar las técnicas aprendidas y tratar de encuadrar lo sucedido en sesión con algún modelo o teoría, para posteriormente dar paso a la espontaneidad.

### III. Habilidades de investigación y enseñanza

Mi transitar por la investigación al inició se debió al compromiso con CONACYT, pero después se volvió curiosidad personal y compromiso social. Ya que las temáticas de fraternidad se volvieron un tema relevante para mí y mis compañeras de investigación (Alma Griselda Aguilar Segura y Araceli Durán Rivera). En mi caso, desconocía el recurso tan útil que es el subsistema fraterno y el impacto en los diferentes contextos relacionales de las personas.

Las investigaciones realizadas se explican con mayor detalle en el capítulo 3, por tal motivo en este apartado sólo explicaré el impacto que tuvo cada una de ellas en mí, en mi ejercicio profesional y el impacto social y laboral que puedo evidenciar hasta el momento.

1. Me llevó a pensar lo importante que es atender al lenguaje analógico. Pues el código de esquema dimensionó para mí el papel de la interacción y la observación, donde más que pruebas o instrumentos psicométricos en el espacio terapéutico, se vuelve indispensable atender al lenguaje en sus diferentes niveles de comunicación.
2. Me invitaron a pensar en lo importante que es no categorizar en positivo o negativo, pues nosotros categorizábamos las conductas en el código de esquema como positivas o negativas, para saber si las relación fraterna era funcional o disfuncional, pero nos dimos cuenta que eso no determina cómo es la relación, sino es importante contextualizar esas conductas para poder entenderlas.
3. Me di cuenta de lo subvalorado que está el subsistema fraterno y la importancia de atenderlo y fortalecerlo, como un recurso en las familias ante algunas situaciones generadoras de tensión en la familia (divorcio, separación, enfermedad, discapacidad).
4. El realizar investigación también me enseñó a tener especial cuidado por el impacto que puede tener nuestra intervención (acercamiento a la población a estudiar) y por lo tanto la importancia de regresar algo de lo mucho que nos brindan las personas que participan. Es así que en la investigación cualitativa realizamos un taller para las familias que participaron, para informarle acerca de los hallazgos, pero también de las necesidades que identificamos tenía la población.
5. Aprendí que mi experiencia personal, puede ser útil a otras personas, no como imposición, pero si como acompañamiento y entendimiento, pues mi participación como

investigadora (*Percepción de la relación fraterna cuando uno de los miembros padece alguna discapacidad*) y facilitadora del taller (*enlazando hermanos uniendo familias*), me hizo reflexionar sobre mi historia personal (hermano con discapacidad), ya que el escuchar a los padres me permitió comprender y conocer la propia experiencia de mis padres; el escuchar a los hermanos de una persona con discapacidad, saber y entender que mis dudas y emociones no eran únicas, ni extrañas. De este modo me pareció fundamental compartir lo aprendido y encontrado en la investigación.

6. Aprendí trabajar como un verdadero equipo y me atreví a enfrentar uno de mis más grandes temores, compartir los hallazgos en congresos a través de ponencias, carteles y talleres.
7. Aprendí a realizar investigación cualitativa y evidenciar sus alcances, pues mi experiencia previa se relacionaba con estudios cuantitativos. Los alcances se explican en los puntos ya antes mencionados, es decir, en mi persona, mi ejercicio profesional y en lo social.

#### IV. Habilidades de prevención

La formación como terapeuta familiar, no sólo se centra en aspectos teóricos y desarrollo de habilidades terapéuticas, sino de mirar el contexto e identificar demandas sociales para poder incidir y favorecer la salud mental de la población a distintos niveles y ámbitos.

Es así que las investigaciones y talleres realizados durante la residencia, no sólo impactaron en el conocimiento de las propias investigadoras, compañeros y profesores de la Maestría, pues las temáticas abordadas han incidido en diferentes contextos tales como:

- Los talleres de hermanos se han impartido en varios contextos. El primer lugar donde se impartió fue en la Asociación civil PACOS, donde se realizó la investigación, se informó a los padres y al personal de la institución sobre los hallazgos, y se promovió la reflexión acerca de los reajustes en la organización familiar de acuerdo a la etapa del ciclo vital familiar, además se enfatizó el recurso del subsistema fraterno dentro del sistema familiar. Asimismo se ha impartido con hermanos en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Cd. De México, identificando, evidenciado y normalizando las emociones experimentadas



en los hermanos sin discapacidad cuando existe un miembro con discapacidad en el subsistema fraterno.

- **Congresos.** En los congresos se han compartido las investigaciones a través de ponencias y carteles, con la pretensión de invitar a los terapeutas familiares a dimensionar el recurso del subsistema fraterno y por lo tanto no subvalorarlo.
- **Conferencias.** Se han impartido conferencias con la temática de Familia y Discapacidad en instituciones como el ISSSTE, Feria del libro de la UNAM y el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, con el objetivo de sensibilizar e informar a los profesionales de la salud (médicos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros) sobre cómo abordar e intervenir el impacto que tiene la discapacidad en las familias. Así como informar a la población en general, para favorecer espacios de acompañamiento en dicho proceso que permita identificar recursos y necesidades de cada individuo y cada familia.

Antes de entrar a la formación realicé talleres en Centros Comunitarios y me parecía de suma importancia, por lo que mis expectativas en el área de prevención eran grandes. Las expectativas fueron superadas pues se amplió mi panorama de la prevención, es decir no sólo limitarlo a talleres, sino las conferencias también permiten compartir conocimiento, que favorece la reflexión, sensibilización e información acerca de temas poco difundidos, como lo es el de los hermanos.

#### V. Ética y compromiso social

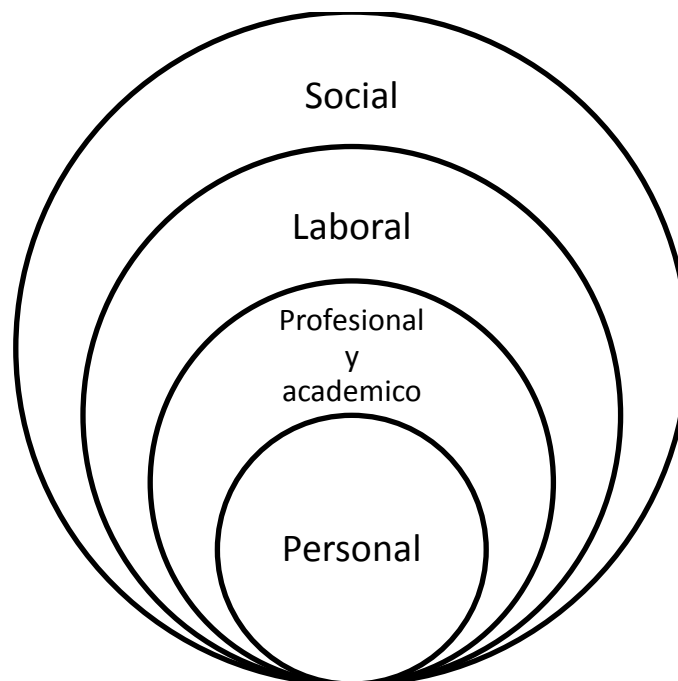
Al escribir le presente capítulo me doy cuenta qué tan presente estuvo la ética a lo largo de mi formación, en el capítulo 3 desglosé a detalle los aspectos éticos que identifiqué a lo largo de la formación como terapeuta familiar. Sin embargo dicho ejercicio me permitió ver que todo este aprendizaje fue implícito, es decir nunca hacemos un análisis en cada modelo, ni en las supervisiones sobre los aspectos éticos tal cual. Por lo que creo que sería un factor importante a agregar en las asignaturas o incluso en las consideraciones finales de cada modelo. Pues tras la revisión, veo lo fundamental que es tener presente la ética. Asimismo me di cuenta que mi actuar, el de los profesores y mis compañeros está dentro de los marcos éticos, lo que me brindó un gran aprendizaje que se reflejó en mi ejercicio profesional y en la toma de decisiones después de

concluir la formación, por lo que me pregunto qué tan grande sería el impacto si se hiciera mayor énfasis en este tema.

## 2. Incidencia en el campo Psicosocial

El impacto que ha tenido la formación ha sido en diferentes niveles y contextos (ver Figura 18):

Figura 18. Esquema de la incidencia Psicosocial de la novena generación de la Maestría en Terapia Familiar en la Facultad de Psicología, UNAM



La figura 18 refleja el impacto que ha tenido la formación en lo psicosocial. En primer lugar el impacto ha sido a nivel personal, donde prejuicios, premisas familiares y sociales han sido cuestionados, tales como los roles de género, el estereotipo de familia, diagnósticos, rol del terapeuta y verdades únicas; Lo académico se transformó, pues pensaba que yo aprendería de los profesores y el impacto de la terapia dependería de mi astucia, es decir si éstas eran exitosas o no. Sin embargo las jerarquías y saberes se convirtieron en horizontales, donde el respeto y admiración hacia los profesores representó una decisión personal y no una imposición, de manera que se reflejó una admiración hacia la coherencia que existe en ellos como personas y profesionales. Lo anterior me invitó a sentirme a gusto con la terapia, a ser yo, y no tener que

transformarme para poder ser una psicoterapeuta. Asimismo a valorar la experiencia de las familias que desde mi punto de vista es lo que me ha permitido desarrollarme profesionalmente; en lo laboral se refleja lo anterior, es decir un ejercicio profesional más allá de la obligación, donde existe un interés genuino que permite escuchar demandas familiares, generar alternativas en conjunto y brindar a las familias sentido de agencia ante el cambio, así como valorar su experiencia y evidenciar la importancia de su aporte en mi persona y desarrollo profesional. En el trabajo en equipo y multidisciplinario también se ha visto reflejado, pues me ha permitido respetar puntos de vista, pero también cuestionar verdades impuestas en beneficio de la institución y no de las familias, que quizá ha generado tensiones, pero también me ha permitido escucharme y expresar mi postura. Buscar constantemente la coherencia entre valores éticos y coherencia profesional, que sin duda impacta en la relación entre los compañeros, las cuales han sido favorecedoras y se han establecidos relaciones más allá de lo laboral, llegando a la amistad; por último me parece que el impacto en lo social se relaciona en una mirada distinta de la psicología y el papel del psicoterapeuta, pues las familias se dan cuenta de su participación en el proceso de cambio y la gran contribución que tienen sus experiencias, para producir conocimiento, favorecer la prevención y el proceso de cambio de otras familias y psicoterapeutas.

De manera específica mencionaré tres poblaciones donde considero se ha visto a mayor escala la incidencia de mi formación como terapeuta familiar en el ámbito laboral: 1) Adolescentes y sus familias en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” consumidores de sustancias psicoactivas, en tratamiento ambulatorio y residencial en el área de PADEIA; 2) Adolescentes en conflicto con la Ley y sus familias, en la Dirección General de Tratamiento para Adolescentes, de la Subsecretaría del Sistema Penitenciario del Distrito Federal; 3) Con niños de 0-4 años y sus familias en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón. Cada uno de estos lugares cuenta con años de experiencia en el trabajo terapéutico, pero dicha situación vicia y sesga las intervenciones de los psicólogos, médicos, abogados, trabajadores sociales, entre otros profesionales que centran y limitan la búsqueda de recursos y alternativas de cambio de una manera causal, pues parecieran tener pocas expectativas en el cambio y mirar más las etiquetas en dichas poblaciones, es decir, “el adicto”, “el ratero”, “el discapacitado”, “el enfermo” etc. Es así que una mirada sistémica desde mi punto de vista, enriquece la búsqueda de alternativas, pues antes de diagnosticar, juzgar y calificar, contextualiza la situación y se mira a la persona más allá de la etiqueta.

De este modo, la relación que establezco con las familias, compañeros y profesores, va más allá de posturas jerárquicas y roles establecidos o definidos, pues me he interesado por participar en diversas actividades que no sólo se relacionan con lo terapéutico, si no con la investigación, asistencia a congresos, participar en actividades de vida cotidiana (jornadas Seduvi, compartir un domingo en una casa de medio camino, visitas a museos, jornadas de salud), talleres y supervisión de casos con psicólogos de distintas corrientes y enfoques en psicología.

### **3. Reflexión y análisis de la experiencia**

En los puntos antes explicados he descrito lo que hasta el momento alcanzo a mirar de mi actuar y el impacto que ha tenido en mi la formación como terapeuta familiar. Es así que tras escribir este capítulo he dimensionado el gran impacto en mi persona y mis relaciones, lo cual ni siquiera imaginaba a mi ingreso, pues sólo implicaba para mí un reto académico que favorecería mi desarrollo profesional.

Al inicio, la Maestría en Terapia Familiar reflejaba un gran logro, pues a diferencia de un año anterior, en el 2009 había pasado el proceso de selección para el ingreso y fue distinta mi experiencia al conocer la lista de seleccionados, pues en esta ocasión si formaba parte de la generación que estaba por ingresar, “la novena”. Dicha situación considero impactó en mi y varios de mis compañeros, pues algunos postulamos más de una vez para ingresar, lo cual se reflejó en las ganas de aprender, interés y disposición continua, que en su momento fue una crítica, pues parecíamos inexpertos y poco críticos para los profesores.

En el primer semestre me recuerdo con una disposición total pero con un inmenso miedo de no cubrir con la gran demanda de tiempo, por lo que la maestría se convirtió en la principal prioridad; la relación con mis compañeros era superficial, es decir sólo como compañeros y equipos de trabajo, pero que pronto la carga de actividades demandaba el compartir más tiempo juntos; a medida que pasó el tiempo los intereses personales, profesionales y afinidades se presentaron, y subdividieron al grupo en equipos, no sólo de trabajo sino también de amistades, parecía reproducirse la dinámica de una familia. Se presentaron diferencias, discusiones, pero también apoyo, acompañamiento y compañerismo. En mi caso el equipo de trabajo fue el inicio de una

gran relación personal y profesional con Alma Aguilar y Araceli Duran, pues me acompañaron de manera más cercana durante toda la maestría; es así que el primer semestre fue un semestre de conocimiento, teórico, personal, relacional y de contextos.

En segundo comenzó la práctica clínica, comencé a atender familias en la Facultad y en sedes externas a la UNAM, enriqueciendo así mi experiencia personal y profesional. Enfrenté retos de adaptación a los diferentes estilos de trabajar de mis compañeras y profesores; apareció el temor de ser observada por el resto del grupo, pero poco a poco se volvió un recurso muy importante de aprendizaje y desarrollo; La carga de trabajo se intensificó, pues no sólo había que estudiar, sino realizar investigaciones, atender familias y hacer reportes psicológicos, por lo que la Facultad se volvió mi segunda casa. Las relaciones entre compañeros se fortalecieron y algunas comenzaron a fracturarse, generando la necesidad de hacer reajustes en los equipos y generando malestar grupal cuando algunos se resistían a realizar esos cambios, tal como ocurrió en mi equipo, logramos coordinarnos en tiempos, saberes y relaciones, situación que favorecía el cumplir con las demandas y aligeraba el estrés, pues logramos identificar las fortalezas de cada una y realmente realizar un trabajo colaborativo. Pero afectó la relación con el resto del grupo, pues parecía un rechazo hacia el trabajo de los demás. Es así que concluí el segundo semestre con una relación de mayor cercanía con mi equipo, con experiencia en coterapia y como equipo terapéutico; muy cansada pero con la motivación por aprender más modelos terapéuticos, terminando algunas investigaciones e iniciando otras.

El tercer semestre aumentó la carga de la responsabilidad en la atención a familias, pues se iniciaba el trabajo clínico como terapeuta titular, que reflejaba un gran temor para mí pero también la posibilidad de mirar mis recursos y áreas de oportunidad. Me di cuenta de que ya no podía evadir el intervenir; El escuchar a mis compañeros, sin tomar lo comentado como algo personal fue un gran aprendizaje, y aunque en ocasiones me molestaba lo escuchado, para mí era muy útil y esperada dicha retroalimentación. Sin embargo también me di cuenta que lo que a mí me era útil, no lo era para mis compañeros y me aguanté las ganas de hacer comentarios cuando desde mi perspectiva mis compañeros no estaban dispuestos a escuchar, ni era su momento, es así que trate de respetarlos; el tener que decidir de qué manera intervenir después de la discusión con el equipo fue complicado, pero me invitó a escucharme.

Cerré este semestre satisfecha por haber resistido y cumplido con lo que hasta ese momento se requirió, con la esperanza de disminuir la carga de trabajo, pero al mismo tiempo con las dudas de si ya sabía lo suficiente, pues faltaba un semestre para concluir y mis dudas cada vez aumentaban más.

Llegó el cuarto semestre y con ellos la claridad de que no disminuyó la carga de trabajo, pero aumentaron las horas de práctica clínica y en ese momento la disputa por espacios de supervisión; Cuarto semestre implicó un nuevo reajuste en grupos y convivencia, aunque de manera general se reflejaba el apoyo entre todos y todas ante las experiencias de vida dolorosas de algunas integrantes del grupo; se dio la oportunidad de compartir nuestro aprendizaje y formación en contextos externos a la UNAM, tales como congresos y talleres, que implicó atreverme a presentar una ponencia a pesar de lo complicado que resultaba el tan sólo pensarlo. Ese es el mayor reto que presenté en dicho semestre. Finalmente concluí la formación pensando en que nunca terminaré de aprender, pero evidenciando que mi mirada se transformó y que dicha mirada enriqueció mi vida personal y profesional. Pues me ayudó a confiar en mí, en mis dudas y en mis saberes, a saber que nada es estático y que no existe una única forma de hacer las cosas, es decir a permitirme ser libre en la medida de lo posible.

Mi recorrido por la formación como terapeuta familiar, fue muy gratificante, ya que es una formación muy completa, que implica retos más allá de lo profesional y que me invitó a mirar prioridades, en este caso a ejercer en espacios y contextos que favorezcan la coherencia personal y profesional, escuchándome y respetando a las personas, sus tiempos y sus necesidades.

#### **4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesional y en el campo de trabajo.**

La persona del terapeuta es muy importante en la formación, considero que lo tenía claro al ingreso, pero mi mirada se centraba en lo que tenía que aclarar de manera personal para no imponerlo en las sesiones o a las familias; Con el recorrido por los distintos modelos teóricos mis premisas se ampliaron y cambiaron, me di cuenta que no es malo lo que siento y pienso con respecto a los procesos terapéuticos, no significa ser mejor o peor terapeuta si te reservas comentarios o los expresas, sino es cuestión de estilos, pero en mi caso me di cuenta que puedo

expresarlos siempre y cuando tenga la mayor claridad posible de para qué y por qué expresarlos o callarlos.

Me he dado cuenta en qué rol y qué manera de participar en los procesos terapéuticos me hace sentir más cómoda, es decir quizá he construido mi estilo terapéutico que aunque no es fijo, noté que con los modelos que requieren menor directivita siento mayor afinidad y comodidad, lo cual en algún momento lo interpreté como temor a no saber qué responder cuando se supone que yo soy la experta. Sin embargo hoy le doy un significado distinto, creo que se relaciona con mi idea de un respeto hacia las necesidades y tiempos, y que me permiten escuchar pero además colaborar en la búsqueda de alternativas y no imponerlas o crearlas, y aunque finalmente impactan en mi seguridad en relación a la práctica clínica, pues me da mayor seguridad, libertad y espontaneidad no tener que seguir un rol específico y no tener que saber todo, considero que el objetivo no es mi seguridad, sino generar un espacio cómodo para las familias y para mí.

Me he permitido mirar a la enfermedad desde un ángulo distinto, mirando las fortalezas y capacidad resiliente que desconocía, ya que es algo que me ha acompañado a mí y a mi familia, donde efectivamente en momentos ha sido dolorosa, pero el reconocerlo libera y se convierte en un recurso.

Es así que la persona de la terapeuta de Cintia Aguilar Delgadillo, se unificó, pues antes parecía que tenía que ser una como profesional y otra como persona, pero ahora considero que ambas experiencias son útiles y válidas, ninguna mejor que otra, pero ambas interactúan en mí actuar.

## REFERENCIAS

- Aguilar, E. (2006). *Descubre la comunicación*. México: Árbol editorial.
- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (2005). Procesos de reflexión: actos informativos y formativos. En Friedman S. (Comp). *Terapia familiar con equipo de reflexión: Una Práctica de colaboración* (pp39-69). Buenos Aires: Amorrortu.
- Andersen, T. (1995). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y familia*. 8 (1), 3-7.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2001). En la montaña rusa: un enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración. En, Friedman, S. (comp.). *El nuevo lenguaje del cambio: la colaboración constructiva en psicoterapia* (pp.225-250). Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (2005). Un enfoque posmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia “desde dentro”. En, Limón A. (comp). *Terapias Posmodernas: Aportaciones construccionistas* (pp. 59-67). México: Pax.
- Anderson, H. (2012). Relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas: Ideas para una Práctica Sensible a lo Relacional. *Family Process*, 51 (1), 1-20
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico. En, McNamee, S. y Gergen K. *La terapia como construcción social* (pp. 45-59). Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (2003). *Manual de Psicología relacional: la dimensión familiar*. Colombia: La silueta.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Andrés, P. (2004). Violencia contra las mujeres, violencia de género. En Ruiz-Jarabo. C. y Blanco, P. *La violencia contra las mujeres: prevención y detección* (pp. 17-38). Fernández: Díaz Santos.
- Bank, S y Kahn, M. (1988). *El vínculo fraterno*. Buenos Aires: Paidós.
- Bateson, G. (1997). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
- Bateson, G. (1993). Naven: Epílogo 1958. En *Una Unidad Sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la Mente* (pp.88-111). Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación reduccionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.



- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1998). Hacia Una teoría de la Esquizofrenia. En Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente: una aproximación reduccionaria a la autocomprensión del hombre*. (pp. 231-256). Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Beltrán R., L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En *Terapia Familiar: su uso hoy en día* (pp.197-222). México: Pax.
- Berg, I.K. y Miller, S.D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol*. España: Gedisa.
- Bertalanffy, V., L. (2011). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica
- Bertrando, P. (2011). *El dialogo que conmueve y transforma: el terapeuta dialógico*. México: Pax
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Bollini, M. (1994). *La teoría general de los sistemas y el origen olvidado de una Psicología sistémica*". Buenos aires: Lumen.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1992) El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*, 31, 119-130.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: Una perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Boscolo I., y Bertrando, P. (2008). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo L., Cecchin G., Bertrando P. y Bianciardi M. (2003) "Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin en entrevista con Paolo Bertrando y Marco Bianciardi. *Postfacio de Clínica Sistémica* (edición italiana de Terapia Familiar Sistémica de Milán). Milán: Bollati Boringheri
- Boscolo, L., Cecchin, G., Campbell, D. y Drapper, R. (1985). Twenty more questions-selections from a discussion between the Milan associates and the editors. En: Campbell D. y Drapper, R. *Aplicatións of sistemic family therapy: The Milán approach*. Florida: Grune and Stratton.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cade, B. O'Hanlon, W. H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G. (1989). La nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares*, 9-17.
- Cecchin G. (2005) El misterio del respeto. *Connessioni*. No. 16 Febrero
- Cecchin G., Lane G. y Wendel R. (1997) *.Verità e pregiudizi* (trad. verdad y prejuicios). Milán: Raffaello Cortina. Introducción y capítulos 1, 2 y 3

- Cirillo, S., Berrini, R. Cambiaso, G. Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- CMTF. (2013). *Gianfranco Cecchin*. Recuperado de <http://www.cmtf.it/2008/01/gianfranco-cecchin-22-agosto-1932-2-febbraio-2004/>
- CMTF. (2013). *Luigi Boscolo*. Recuperado de <http://www.cmtf.it/2008/01/luigi-boscolo/>
- Conway, J. K., Bourque S., C. y Scott, J., W. (2000). El concepto de género. En Lamas, M. (comp.). *El género la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp.21-33). México: PUEG/Porrúa.
- Cronen V. y Pearce B. (1985). Toward an explanation of how the Milan method works: an invitation to a systemic epistemology and the evolution of family systems. En Campbell D. y Draper R. *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. Florida: Grune and Stratton.
- Cunningham, C. (1990). *El Síndrome de Down*. México: Paidós
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz L., L. (Comp.) *Terapia Familiar: Su uso hoy en día* (pp. 49-79). México: Pax.
- De Shazer, S. (2004). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S., Berg I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar A., Gingerich, W. y Weiner-Davis M. (2000). Terapia breve: Un desarrollo Focalizado en la solución. En Watzlawick, P., y Nardone, G. (Comps.). *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp. 151- 173). México: Paidós.
- Dunn, J. (1984). *Relaciones entre hermanos*. Madrid: Morata
- Dunn, J y Kendrick, C. (1986). *Hermanos y Hermanas: Amor, envidia y comprensión*. Madrid: Alianza.
- Ecovisiones (2013). *Francisco Varela*. Recuperado de <http://www.ecovisiones.cl/metavisiones/Pensadores/franciscovarela.htm>
- Eguiluz, L. (2004). La terapia familiar en México. En Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp.225-253). México: Pax.
- Eguiluz, L. (2007). *La teoría sistémica: Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UNAM.
- Elkaim, M. (2000). *Las prácticas de la red*. Barcelona: Gedisa.
- Espinoza, M., R. (2004). El modelo terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones. En Eguiluz L. (Comp.) *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. (pp. 115-136). México: Pax-Mex.

- Facultad de psicología, UNAM. (2013). *Centro comunitario de atención psicológica Los volcanes*. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/123/centro-comunitario-de-atencion-psicologica-los-volcanes>
- Facultad de Psicología, UNAM. (2013a). *Centro comunitario Dr. Julián Macgregor y Sánchez Navarro*. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/122/centro-comunitario-dr-julian-macgregor-y-sanchez-navarro>.
- Facultad de psicología, UNAM. (2013b). *Centros de servicios psicológicos, Dr. Guillermo Dávila*. Recuperado de <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/112/centro-de-servicios-psicologicos-dr-guillermo-davila>
- Falicov, C. (1998). *Latino Families in Therapy. A guide to multicultural practice*. Nueva York: The Guilford Press.
- Family Process (2014). *About us*. Recuperado de <http://www.familyprocess.org/about-us/fpjournal/>
- Family Therapy Magazin. (2014). *Family therapy pioners: a directory*. Recuperado de [http://www.google.com.mx/url?url=http://learners.ncu.edu/syllabus/download\\_file.asp%3Fsyllabus\\_rr\\_id%3D166313&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=AzmhU83oIMuiyASto4D4Cw&ved=0CCkQFjAE&sig2=c7EeLuvS-3MT-I6LC7EE3Q&usg=AFQjCNHubUWdW9gftSFIMmsJW9yJXtbMvg](http://www.google.com.mx/url?url=http://learners.ncu.edu/syllabus/download_file.asp%3Fsyllabus_rr_id%3D166313&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=AzmhU83oIMuiyASto4D4Cw&ved=0CCkQFjAE&sig2=c7EeLuvS-3MT-I6LC7EE3Q&usg=AFQjCNHubUWdW9gftSFIMmsJW9yJXtbMvg)
- Fazlioglu, K., Hocaoglu, Ç., & Sönmez, F. (2010). Çocukluk Çağı Epilepsisinin Aileye Etkisi. (*Turkish*). *Current Approaches in Psychiatry / Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2(2), 190-205
- Fernández, L., A. y Rodríguez V., B. (2002). *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Biblioteca de Psicología.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder
- Foerster, H. Von (1995). Construyendo una realidad. En Watzlawick, P. (Comp.). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Foerster, H. Von (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Foerster, H. Von (1998). Por una nueva epistemología. *Metapolítica*, 2 (8), 629-641. Recuperado de [http://biblioteca.funlode.net.do/biblioteca/Datos2/Documento\\$/Complejidad/POR%20UNA%20NUEVA%20EPISTEMOLOGIA.pdf](http://biblioteca.funlode.net.do/biblioteca/Datos2/Documento$/Complejidad/POR%20UNA%20NUEVA%20EPISTEMOLOGIA.pdf)

- Freedman, J. y Combs G. (1996). *Narrative Therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton
- Freidberg, A. (1989). Terapia breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencia subyacente a la terapia breve. *Psicoterapia y Familia*, 2 (1), 30-39.
- Freixa, M. (1993). *Familia y deficiencia mental*. Salamanca: Amarú
- Fruggeri, L. (2001). Los conceptos de mononuclearidad plurinuclearidad en la definición de familia. *Revista del Centro Milanese di Terapia della Famiglia*, 8, 11-22
- Fruggeri, L. (2005). *Diverse normalita: psicologia delle relazioni familiari*. Roma: Carocci editore
- Fundación Bringas- Haghenbeck, IAP. (2013). *Establecimientos*. Recuperado de <http://www.fbh.org.mx/establecimientos.html>
- Galicia, I. (2004). *Terapia estratégica*. En L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar*. (pp. 81-113). México: Pax.
- Gergen, K., J. (2006). *Construir la realidad: El futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (2006a). *El yo saturado: Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Madrid: Paidós.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- González, C. (2004). *El modelo de hipnosis de Milton Erickson*. En L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar* (pp. 29-47). México: Pax.
- Goodrich, T. (1989). *Terapia familiar feminista*. Buenos Aires: Paidós.
- Guevara, Y., Gonzalez, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 15 (3), 1023-1050
- Green, S. y Flemons, D. (Comp). (2004). *Manual de terapia sexual breve*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (2008). *Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. y Richeport, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós
- Hoffman, L. (2004). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Hoffman L. (1996). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En, McNamee, S. y Gergen K. *La terapia como construcción social* (pp. 25-43). Barcelona: Paidós.
- Infoamérica (2013). *Maturana*. Recuperado de <http://www.infoamerica.org/teoria/maturana1.htm>
- Infoamérica (2014). *Bateson*. Recuperado de <http://www.infoamerica.org/teoria/bateson1.htm>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI (2012). *Estadísticas a propósito del día de la familia mexicana*. Recuperado de [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
- Instituto Nacional de Rehabilitación. (2013). *INR*. Recuperado de <http://www.inr.gob.mx/g22.htm>
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós
- Label, H. (2014). Entrevista Cloe Madane: inocente y peligrosa. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/articulo1-8.htm>
- Lamas, M. (2000). *El género la construcción cultural de la diferencia*. México: PUEG/Porrúa
- Lamas, M. (2014). *La perspectiva de género*. Recuperado de [http://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero\\_perspectiva.pdf](http://www.ses.unam.mx/curso2007/pdf/genero_perspectiva.pdf)
- Linares, J. y Ceberio, M. (2013). *Terapia sistémica: sus orígenes, su presente y su futuro, entrevista a Jay Haley*. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/haley.htm>
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en Psicoterapia: terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax.
- Limón, G. (2005a). *Terapias postmodernas: Aportaciones construccionistas*. México: Pax
- Limón, G. (2012). *La terapia como dialogo hermenéutico y construccionista: practicas de libertad y de-construcción en los juegos relacionales, de lenguaje y de significado*. Ohio: Taos Institute Publications.
- López-Faudoa, S. (1980). *Síndrome de Down: consideraciones esenciales*. México: J. Langdon Down.
- Llyd H. and Dallos R. (2008). First session solution-focused brief therapy with families who have a child with severe intellectual disabilities: mothers' experiences and views. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30,5-28
- Liotard, J. (1993). *La condición postmoderna: informe sobre el saber*. Rei: México.
- McNamee, Sh. y Gergen, K.J. (1996). *La Terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós
- Macías,R. (2012). *Entendiendo y tratando el corazón de la familia: un modelo dinámico, sistémico, integrativo*. México: El saber Instituto.
- Madanes, C. (2001). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu

- Mahoney, M.J., Miller, H.M. y Arciero, G. (1997). Metateoría constructivista y la naturaleza de la representación mental. En M.J. Mahoney (Comp.), *Psicoterapias cognitivas y constructivista* (pp. 131-150). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Maturana, H. (1993). *La realidad ¿objetiva o construida?* Vol II. Barcelona: Anthropos
- Maturana, H. (1996). *El sentido de lo humano*. Chile: Dolmen Ediciones
- Maturana, H. y Pörksen, B. (2004). *Del ser al hacer: Los orígenes de la biología del conocer*. Chile: J.C. Sáez.
- Maturana, H. y Varela, F. (2003). *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano*. Buenos Aires: Lumen.
- Meza, V. (2008). *Terapia de juego entre hermanos para favorecer el vínculo fraterno*. Reporte de experiencia profesional de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mendez, L. Coddou, F. y Maturana H. (2004). La constitución de lo patológico. Ensayo para ser leído en voz alta por dos. En *Desde la biología a la Psicología*. Buenos Aires: Lumen
- Minuchin, S. (1985). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (2006) *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Minichin, S., y Nichols, M. (1994). *La recuperación de la familia: Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós.
- Montalvo J., Espinosa M. y Pérez A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología, XVII* (28), 73-91.
- Morales, M. (1997). *Educación para la fraternidad en el núcleo familiar basada en la comunicación asertiva*. Tesina de Licenciatura en Pedagogía. Facultad de Pedagogía, Universidad Panamericana.
- Mukand, J. (2010). Rehabilitation Medicine: Serving People With Disabilities. *Medicine & Health Rhode Island, 93*(4), 100-101.
- Navarro G. J. (2004). *Enfermedad y Familia*. Barcelona: Paidós.
- Nardone, G. (2007). El arte del cambio: trastornos fóbicos y obsesivos. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2004). Historic Notes on Brief Strategic Therapy. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review, 1*, 65-73.
- O'Brien, I., Duffy, A., y Nicholl, H. (2009). Impact of childhood chronic illnesses on siblings: a literature review. (Cover story). *British Journal of Nursing (BJN), 18*(22), 1358-1365

- Ochoa de Alda I. (2004). Terapia del grupo de Milán. En *Enfoques en terapia familiar sistémica*. (p p. 59-92). Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, B. (2005). *Creecer a partir de las crisis*. México: Paidós .
- O'Hanlon, S. y Bertolino B. (2001). *Desarrollar posibilidades: Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon W., H. y Weiner-Davis. (2010). *En busca de soluciones: Un enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ojeda, C. (2001). Francisco Varela y las ciencias cognitivas. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39, 286-95. Recuperado de [http://www.cea.ucr.ac.cr/CTC2010/attachments/109\\_constructivismo%20Francisco%20Varela%20y%20la%20Ciencias%20Cognitivas.pdf](http://www.cea.ucr.ac.cr/CTC2010/attachments/109_constructivismo%20Francisco%20Varela%20y%20la%20Ciencias%20Cognitivas.pdf)
- Ordaz, G., Monroy, L. López M. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. México: Índice social.
- Pakman, M. (1994). La psicoterapia en contextos de pobreza y disonancia étnica: el constructivismo y el construccionismo social como metodologías para la acción. En Pakman, M. (comp.). (1997). *Construcciones de la Experiencia Humana*. Volumen II. (pp.245-269). Barcelona: Gedisa.
- Papp, P. (1988). *El proceso del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Penn, P. (1982). Circular questioning. *Family Process*, 21(3), 267-280.
- Pérez, J. (2005). *El papel de los hermanos dentro de la familia con un integrante con autismo*. Tesina de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Powell, J. (2004). *Derrida para principiantes*. Buenos Aires: Era Naciente.
- Powell, T. y Olge, P. (1991). *El niño especial: el papel de los hermanos en su educación*. Colombia: Norma S.A.
- Psicoterapia y familia (2007). *Revista de la asociación mexicana de terapia familiar*, 20 (2), 89
- Psicoterapia y familia (2008). *Revista de la asociación mexicana de terapia familiar*, 21 (1), 18
- Ramos-Galván, R. (1991). Los hermanos del niño con síndrome Down. En: Jasso, L. *El niño Down: Mitos y realidades*. México: Manual Moderno.
- Relatoría (2009). *Seminario Familias en el siglo XXI: Realidades diversas y políticas públicas*. México: Colegio de México.

- Reséndiz, J., G. (2010). Modelo de Milán: 1969-2009. *Psicoterapia y Familia*, 23 (1), 30-39.
- Roa, A. (2001). *Modernidad y Posmodernidad: Coincidencias y diferencias fundamentales*. México: Editorial Andrés Bello.
- Rodríguez, V. B. (2001). Constructivismo y narrativas: un nivel diferente para la integración. En Fernández Liria A. y B. Rodríguez Vega. *La práctica de la psicoterapia. La construcción de las narrativas terapéuticas* (pp. 29-48). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rodríguez C. (2004). La Escuela de Milán. En: L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. (pp. 161-195). México: Pax.
- Rolland (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Rolland, J. y Walsh, F. (2005). Systemic training for Healthcare Professionals: The Chicago Center for family Health Approach. *Family Process*, 44 (3), 283-301.
- Salazar, L., M. (2007). Reseñas de “las familias en el México Metropolitano: visiones femeninas y masculinas” de Brígida García y Orlandina Oliveira. *Economía, sociedad y territorio*, VI (23), 833-848.
- Salem, G. (1990). *Abordaje Terapéutico de la Familia*. Barcelona: Masson
- Sánchez, E. (1983). *Los hermanos: convivencia, rivalidad, solidaridad*. Madrid: Narcea.
- Sánchez L. (2003). Una mirada al conocimiento científico y lego a la luz de cuatro enfoques sobre la construcción del conocimiento. *Anales de psicología*, 19 (1), 1-14
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno
- Sarto, M. (2001). *Familia y discapacidad*. III Congreso “La atención a la diversidad en el sistema educativo. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Recuperado el 09 de mayo de 2010 de: <http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>
- Segal, L. (1994). *Soñar la realidad. El constructivismo de Heinz von Foerster*. Barcelona: Paidós
- Selvini, P., M., Boscolo, L., Cechin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja: Un nuevo modelo en la terapia de familia con transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Selvini P., M., Boscolo L., Cecchin, G., y Prata G. (1990). Hipótesis, Neutralidad y Circularidad. *El Proceso de la Familia*, 19 (1), 60-67.
- Selvini, P., M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A., M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, P., M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.



- Servicio de Atención Psiquiátrica. (2013). *Navarro*. Recuperado de [http://www.sap.salud.gob.mx/unidades/navarro/navarro\\_antecedentes.html](http://www.sap.salud.gob.mx/unidades/navarro/navarro_antecedentes.html)
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar: un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*. Agosto, 65-69.
- Suárez, C., M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En Eguiluz, L. *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. México: Pax
- Szprachman, R. (2003). *Terapia breve: teoría de la técnica*. Buenos aires: Lugar Editorial
- Taos Institute (2014). *Harelene Anderson*. Recuperado de <http://www.taosinstitute.net/harlene-anderson-phd>
- Tarragona, S., M. (1999). La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología Iberoamericana*, 7 (3), 68-76.
- Tomm K. (1987). Interventive interviewing: part I. Strategizing as fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26, 3-13.
- Tomm, K. (1987). Preventive interviewing: part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26, 167-183.
- Tomm, K. (1988). Interventive Interviewing: part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions?. *Family Process*, 27, 1-15.
- Trepper, T., S., Dolan Y., MacCollum E., E. y Nelson T. (2006). Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (2), 133-139.
- Ugazio, V. (1985). *Hypothesis making: The Milán approach revisited*. En Campbell D. y Draper R. *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. Florida, E.U.: Grune and Stratton.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Universidad de Chile (2013). *Humberto Maturana Romecín*. Recuperado de <http://www.uchile.cl/portal/presentacion/historia/grandes-figuras/premios-nacionales/ciencias-/6574/humberto-maturana-romecin>
- Van Gigch, J. (1987). *Teoría General de los Sistemas*. México: Trillas
- Vargas. P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica: una aproximación a su tradición de investigación cinetífica. En Eguiluz (Comp.) *Terapia familiar: su uso hoy en día* (pp.1-24). México: Pax.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible: pautas vinculadas al género* en las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós.

- Watzlawick, P., Beavin B. J., y Jackson, D.D. (1986). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland J., Fisch, R. (1999). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona: Gedisa
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines Terapéuticos*. Barcelona. Paidós.
- Wiener, N. (1982). *Cibernética y sociedad*. México: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Wittezaele, J., y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.

# APÉNDICES

## APÉNDICE 1

### Esquema de código final.

**Instrucciones.** Coloque una línea vertical enfrente de cada conducta descrita, para señalar el momento en que observe la conducta.

Video No. \_\_\_\_\_  
Observador No. \_\_\_\_\_

#### ESQUEMA DE CÓDIGO

**RESOLUCIÓN DE TAREA.** Trabajar en conjunto y llegar a acuerdos para alcanzar un objetivo que resulte en beneficio mutuo.

CONDUCTAS	FRECUENCIA	CONDUCTAS	FRECUENCIA
<b>Sin solicitarlo:</b>		<b>Sin solicitarlo:</b>	
1. <b>Aproximar</b> el material para facilitar la tarea		6. <b>Iniciar otra actividad no relacionada</b> con la tarea	
2. <b>Realizar otra actividad relacionada</b> con la tarea cuando esté desocupado		7. <b>Obstaculizar</b> el trabajo del otro (con material o cuerpo)	
3. <b>Compartir</b> material			
<b>Al solicitarlo:</b>			
4. <b>Aproximar</b> el material para facilitar la tarea			
5. <b>Compartir</b> material			

**COMUNICACIÓN.** Transmitir un mensaje de forma clara y oportuna, utilizando congruentemente el lenguaje verbal y no verbal.

CONDUCTA	FRECUENCIA	CONDUCTA	FRECUENCIA
<b>Congruencia</b> (entre lenguaje verbal y no verbal)		<b>Incongruencia</b> (entre lenguaje verbal y no verbal)	
8. Al expresar <b>aprobación</b>		13. Al expresar <b>aprobación</b>	
9. Al expresar <b>inconformidad</b>		14. Uso del lenguaje para <b>descalificar</b> el trabajo del otro	
10. Al expresar <b>desaprobación</b>			
11. <b>Transmitir</b> ideas <b>claras</b> que entienda el otro			
12. Uso del lenguaje para <b>reconocer</b> el trabajo del otro			

**ESTRUCTURA.** Patrones de interacción entre hermanos de acuerdo al lugar de nacimiento.

CONDUCTA	FRECUENCIA	CONDUCTA	FRECUENCIA
<b>El hermano mayor</b>		<b>El hermano menor</b>	
15. <b>Propone</b> qué <b>actividad</b> realizará <b>cada uno</b>		21. <b>Propone</b> qué <b>actividad</b> realizará <b>cada uno</b>	
16. <b>Inicia</b> con la tarea		22. <b>Inicia</b> con la tarea	
17. <b>Indica</b> qué <b>material</b> utilizar		23. <b>Sigue</b> las <b>indicaciones</b> del mayor	
18. <b>Supervisa</b> el trabajo del menor		24. <b>Busca aprobación del mayor</b> para realizar el trabajo	
19. Toma las <b>decisiones y considera</b> al menor			
20. Toma <b>decisiones sin considerar la opinión</b> del menor			

## APÉNDICE 2

### Guía de temáticas a abordar para cada entrevista

1. Importancia de la familia en la relación entre los hermanos.
2. Discapacidad (percepción entes y actual)
  - Padres
  - Hijos
3. Noticia del hermano con capacidades diferentes
  - A qué edad se percataron de la diferencia
  - Cómo fue para los padres
  - Cómo creen que vivieron esa situación el resto de los hijos
  - Qué cosas consideraron necesario dar al hijo con discapacidad, diferente a las que no la tienen
4. Transformación de la relación fraterna
  - Pequeños (juegos, peleas, reconciliación)
  - Actual
  - Qué ha cambiado
  - Relación entre hermanos sin discapacidad
  - Rol (orden de nacimiento, diferencia en edad, género)
  - Cómo viven la transformación (hermanos con discapacidad y hermanos sin discapacidad).
  - Número de hermanos (Favorece o entorpece)
5. Aceptación-Integración / Rechazo
  - Percepción (Actitud o Sentimiento de rechazo).
  - Social (Reacción de los hermanos).  
Amigos
6. Factores que favorecen o entorpecen la relación fraterna.
  - Padres
  - Hermanos
7. Expectativas futuras del hijo con capacidades diferentes y relación fraterna.
  - Cuidado del hermano en ausencia de los padres
  - Lo han pensado
  - Se ha hablado

## Preguntas

1. Importancia de la familia y cómo influye ésta en la relación entre hermanos.
2. Cómo concebían y conciben ahora la discapacidad y qué ha sido para ellos afrontarlo.
3. Cómo a través de ellos los hijos entienden la discapacidad.
4. Qué cosas (afectos, cuidados, etc.) consideraron necesario dar al hijo con discapacidad diferente a los que no tienen discapacidad.
5. Cómo creen que vivieron esta situación el resto de los hijos.
6. Qué diferencia notan, con respecto a la aceptación y entendimiento de la discapacidad de los hermanos menores con respecto a los mayores.
7. Cómo era la relación cuando eran pequeños: a qué jugaban, cómo peleaban, cómo se reconciliaban (rivalidad, obligaciones, acuerdos).
8. Cómo es la relación actual, qué cosas han cambiado y por qué.
9. Cómo es para el hermano con discapacidad estas diferencias (en la relación).
10. Como padres qué cosas consideraron importantes para promover la relación entre los hermanos.
11. Qué cosas les gusta de la relación que ven entre sus hijos.
12. Cómo es la relación entre los hermanos que no tienen discapacidad y cómo la establecen con quien sí la tiene.
13. Cuál es el rol que adopta cada hermano con respecto a la discapacidad.
14. Cómo viven el resto de los hermanos el paso del tiempo y las transformaciones que va teniendo la familia.
15. Cómo hablan los papás con los otros hijos sobre el cuidado del hijo de discapacidad cuando los padres ya no estén presentes.
16. Qué expectativas tienen el resto de los hijos en el futuro con respecto a su hermano.
17. Cómo favorece o entorpece la relación fraterna, el hecho de existir más de un hermano o el que sólo haya uno.
18. Cómo lo hace en la relación familiar en general.