



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

LA TERAPIA FAMILIAR COMO ATENUANTE DE LA VIOLENCIA INFANTIL

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

PRESENTA:
PAULA BAUTISTA RODRÍGUEZ

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. NORA C. RENTERÍA COBOS

COMITÉ TUTORIAL: MTRO. JORGE O. MOLINA AVILÉS

DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN

DRA. DOLORES MERCADO CORONA

MTRA. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA



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.



A mis padres por su amor e impulso.

*A la UNAM y Conacyt por las
oportunidades brindadas.*

A mis hermanos por su compañía.

*A mis profesores por compartir sus
experiencias.*

A Marco por su amor, escucha y motivación.

*A mi familia elegida por su confianza y
paciencia.*

*A los compañeros de generación por su
apoyo.*

*A los consultantes que compartieron sus
historias de vida.*

*A las personas que participaron en las
investigaciones.*



ÍNDICE

Resumen	1
I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA	
1.1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar Sistémica.	
1.1.1 Características del campo psicosocial	2
1.1.2 Principales problemas que representan las familias	5
1.1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	8
1.2. Descripción de los escenarios para desarrollar el trabajo clínico.	9
II. MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO	
<i>2.1 Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna</i>	
2.1.1. Teoría General de los Sistemas	17
2.1.2. La Cibernética	20
2.1.3. Teoría de la Comunicación Humana	24
2.1.4. Gregory Bateson y Teoría del doble vínculo	26
<i>2.2. Cambio epistemológico hacia la posmodernidad</i>	<i>30</i>
2.2.1. Constructivismo	31
2.2.2. Construccinismo Social	33
<i>2.3. Principios teórico metodológicos de los modelos de intervención</i>	
2.3.1. Modelo Estructural	35
2.3.2. Modelo Estratégico	42
2.3.3. Modelo de Terapia Breve del MRI, Centrada en los problemas	49
2.3.4. Modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones	55
2.3.5. Modelo de Milán	60
2.3.6. Terapia Familiar Posmoderna	69
2.3.6.1. Enfoque Narrativo	72
2.3.6.2. Equipo Reflexivo	79
2.3.6.3. Enfoque Colaborativo	83

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1. Habilidades clínicas terapéuticas

3.1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico

Caso 1: Familia Díaz 93

Caso 2: Familia Martínez 110

3.1.2. Marco Teórico de los casos presentados 124

3.1.3. Reflexión final de los casos y análisis

del sistema terapéutico total 129

3.2. Habilidades de investigación

3.2.1. Investigación Cuantitativa: Escala de asertividad en las relaciones de pareja (ESARP) 132

3.2.2. Investigación Cualitativa: La actitud hacia la muerte en un Jefe de grupo de la Policía de Investigación del área de secuestros de la PGJDF y sus padres. 143

3.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria

3.3.1. Programa de intervención comunitaria:

Taller "Mi familia ¿espacio de riesgo o protección? 168

3.3.2. Productos tecnológicos

3.3.2.1 Curso de Inducción a la Residencia en Terapia familiar. 170

3.3.2.2 Traducción del artículo "Veinte preguntas más.

Selecciones de una conversación entre los asociados

de Milán y los editores". 171

3.3.3. Participación en foros académicos. 172

3.4. Compromiso y ética profesional. 173

IV. CONSIDERACIONES FINALES 178

REFERENCIAS 183

RESUMEN

En el presente Reporte de Experiencia Profesional se presentan las actividades académicas, de investigación y clínicas realizadas durante la Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Las actividades mencionadas son la representación de los conocimientos, competencias y habilidades adquiridas durante la formación; así como la descripción de algunos de los alcances que puede tener la terapia familiar en el campo psicosocial de la Ciudad de México.

El capítulo I contiene un análisis de las condiciones psicosociales que caracterizan el contexto actual principalmente del territorio mexicano y algunas de las problemáticas presentadas por las familias. Así como también las diferentes formas de trabajo clínico en las sedes de entrenamiento designadas al programa de formación.

En el segundo capítulo se aborda el marco teórico epistemológico de la terapia familiar sistémica y posmoderna, los fundamentos de la Teoría General de Sistemas, Teoría de la Comunicación Humana, Cibernética y los aportes de del Constructivismo y del Construccinismo Social. Además de las bases teórico metodológicas de los diferentes modelos de intervención: Estructural, Estratégico, Terapias breves, Milán, Enfoque Narrativo, Equipo reflexivo y Enfoque Colaborativo.

Con la finalidad de mostrar el desarrollo y aplicación de competencias profesionales, el capítulo III incluye las investigaciones realizadas con las metodologías cuantitativa y cualitativa. La presentación de dos casos clínicos con familias atendidas. Información de actividades elaboradas para la difusión del conocimiento: taller comunitario, exposición en congresos y los productos tecnológicos para apoyo al programa de formación. Así como las consideraciones éticas de la práctica profesional de los terapeutas.

En el capítulo IV incluyo algunas de las reflexiones que surgieron durante el curso de la formación académica, el pasaje hacia una mirada de la realidad más sistémica y relacional y las implicaciones que esto sigue teniendo sobre las experiencias en la persona del terapeuta y el ejercicio en el área profesional.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

1.1 ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDEN LOS CASOS PRESENTADOS

1.1.1 Características del campo psicosocial

La dinámica dentro de las familias se encuentra influenciada por el contexto social en la que se encuentra inmersa: la cultura, la política, la religión; las ideologías acerca de los géneros, clase, raza; el medio ambiente; los cambios económicos, sociales, ideológicos, psicológicos, biológicos, antropológicos, culturales, jurídicos, demográficos, así como los procesos de industrialización, urbanización, globalización y cambios tecnológicos que tienen lugar en las sociedades (Fernández, 2013). Esto da lugar en consecuencia, a diversas modalidades de relaciones entre los miembros que constituyen una familia.

La familia es una entidad social en la que las personas enfrentan una serie de tareas, las cuales cambian de acuerdo a su contexto; aún con estas variaciones, las familias mantienen ciertos aspectos compartidos de manera universal (Minuchin, 1983), tales como las funciones de crianza, educación y cuidado, así como la satisfacción de necesidades básicas como alimento, vivienda, afecto, soporte emocional, económico y protección (Bermúdez y Brik, 2010).

En el humano, consideramos como familia, un *grupo* (dos o más) de *convivencia*, de *adscripción* natural de seres humanos y/o de *pertenencia* primaria (al menos para uno) *con o sin lazos de consanguinidad*, en el que se *comparte* la escases o abundancia de sus *recursos* de subsistencia y servicios, generalmente bajo el *mismo techo*, que constituye la *unidad básica de producción y consumo* de bienes, y que incluye *dos o más generaciones*, al menos en alguna etapa de su *ciclo vital*, que permite la subsistencia de sus miembros y *facilita* o no el *desarrollo* de sus potencialidades. (Macías, 2012, p.70).

Por tanto, si consideramos que la familia no es una entidad aislada, sino que se encuentra influida por el contexto que le rodea, podemos vislumbrar de la misma manera el comportamiento de los individuos y las problemáticas que presenta – más allá de una visión lineal, intrapsíquica o unicausal, es una visión relacional- constituidos en *sistemas relacionales*¹ (Andolfi, 1985), visión que se ha descrito desde la Teoría General de los Sistemas de Ludwig von Bertalanffy (que se ampliará más adelante) y el Modelo Ecológico de Urie Bronfenbrenner.

Tres aspectos de la teoría de sistemas se pueden aplicar a la familia y pueden auxiliar a comprender las problemáticas que presentan:

- a) *La familia como sistema en constante transformación*, es decir, que se adapta a las exigencias de los diversos estadios de desarrollo o demandas sociales por los que atraviesa, con el fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a los miembros que la componen (Minuchin, op.cit.).
- b) *La familia como sistema activo que se autogobierna*, mediante reglas desarrolladas y modificadas en el tiempo, que a veces se tornan rígidas al servicio de la homeostasis (Andolfi, op.cit.). Así, todo tipo de tensión, sea originada por factores intrasistémicos –dentro de las familias- o intersistémicos –provenientes del exterior-, vendrá a pesar sobre el sistema de funcionamiento familiar y requerirá un proceso de adaptación, es decir, una transformación permanente en las interacciones familiares (Andolfi, ibid.), que puede llevar también a desequilibrios con el consiguiente malestar individual, de pareja o en los/as hijos/as.
- c) *La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas* (la escuela, colonia, grupo de pares, etc.), lo cual significa que las relaciones interfamiliares se observan también en relación con el conjunto de “las relaciones sociales que mantiene, las cuales las condicionan y están a su vez condicionadas por las normas y los valores de la sociedad circundantes, a través de un equilibrio dinámico” (Andolfi, op.cit. p.22).

Por su parte, el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) enmarca a la familia en una visión sistémica, desde la cual se considera al contexto social en el que se desarrolla

¹ Un sistema relacional es el conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí, de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades (Andolfi, op.cit.)

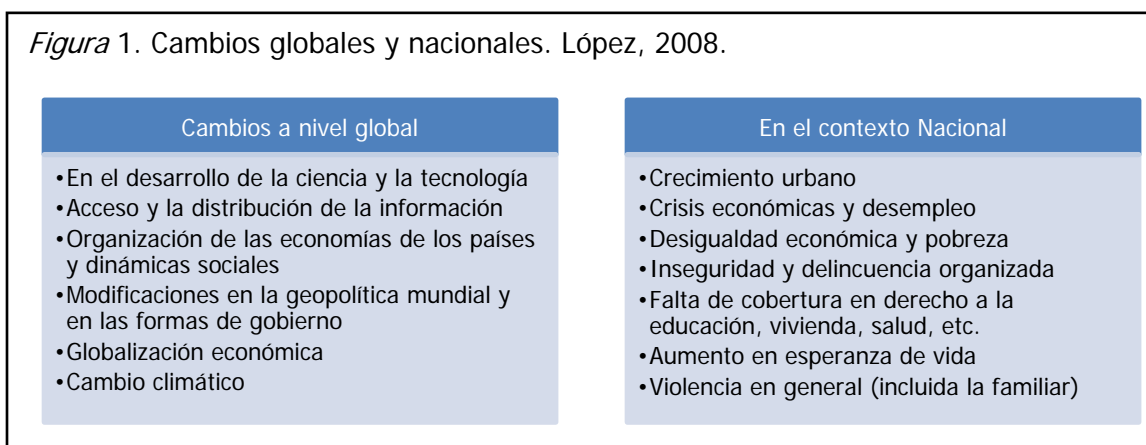
en distintos niveles, lo que permite considerar el campo psicosocial en el que la terapia familiar puede incidir.

Bronfenbrenner retomó las ideas de Lewin acerca de la conducta humana, la cual se ubica en un *contexto* (situacional, interpersonal, sociológico, cultural, histórico); a partir de las cuales definió los elementos considerados en el ambiente ecológico (Bronfenbrenner, 2005):

- *Microsistema*: es lo que se encuentra más allá de la situación inmediata que afecta directamente a la persona, como los objetos o la gente con la cual interactúa directamente. También incluye las conexiones entre otros presentes significativos en el ambiente, la naturaleza de estas relaciones y su influencia indirecta sobre la persona a través de sus efectos sobre aquéllos con quienes se enfrenta, que son el complejo de interrelaciones con el entorno inmediato.
- *Mesosistema*: es un sistema de microsistemas, incluye las relaciones entre dos o más escenarios en los cuales la persona participa activamente, así como aquellos en los que nunca entra, pero en los que ocurren eventos que afectan su entorno inmediato; por ejemplo, la escuela, la casa, el vecindario, el grupo de pares, etc.
- *Exosistema*: es un escenario que no contiene en sí mismo a la persona en desarrollo, pero es en el que ocurren eventos que afectan el escenario en el que se encuentra ella. Involucra a otros significativos en la vida de la persona. Por ejemplo: el trabajo de los padres, la escuela del hermano, los amigos de los padres en el trabajo, la casa de la maestra, etc.
- *Macrosistema*: es el que incluye patrones generalizados, a nivel de la subcultura o la cultura como un todo, traducidos en formas de organización social, sistemas de creencia y estilos de vida. Por ejemplo, en una cultura dada, un salón de clase funciona mucho como lo hacen otros; de ciudad a ciudad, un grupo urbano se parece a otro, y asociados con cada uno hay patrones característicos de ideología y estilos de vida que reflejan metas determinadas y prácticas de socialización.

Así, analizando y comparando el micro, meso, exo y macrosistema que caracterizan diferentes clases sociales, grupos religiosos y étnicos, o sociedades enteras, es posible describir y distinguir las propiedades ecológicas de los contextos más amplios y la forma en que afectan a los seres humanos y a las familias. Como parte de las situaciones

sociales y cambios que influyen en el desarrollo y la presentación de problemáticas se encuentran:



Tener presente que las anteriores situaciones afectan la vida interna de las familias y los individuos a nivel de su microsistema, será un elemento indispensable para la comprensión de los comportamientos y problemáticas de quienes se encuentran en dichos grupos.

1.1.2 Principales problemas que representan las familias

Las transformaciones antes señaladas constituyen fuentes de tensión al interior de las familias. En este contexto, éstas presentan diferentes problemáticas y situaciones de vulnerabilidad que afectan a sus miembros, entre las cuales se pueden mencionar el desempleo; migración; violencia familiar e infantil; divorcios; embarazos no planeados, entre otras existentes en México (ENFAVU, 2006; Leñero, 2003).

En relación al mercado de trabajo, la tasa de desempleo fue de 5.2% de la Población Económicamente Activa (PEA), es decir, 2.7 millones de personas, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)². La tasa de desempleo fue mayor para mujeres (5.3%) que para hombres (5.1%) y en jóvenes de 15 a 24 años, fue del 9.8%³. La inestabilidad del empleo conducen también a una inestabilidad de las

² Fuente: <http://www.cnnexpansion.com/economia/2013/11/12/el-desempleo-en-mexico-aumenta>

³ Fuente: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/896134.html>

oportunidades de vida y erosiona los recursos de los hogares, generando una creciente incertidumbre (Bayón & Mier y Terán, 2007).

La Encuesta de Ocupación y Empleo 2012 (ENOE) reveló que nueve de cada diez mujeres de 14 años y más mantienen una doble jornada (INEGI, 2013), lo cual habla del resquebrajamiento del modelo tradicional de hombre-proveedor, a la par que la mujer incursiona en la contribución económica en el hogar.

Con respecto a la migración, en 2010, el jefe o jefa de familia migró a otra entidad federativa o al extranjero en más de 1.4 millones de hogares; el 68% lo hizo al interior del territorio nacional (INEGI, 2010). Aunque es vista como alternativa para acceder a mejores condiciones de vida a nivel individual o familiar, implica la separación de los seres cercanos y del lugar conocido, lo que puede representar vulnerabilidad en distintos sentidos tanto como para quienes migran, como para quienes permanecen en el lugar de origen (CELADE, 2003; citado en INEGI, 2010).

Un importante problema en nuestro país y en el mundo es justamente la violencia en sus diferentes modalidades, considerada ya un problema de salud pública por sus repercusiones a nivel micro y macrosocial, cuya máxima expresión es la mortalidad consecuencia de actos violentos (OMS, 2002); en México se ubica entre las primeras diez causas de muerte⁴.

Una modalidad de violencia cuya dificultad radica en su invisibilidad en la mirada pública, es la violencia familiar (por ejemplo, la dirigida a menores de edad y contra la pareja), la cual puede manifestarse en sus distintos tipos, ya sea psicológica, física, patrimonial, económica o sexual (LGAMVLV, 2007; OMS, op.cit.).

Hablando de la violencia infringida hacia la población infantil, en el año 2010 la Procuraduría de la Defensa del Menor atendió 32 068 reportes por maltrato infantil; de los menores atendidos, el 50.2% eran niñas. El 60% de los niños de entre uno a 14 años de edad son víctimas de diversas acciones de violencia y 2 niños con menos de 14 años mueren cada día a causa de la violencia en México (Olivares, 2012). Se ha observado que los de edades preescolar, comprendidas entre 0 y 4 años, son los que corren mayor riesgo

⁴ Fuente: <http://www.cucs.udg.mx/principal/noticias/archivo-de-noticias/entre-las-primeras-causas-de-muerte-la-violencia-en-m-xico>

de ser víctimas de homicidio y, en general, el maltrato en perpetrado por sus padres o tutores (OMS, op.cit.).

Las consecuencias de vivir estos abusos en la infancia, confiere gran sufrimiento para los infantes y sus familias a corto e incluso largo plazo. Provoca estrés el cual, en casos extremos alteran los sistemas nervioso e inmunológico. Asimismo, se pueden presentar problemas conductuales, físicos y mentales, tales como depresión; consumo de tabaco; obesidad; comportamientos sexuales de alto riesgo; embarazos no deseados (el 55% en México⁵); consumo perjudicial de alcohol y otras sustancias; conductas antisociales; deserción escolar; asimismo, quienes han vivido violencia, pueden convertirse igualmente en víctimas o perpetradores de otros actos de violencia (Frías y Gaxiola, 2008). Según el Instituto Nacional de Evaluación Educativa, 8.8% de estudiantes ejercen *bullying* a nivel de primarias y 5.6% en secundarias⁶.

También se ha tipificado como una forma de maltrato infantil la exposición a la violencia contra la pareja. De acuerdo a los resultados de la ENDIREH 2011, en México 47% de las mujeres de 15 años y más sufrió algún incidente de violencia por parte de su pareja (esposo o pareja, ex-esposo o ex-pareja, o novio) durante su última relación. La mayoría de quienes han sufrido agresiones físicas se han visto sometidas a múltiples actos de violencia por periodos prolongados; en México, la mitad de las mujeres que vivieron agresión física, también recibieron abusos sexuales por parte de su pareja (OMS, op.cit.).

Asimismo, los cambios del contexto conllevan a modificaciones en las configuraciones familiares, dentro de las cuales se pueden mencionar: familia nuclear y la familia extensa; parejas casadas y parejas de hecho (unión libre), familias monoparentales y multiparentales, familias post-divorcio⁷, familias reconstituidas, familias de inmigrantes y familias transculturales; familias con parejas transgeneracionales, familias deslocalizadas con un miembro que regresa a casa eventualmente; parejas del mismo sexo (con o sin hijos); familias adoptantes; familias de madres solteras y jóvenes, etc. Asimismo, familias cuyos integrantes trabajan –particularmente las mujeres- y han de lidiar para conciliar la vida familiar y laboral (Bermúdez y Brik, op.cit.).

⁵ <http://www.eluniversal.com.mx/ciencia/2013/embarazos-mexico-planeados-81154.html>

⁶ Fuente: <http://www.snte.org.mx/vernoticias.php?artids=80&cat=22>

⁷ Al 2012 se registraron 99 mil 509 divorcios. Fuente: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/myd.aspx?tema=P>

Existen en México hogares familiares⁸ y no familiares⁹; de cada 100 hogares, 91 de cada 100 son hogares son familiares y el resto, no familiares. En el 2005, el promedio de personas en los primeros era de 4, mientras que en los segundos, de 2 personas (INEGI, 2010¹⁰), en los cuales se presentan las modificaciones antes mencionadas en su dinámica.

Muchas de las familias son influidas por estas problemáticas, situaciones que les motiva a buscar atención terapéutica, como es la que brinda la terapia familiar sistémica.

1.1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

Un terapeuta orientado únicamente a la terapia individual, tiende a considerar al individuo como el portador de la sintomatología, por lo que probablemente la recolección de datos que realice sólo estén fundados en los datos que pueden obtenerse del o acerca del individuo (Minuchin, op.cit.), es decir, la *esencia*. En contraste, la teoría en la que se basa la terapia familiar es el hecho de que el ser humano no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales; lo que experimenta como *real* depende de elementos tanto internos como externos, por lo que los/as terapeutas familiares hemos de partir de la visión sistémica e interaccional (*Ibid.*; Andolfi, op.cit.) en la definición de las intervenciones en los sistemas familiares.

El adjetivo "sistémico" hace referencia a lo relacionado con la totalidad de un sistema o a un organismo en su conjunto, pensamiento que Gregory Bateson introdujo en la psicoterapia, originando un giro en el foco de atención de conceptos como enfermedad, trastorno y diagnóstico, para transitar a conceptos tales como interacción, problema y dificultad (Bermúdez y Brik, op.cit.).

El principal objetivo que persigue terapia familiar sistémica es dirigir acciones que promuevan el cambio, entendido éste como modificaciones en las pautas preferidas,

⁸ Según el INEGI (2010), los hogares familiares son aquéllos en los que, por lo menos, uno de los integrantes tiene relación de parentesco con el/la jefe/a del hogar. Fuente:

<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P#uno>

⁹ Un hogar no familiar es aquél en donde ninguno de los integrantes tiene relación de parentesco con el/la jefe/a del hogar

¹⁰ Fuente: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P#uno>

transformaciones en la manera en que se comunican las familias y el encuentro de formas alternativas de interpretar la realidad personal, de modo que se alejen del problema y del sufrimiento (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Entre las escuelas de terapia familiar llamadas *sistémicas puras*, se encuentra la del *Mental Research Institute* (MRI), la *Estratégica y la de Milán*, así como la *Estructural* (Bermúdez y Brik, op.cit.; Pereira, s/a). Por otro lado, las aproximaciones a la terapia familiar llamadas posmodernas, se encuentran muy vinculadas con los modelos basados en el construccionismo social, entre estas se pueden ubicar la *aproximación colaborativa*, la *terapia narrativa*, la *terapia con equipo reflexivo* y la *terapia Centrada en Soluciones* (Limón, 2005; Tarragona, 2006). Todo el marco teórico conceptual se ampliará en el siguiente capítulo.

Según Macías (op.cit.) entender a la familia como un sistema, implica un enfoque o modelo conceptual integrador y complementario para una mejor comprensión de los problemas del ser humano; por lo que es posible aplicar un enfoque familiar en todos los problemas de salud mental, para lograr una comprensión más amplia y completa tanto del problema como de los recursos y posibilidades de abordaje.

Así, las diversas aproximaciones de la terapia familiar desde la visión sistémica, permiten comprender más extensamente los fenómenos, facilitan construir una perspectiva de mayor complejidad y mayor integración, incluyendo al individuo, su núcleo familiar y su entorno (Desatnik, 2009), con lo cual se puede responder a las problemáticas familiares desde una perspectiva interaccional.

1.2. DESCRIPCIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO

Uno de los aspectos más importantes que contempla la residencia en terapia familiar es la práctica clínica supervisada, en la que se brinda la oportunidad de desarrollar habilidades terapéuticas que fueron adquiridas durante los cuatro semestres. Al inicio, durante el primer semestre esta práctica se lleva a cabo con familias simuladas por los compañeros de grupo y a partir del segundo semestre se asigna a cada alumno tres escenarios clínicos.

Actualmente se nombran como *Centros de Formación para la Atención e Investigación en Psicología*¹¹ los cuales permiten a los estudiantes de licenciatura y posgrado una inmersión en diferentes escenarios del quehacer profesional, por medio de programas vigentes de prácticas supervisadas. A continuación se mencionaran los centros en los que tuvo oportunidad de participar.

1.2.1 Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila

Sánchez (2009) refiere que el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila fue el primer Centro de Atención Comunitaria en la Facultad de Psicología de la División de Estudios de Posgrado el cual se inauguró oficialmente el 8 de mayo de 1981 y fue hasta 1983 que adquirió su autonomía. Se ubica en Av. Universidad 3004, Cd. Universitaria, D.F., Facultad de Psicología en el sótano del ed. "D".

El Centro de Servicios Psicológicos pertenece a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social. Cuenta con una sala de espera, una recepción, con 12 cubículos de atención individual, 6 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.

Objetivo

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

Misión

Contribuir a la formación y actualización de los estudiantes de Psicología a través de los diferentes programas y proyectos de investigación en la atención psicológica que se

¹¹ Fuente: <http://www.psicologia.unam.mx/centros-de-formacion/>

brinda, siendo ésta de carácter Preventivo, de Tratamiento y Rehabilitación, certificados con calidad, excelencia y trato digno con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del Centro.

Servicio a la comunidad

En el Centro "Guillermo Dávila" se atienden diversas problemáticas como trastornos de la alimentación, víctimas de abuso sexual, maltrato infantil, adicciones, psicoterapia en línea, peritaje psicológico, etc., en la prevención se imparten talleres de solución de problemas, duelo, habilidades sociales, para padres, etc. En el Centro se cuenta con distintos enfoques terapéuticos entre los que destacan:

- Humanístico
- Sistémico
- Psicodinámico
- Terapia narrativa
- Cognitivo
- Conductual
- Cognitivo-Conductual.

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

1.2.1. Centro de Servicios Psicológicos Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro

El Centro comunitario 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 profesional en un escenario real a través de su formación en el servicio comunitario. Se encuentra ubicado en la colonia Ruíz Cortines 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.

A lo largo de los años, las diferentes generaciones de estudiantes y la integración de personal académico nuevos en su adscripción al centro comunitario así como la demanda de la comunidad a la que le da el servicio, han permitido que esta institución vaya creciendo cualitativamente y cuantitativamente en espacios, servicios y personal que laborar en el mismo.

De esta manera, este proceso de crecimiento y enriquecimientos ha posibilitado ir definiendo los objetivos, la misión y visión del centro comunitario teniendo como resultado un mejor servicio a la comunidad y al sector social.

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

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

Objetivos. Profesionalización de los estudiantes de licenciatura y posgrado:

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

Servicio a la comunidad:

- Conocimiento de su problemática y servicios vinculados a ella.
- Programas preventivos y de intervención
- Dirigidos a niños/as, adolescentes, adulto/as y adultos/as mayores.

Programas

1. Promoción de la salud
 - Escuela para madres y padres
 - Desarrollo psicosocial
 - Prevención de la obesidad

- Conciencia corporal
2. Prevención de adicciones
 - Habilidades para la vida en adolescentes
 - Satisfacción marital. Esposas de alcohólicos
 3. Género y violencia
 - Prevención y atención de violencia en la pareja
 - Grupo de reflexión
 - Prevención de la violencia familiar trabajando con madres y padres
 4. Psicología escolar
 - Fomento a la lecto-escritura
 - Creatividad y vida escolar
 - EILE (Enseñanza Inicial de la Lectura y Escritura)
 - PAES (Programas Alcanzando el Éxito en Secundaria)

Servicios

El Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”, como parte de sus objetivos, brinda servicio a la comunidad de las colonias cercanas. Son dos niveles en los que se trabaja, por un lado haciendo énfasis en la prevención y por el otro en el tratamiento.

Dentro del área de prevención se realizan diversas actividades como talleres, conferencias, grupos de reflexión, pláticas informativas y ciclos de cine-debate. Todas estas actividades se apegan a las problemáticas de la comunidad y por lo tanto se encuentran dentro de alguno de los 5 programas antes mencionados.

Para el caso del tratamiento, en el centro se cuenta con académicos de distintas orientaciones clínicas y formas de trabajo, así como también con las residencias de maestría; de esta manera todos/as ellos/as permiten ofrecer servicios de tratamiento diversos y enfocados a distintos grupos de edad. Se cuenta con tratamiento individual, familiar, de pareja y grupal dirigido a todos los grupos etarios.

1.2.3. Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"¹²

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.

Función / 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.

¹² Fuente: <http://www.psicologia.unam.mx/pagina/es/123/centro-comunitario-de-atencion-psicologica-los-volcanes>

Los programas que se desarrollan son:

- ❖ Programa Clínico-Asistencial; es atendido principalmente por estudiantes de servicio social contando con la supervisión clínica. Las actividades que se llevan a cabo son entrevistas de evaluación individual y familiar; psicodiagnóstico; psicoterapia breve, de juego e intervención en crisis; orientación individual y familiar; canalización a instituciones y seguimientos de casos.
- ❖ Supervisión clínica; es una de las actividades fundamentales de este Centro y se realiza tanto individual como colectivamente. Se busca poder evaluar, tomar decisiones y asesorar directamente los casos que se presentan en este Centro.
- ❖ Programa de Servicio Social; está integrado por estudiantes de Psicología principalmente, de noveno semestre y egresados a quienes se les capacita durante el servicio.
- ❖ Programa de Prevención; se realizan conferencias, talleres, cine debate, etcétera.
- ❖ Prácticas Profesionales y Voluntarios; estas actividades sólo se desarrollan a partir de programas de práctica supervisada que se establecen directamente con los profesores de la Jefatura del Centro.
- ❖ La población a la que se atiende va desde niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, así como a familiar 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.

Servicios que ofrece

Servicios de Atención Clínica General (participan prestadores de servicio social, residentes de maestría y voluntarios)

- Pre consulta
- Evaluación Clínica y Psicodiagnóstico
- Juego diagnóstico
- Orientación: individual, familiar, de pareja y a padres
- Intervención en Crisis

- Psicoterapia focalizada y breve
- Referencia Institucional

Servicios de Atención Clínica Especializada (participan terapeutas y residentes de maestría)

- Psicoterapia Individual
- Psicoterapia Familiar y de Pareja
- Psicoterapia Grupal
- Terapia de Integración Sensorial
- Psicoterapia de juego

En los centros descritos anteriormente lleve a cabo mis prácticas profesionales con diferentes duraciones, la permanencia mínima fue de 6 meses y en otros hasta año y medio para poder concluir los casos clínicos que me fueron asignados, como fue el caso del Centro Comunitario Los Volcanes. En los tres escenarios tuve la oportunidad de atender personas (individuos, parejas y familias) contando siempre con la supervisión de los/las docentes especialistas en cada modelo terapéutico.

Existen otras tres sedes en las que la residencia en Terapia familiar realiza sus prácticas, estas son: Centro Comunitario San Lorenzo, Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" y el Hospital Nacional de Rehabilitación en los cuales no tuve participación, sin embargo sí conocí las condiciones y modalidades de trabajo a través de conversaciones con mis compañeros tanto de mi generación como de generaciones anteriores.

CAPÍTULO II

ANÁLISIS DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO

La terapia familiar sistémica es uno de los acercamientos que ha tenido la psicología clínica para el estudio de los procesos que intervienen en la presentación de problemáticas emocionales, así como de las formas de intervención adecuadas para tratarlas, su desarrollo ha sido revolucionario ya que pasó del enfoque individual al relacional, ver a la persona dentro de una amplitud de sistemas y sus interacciones, por lo que es necesaria una revisión histórica de los diversos conceptos y teorías que han proporcionado las bases fundamentales para esta aproximación terapéutica.

2.1 Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

Una de las bases epistemológicas principales para que se pudiera dar el nacimiento de nuevas disciplinas como la Teoría General de los sistemas y la cibernética y por ende el de la Terapia familiar sistémica, se encuentra en el cambio de paradigma, que se presentó a finales del siglo XIX al buscar nuevas alternativas para ver la realidad.

De acuerdo con Fishman y Rosman (1990) existió una primera visión de la realidad, desde la física newtoniana y la evolución darwiniana, donde el enfoque principal era un campo de estudio mecanicista centrado en el examen atomístico de entidades en el espacio y una progresión de hechos en el tiempo lineal, el cual se transformó en lo que él llama una evolución Batesoniana ya que para él, Bateson fue quien traspasó esa grieta en la teoría de Darwin y creó un paradigma de evolución que incluía la mente, donde se descarta la certeza y la verdad se considera heurística.

2.1.1 Teoría General de los Sistemas

La Teoría General de Sistemas describe un nivel de construcción teórico de modelos que se sitúa entre las construcciones altamente generalizadas de las matemáticas puras y las teorías específicas de algunas disciplinas especializadas y que ha hecho sentir, cada vez más fuerte la necesidad de un cuerpo sistemático de construcciones teóricas que

pueda discutir, analizar y explicar las relaciones generales del mundo empírico (Johansen, 1994).

Bertalanffy a principios de los años 30's se sentía desconcertado ante los vacíos en la investigación y teoría biológica, por lo que plasmó: "*quién esto escribe... abogó por una concepción organísmica en biología que hiciera hincapié en la consideración del organismo como un todo o sistema y viese el objetivo principal de las ciencias biológicas en el descubrimiento de los principios de organización a sus diversos niveles*" (Bertalanffy, 1968, p. 10).

La Teoría General de los Sistemas busca "principios y leyes aplicables a sistemas generalizados o a subclases, sin importar la naturaleza de los elementos que lo componen y las relaciones que imperen entre ellos". Establece el estudio de los elementos como un todo y sus relaciones, para comprender su relación contextual e intrínseca (Bertalanffy, op.cit.; Cinabal, 2006).

Existen dos enfoques para el desarrollo de la Teoría General de Sistemas, estos deben tomarse más bien como complementarios que como competitivos o como dos caminos cuya exploración tiene valor; el primero de acuerdo con Johansen (op.cit.) es observar al universo empírico y escoger ciertos fenómenos generales que se encuentran en las diferentes disciplinas y tratar de construir un modelo teórico que sea relevante para esos fenómenos; el segundo es ordenar los campos empíricos en una jerarquía de acuerdo a la complejidad de la organización de sus individuos básicos o unidades de conducta y tratar de desarrollar un nivel de abstracción adecuado a cada uno de ellos.

Boulding (1956 citado en Johansen, op.cit.) presenta un ordenamiento jerárquico a los posibles niveles que determinan los diferentes sistemas que nos rodean:

- Primer nivel, *estructuras estáticas*: p.ej. el modelo de los electrones dentro del átomo.
- Segundo nivel, sistemas dinámicos simples: el sistema solar.
- Tercer nivel, sistemas cibernéticos o de control: el termostato.
- Cuarto nivel, los sistemas abiertos: las células.
- Quinto nivel, genético social: las plantas.
- Sexto nivel: reino animal.
- Séptimo nivel: el hombre.
- Octavo nivel, las estructuras sociales: la familia.

- Noveno nivel, los sistemas trascendentes: lo absoluto.

Los sistemas pueden dividirse principalmente en dos tipos de acuerdo con Bertalanffy (1968) los cerrados, son aquellos que no intercambian información, materia o energía con su entorno, se les considera como aislados del medio que los rodea. Los sistemas abiertos en cambio, intercambian información, energía y materia con su medio, con el que existe una relación e interacción constante, por lo que es modificado por éste y a su vez lo modifica también. Para Cinabal (op.cit.) todos los sistemas vivos son sistemas abiertos, por ejemplo: una célula, un insecto, el hombre, un grupo social, por lo tanto la familia es uno de ellos.

Algunas de las propiedades de los sistemas abiertos que pueden ser aplicables a la dinámica familiar son (Cinabal, op.cit.; Ochoa, 1995; Waltzlawick, Beavin y Jackson, 1981):

- **Totalidad.** Donde cada una de las partes está relacionada de tal modo que, un cambio en una de ellas, provocara un cambio en las demás y en el conjunto total. Es diferente a la mera suma de sus partes y el proceso transaccional que ocurre en su interior.
- **Circularidad.** Causa y efecto se consideran ahora circulares, no lineales. La causalidad circular incide en la observación y comprensión de las relaciones presentes entre los miembros de una familia Cinabal (op.cit.). Describe estas relaciones como recíprocas, pausadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas (Ochoa, op.cit.).
El principio de la causalidad lineal (causa-efecto) tuvo que derivar en ese modelo hacia una causalidad circular, en la que cada comportamiento tiene un efecto retroactivo (feedback) sobre el correspondiente ser vivo (Ludewig, 1996).
- **Equifinalidad.** Los resultados finales no se determinan tanto por las condiciones iniciales como por la naturaleza del proceso que se produce en el sistema. La familia posee un orden jerárquico que posee la vitalidad del grupo, mediante sus propias funciones y estructura, gobernadas en última instancia por este principio (Cinabal, op.cit.).
- **Equicausalidad.** La misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos. Esta propiedad y la anterior establecen la conveniencia de que el

terapeuta abandone la búsqueda de una causa pasada originaria del síntoma (Ochoa, op.cit.).

- ***Retroalimentación y homeostasis***, indica que el primer fenómeno consiste en una acción de retorno o retroacción, que permite regulaciones en el funcionamiento de los sistemas para mantener el equilibrio (homeostasis). Cinabal (op.cit.) añade que las realimentaciones pueden ser negativas o positivas, las primeras atenúan el impulso al cambio favoreciendo la homeostasis y las segundas, amplían y refuerzan los estímulos para cambiar (morfogénesis).

A partir de la teoría de los sistemas han surgido varias tendencias de acuerdo con Johansen (op.cit.) que buscan su aplicación práctica a través de las ciencias aplicadas (la cibernética, la teoría de la información, la teoría de los juegos, la teoría de la decisión, la topología o matemática relacional, el análisis factorial, la ingeniería de sistemas y la investigación de operaciones).

Andolfi (1985) menciona tres aspectos de la teoría de los sistemas aplicables a la familia, que son útiles para comprender el significado de una terapia relacional: a) la familia como sistema en constante transformación, b) la familia como sistema activo que se autogobierna y c) la familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas.

Pensar en términos de sistemas puede ser efectivamente una ventaja decisiva en el trabajo con los grupos humanos, ya sea de familias o de conjuntos más amplios. La estructura de un pequeño sistema como la familia, y la de uno más amplio, es frecuentemente isomórfica, es decir que hay ciertos elementos estructurales que son similares o incluso idénticos Watzlawick (1994).

2.1.2 La Cibernética

De acuerdo con Ashby (1960) la cibernética es una teoría de las máquinas que no estudia objetos sino modos de comportamiento. En sus comienzos, estuvo en muchos aspectos estrechamente asociada a la física, pero no depende en modo esencial de las leyes de ésta. Las verdades de la cibernética no están condicionadas al hecho de provenir de alguna otra rama de la ciencia, tiene sus propios fundamentos. Ésta ofrece una

estructura en la cual se pueden comprender, ordenar y describir todas las máquinas singulares.

Los orígenes de la cibernética tal como la conocemos se sitúan en las ya mencionadas conferencias interdisciplinarias auspiciadas por la Josiah Macy Foundation, institución que dirige McCulloch. La idea de combinar los nuevos descubrimientos de las matemáticas, la ingeniería y la fisiología con teorías propias de áreas tradicionalmente consideradas humanistas, es formulada principalmente por dos antropólogos y un economista: Gregory Bateson, Margaret Mead y Lawrence Frank (Bertrando y Toffanetti, 2004).

La Cibernética podría definirse como el estudio de sistemas abiertos en cuanto a la energía y cerrados en cuanto a la información y el control, es decir sistemas de información herméticamente cerrados; de modo tal que ningún factor determinante, señal o información puede pasar de una parte a otra del sistema sin ser registrado como un hecho significativo. Para Ashby (op.cit.) hay *dos virtudes* científicas peculiares de la cibernética: una es la de ofrecer un vocabulario único y un único conjunto de conceptos adecuados para representar los más diversos tipos de sistemas; la segunda es la de ofrecer un método para el enfoque científico de sistemas en los cuales la complejidad es notable y demasiado importante para ser pasada por alto. La cibernética ofrece métodos efectivos para el estudio y el control de sistemas que intrínsecamente son complejos en extremo (p. ej. los fenómenos psicológicos, sociales y económicos).

En 1946 se adopta oficialmente el término "cibernética" para denominar a la nueva disciplina, propuesto por Norbert Wiener en 1948 a partir de una palabra griega que significa "timonel" (Bertrando y Toffanetti, op.cit.). Wiener incursiona en el campo de la ingeniería de la comunicación o informática. Esta rama de la ciencia tiene el mérito de ser la primera en desprenderse del modelo de la ciencia tradicional, proveniente de la física, por lo cual explica el mundo desde la óptica de la materia y la energía. Para Wiener (1981) la cibernética es *la ciencia del control y de la comunicación en el animal y en la máquina*, donde uno de los mecanismos fundamentales para el mantenimiento del sistema dentro de ciertos parámetros se lleva a cabo por la retroalimentación negativa.

Posteriormente Bateson la definió como “la rama de la matemática que estudia el control, la recursividad y la información”. La cibernética que Bateson introducirá en la terapia familiar será la de Wiener, si bien privada del formalismo matemático e interpretada en clave antropológica (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

Bertalanffy (1968, p. 16) hace una adecuada distinción “La teoría de los sistemas es en ocasiones fuertemente identificada con la cibernética y la teoría del control, esto es incorrecto, ya que la cibernética como teoría de los mecanismos de control en la tecnología y la naturaleza, es *parte* de una teoría general de los sistemas” como ya lo veíamos en párrafos anteriores mencionado por Boulding.

Cibernética de Primer Orden (sistemas observados)

A Walter Cannon se debe el concepto de homeostasis. Predecesor directo de Wiener, toma la noción de Claude Bernard del *medio interno* (el organismo como sistema con partes interdependientes), y la considera en términos de mecanismos fisiológicos en relación a la constancia del medio (Cinabal, op.cit.).

Los primeros trabajos de Wiener se centraron en los procesos de corrección de la desviación de la media, es decir en la retroalimentación negativa, postulando como los sistemas operan para lograr la homeostasis y la negación como principio ordenador (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Aquí el sistema observado se considera fuera del observador; por ejemplo el terapeuta se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema, es decir como vigilante de un fenómeno a observar o modificar.

Como la mayoría de los teóricos sobre relaciones familiares han enfocado la “primera cibernética” – procesos que contrarrestan la desviación y cadenas de retroalimentación negativa-, Maruyama sugiere que prestemos más atención a esta “segunda cibernética” que le parece un aspecto esencial del cambio en todos los seres vivos (Hoffman, 1987).

Cibernética de Primer Orden (segunda etapa)

Esta segunda etapa dio énfasis a los procesos de amplificación hacia la desviación y estructura del sistema, a movilizar a los subsistemas, proporcionando una visión homodinámica en lugar de una homeostática, una batalla entre estatus y génesis,

bautizada por Magoroh Maruyama como segunda cibernética (Sánchez y Gutiérrez, op.cit.).

Maruyama en su ensayo "la segunda cibernética: desviación–amplificación procesos causales mutuos, 1968" (en Hoffman, op.cit.) expresó que la supervivencia de cualquier sistema vivo -es decir cualquier entidad que se mantenga a sí misma- depende de dos procesos importantes. La **morfoestásis** que significa que el sistema debe mantener constancia ante los caprichos ambientales; y la **morfogénesis** donde un sistema debe de modificar su estructura básica, este proceso abarca una retroalimentación positiva o secuencias que actúan para amplificar la desviación. La retroalimentación negativa es conservadora y promueve el *status quo*, la positiva es radical y promueve la novedad.

Cibernética de Segundo Orden (sistemas observantes)

De acuerdo con Foerster (1996) la cibernética de segundo orden es la cibernética de los sistemas observantes, es una epistemología que lleva la atención desde "los sistemas observados" hasta los "sistemas que observan" al atender a toda noción cibernética como dependiente del observador. Una teoría del observador puede comenzar por una meditación más tautológica que lógica; esa meditación es, en sí misma una metáfora de lo que será una práctica básica de una terapia de segundo orden: promover el verse a sí mismo como un modo de trascender las limitaciones del propio mirar.

El modelo terapéutico que se deriva de la cibernética de segundo orden es neutral, minimista, sin jerarquías de respetuosas aportaciones. En este modelo el terapeuta no es un agente que opera cambios en la familia, sino que es un receptor de la realidad de la familia a través del significado de ésta (Sánchez y Gutiérrez, op.cit.).

En la década de los 70´s el equipo de origen (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata) del centro familiar de Milán, que utilizaba un modelo de sistema cibernético de primer orden (o cibernética del sistema observado) creyendo que la hipótesis sistémica para ser eficaz, debía corresponder como llave a una cerradura; tras la disolución del equipo en 1980 Cecchin y yo trabajamos con las familias en un contexto de formación, este cambio fue importante porque favoreció el desarrollo de un modelo cibernético de segundo orden (o cibernética del sistema de observación) Boscolo (en Elkaim, 1994).

2.1.3 Teoría de la Comunicación Humana

Con la Teoría de la Comunicación Humana en 1967 Watzlawick y Jackson, se convierten en los verdaderos padres fundadores de la primera teoría terapéutica de orientación sistémica; en la cual los principios ideados por Bateson y sus investigadores difundidos en innumerables artículos, se convierten en los axiomas de la comunicación, que se reflejan en muchas patologías de la comunicación, el ámbito intrapsíquico que es esencial para Bateson, quien incluso minimiza la importancia de la conciencia humana frente a las potencialidades del inconsciente desaparece y es sustituido por la célebre idea de la “caja negra” (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

“El problema de la caja negra pertenece al ámbito de la ingeniería eléctrica. Se entrega al ingeniero una caja cerrada con terminales de entrada en los que puede aplicar tensiones “shocks” o cualquier otra perturbación que desee, y terminales de salida en los que observa todo cuanto pueda. De ello debe deducir cuanto le sea posible acerca del contenido de la caja” (Ashby, op.cit., p. 122). En la vida diaria enfrentamos a cada momento sistemas cuyos mecanismos internos no están completamente abiertos a la inspección y que deben tratarse con los métodos peculiares de la caja negra.

El concepto de la caja negra, se aplicó primero a ciertos equipos electrónicos capturados durante la guerra, que resultaba peligroso abrir porque podían tener cargas explosivas (Watzlawick, Beavin y Jackson, op.cit.). El empleo de este concepto, no significa la negación de la realidad de lo intrapsíquico. Por este motivo es posible, al examinar la dinámica familiar, conciliar el enfoque psicoanalítico, que es fundamentalmente intrapsíquico, con el enfoque interaccionista y comunicativo (Abbatte, 1978). El concepto ofrece la ventaja heurística de que es posible limitarse a las relaciones observables entre entradas y salidas, esto es a la comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, op.cit.).

Axiomas Pragmáticos de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, op.cit.)

En esta obra los autores se refieren a la comunicación como comportamientos que afectan la interacción de las personas y plantean en forma de axiomas algunas de las ideas surgidas de su trabajo con Bateson. A partir de estos desarrollan conceptos respecto

a la comunicación patológica y el Modelo del Centro de Terapias Breves del MRI de Palo Alto (Cinabal, op.cit.).

1. La imposibilidad de no comunicar. No hay nada que sea lo contrario de conducta, es imposible *no* comportarse, toda conducta en una situación e interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno intente *no* puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican.

2. Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación. *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.* Toda comunicación implica un compromiso y por lo tanto, define la relación. Una comunicación, no solo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone conductas, Bateson nombra a estas dos operaciones como los aspectos "referenciales" y "conativos"; el primero transmite información y, por ende en la comunicación humana es sinónimo de *contenido* del mensaje; el aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y por lo tanto, a la *relación* entre los comunicantes.

3. La puntuación de la secuencia de hechos. Esta característica se refiere a la interacción entre comunicantes. Para un observador, *una serie de comunicaciones puede entenderse como una consecuencia interrumpida de intercambios.* Sin embargo, quienes participan en la interacción, introducen lo que, siguiendo a Whorf, ha sido llamado por Bateson y Jackson "la puntuación de la secuencia de hechos". Las personas puntúan la secuencia de modo que uno de ellos tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc.; es decir establecen entre ellos patrones de intercambio. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar esta secuencia es la causa de incontables conflictos en las relaciones.

4. La comunicación digital y analógica. La comunicación digital se refiere al contenido semántico que se transmite a través de símbolos lingüísticos o escritos (verbal). La comunicación analógica es todo lo que sea comunicación no verbal: gestos, movimientos corporales, postura, expresión facial, inflexión de la voz, y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz. El aspecto relativo al contenido se transmite de

forma digital, y el relativo a la relación es de naturaleza analógica. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

Bateson clasifica los canales de la comunicación en analógicos y digitales: las palabras están conectadas a objetos o a conceptos solamente mediante convenciones, como los símbolos numéricos (digit) para las cantidades, en cambio los canales no verbales comunican mensajes por analogía, como es el caso de los gestos. Según Bateson, son los mensajes analógicos los que califican a los mensajes digitales (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

5. Interacción simétrica y complementaria. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia. En la interacción simétrica los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca. En la interacción complementaria la conducta de uno de los participantes, complementa la del otro, constituyendo un tipo distinto de gestalt. Se ha sugerido un tercer tipo de relación, a saber, la "*metacomplementaria*" en la que A permite u obliga a B a estar en control de la relación, podríamos arreglar la "pseudosimetría" en la que A permite u obliga a B a ser simétrico.

Del pensamiento de Bateson se deriva asimismo la nueva interpretación de los conceptos de sismogénesis simétrica o complementaria, que de acuerdo con (Bertrando y Toffanetti, op.cit.) había formulado para describir los contactos culturales. La interacción simétrica entre dos personas implica la tendencia a reducir al mínimo las diferencias entre ambas, mientras que la complementaria, implica un equilibrio y una adaptación dinámica de los individuos que conservan sus diferencias.

2.1.4 Gregory Bateson y Teoría del doble vinculo

De cuna científica y biológica, con interés juvenil por la filosofía y de formación antropológica, Gregory Bateson es uno de los precursores más trascendentales de la Terapia Familiar Sistémica, ya que lo innovador y prolífico de sus ideas tuvo repercusiones

muy importantes en los pilares teóricos de ésta y otras disciplinas del conocimiento humano, como lo son la Cibernética, la Teoría de la Comunicación y el Constructivismo.

De acuerdo con Vargas (en Eguiluz, 2004) una de las principales influencias que ha tenido el desarrollo de la terapia sistémica han sido las ideas y propuestas de explicación que comenzaron a desarrollarse en el grupo cibernético, haciendo énfasis en las conferencias Macy, donde participaron científicos tanto de las ciencias “duras” como de las ciencias sociales, entre ellos podemos mencionar a los matemáticos Norbert Wiener y John Von Neuman, así como a los antropólogos Margaret Mead y *Gregory Bateson*, este último desempeñó un papel fundamental para llevar los conceptos de la cibernética y herramientas teóricas de corte antropológico al estudio del comportamiento, por lo que sus aportes constituyen la base teórica más importante en el desarrollo de la terapia familiar sistémica.

De acuerdo con Bertrando y Toffanetti (op.cit.) a través de Wiener, que había colaborado con Russell en 1913, Bateson profundiza en las paradojas del filósofo inglés y comparte con Wiener su visión holística e interdisciplinar: todo está conectado, por tanto los límites usuales entre las disciplinas deben de ser superados.

Uno de los conceptos fundamentales de la producción batesoniana es la “pauta que conecta” en ella se planteó cual es la pauta que conecta a todas las criaturas vivientes, cuales son las formas y las relaciones que pueden ser observadas en todos los fenómenos, priorizó los conceptos de forma, patrón y pauta para buscar una concepción totalizadora de la mente” (Cinabal, op.cit.; Hoffman, op.cit.). “La pauta que conecta es una metapauta. Es una pauta de pautas. Es esa metapauta la que define esta amplia generalización: que, de hecho son las pautas que las conectan” (Bateson, 1990 p. 10).

Bateson comienza a concebir la relación entre la sociedad y el individuo de una forma circular y recíproca, al tiempo que aumenta su interés por el modo que se articulan las diferencias dinámicas entre los grupos dentro de la sociedad. Considerando que podía existir un orden interno auto-equilibrador (Bertrando y Toffanetti, op.cit.; Cinabal, op.cit.).

Antes de que enfocara su atención a la dinámica familiar, Bateson investigó la estructura familiar de las tribus de las islas de Bali y Nueva Zelanda, así como la comunicación y comportamiento de algunas especies animales, junto a su esposa

Margaret Mead. En 1951 publica con Jürgen Ruesch el libro titulado "Communication. The Social Matrix of Psychiatry", en el que proponen que la comunicación es la matriz en la que están enclavadas todas las actividades humanas (Cinabal, op.cit.; Sánchez y Gutiérrez, op.cit.).

En 1952 la Rockefeller Foundation concede a Bateson una beca de dos años para estudiar la naturaleza y los niveles de comunicación. En ese tiempo el proyecto se ocupa de la comunicación ambigua, es decir de mensajes y metamensajes que se califican mutuamente, poniendo al receptor en una situación paradójica. Al recordar sus experiencias, Bateson recuerda a Erickson, que había participado en la conferencia interdisciplinaria de 1941, como el maestro de la comunicación antigua (Bertrando y Toffanetti, op.cit.; Ochoa, op.cit.).

Los axiomas de la Teoría de la Comunicación mencionados en el apartado anterior (que aunque fueron formulados con posterioridad, en 1967) constituyen por así decir la base de la "*teoría del doble vínculo*" publicada en 1956 para una explicación de la etiología de la esquizofrenia (Kriz, 1990).

A través de observaciones centradas exclusivamente en los individuos, el grupo de Bateson reconstruye un hipotético escenario familiar para el futuro esquizofrénico, caracterizado por comunicaciones definidas como "doble vínculo" (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

Teoría del "Doble Vínculo"

El ensayo original "Hacia una Teoría de la Esquizofrenia" fue publicado en 1956 por Bateson, Jackson, Haley y Weakland (Bateson, 1998) con el carácter de informe sobre un proyecto de investigación que formulaba y ponía a prueba una concepción amplia, sistemática, de la naturaleza, etiología y terapia de la esquizofrenia, basada en el análisis de las comunicaciones, específicamente en la teoría de los Tipos Lógicos de Whitehead y Rusell en 1910.

De acuerdo con Kriz (op.cit.) lo esencial de este trabajo consistió, en que rebasando la descripción empírico-fenomenológica, esbozaba una teoría. De esta manera se ofrecía una concepción sustancialmente contraria a la explicación somático-médica o

psicoanalítica: la esquizofrenia como una comunicación perturbada. Lo cual dio un fuerte impulso al ulterior desarrollo de la terapia familiar. Pakman (en Foerster, op.cit.) agrega que ésta teoría es la primera aplicación consistente del pensamiento sistémico al campo de la problemática social.

Los aspectos necesarios para que tenga lugar una situación de doble vínculo (Bateson, 1998) son:

- *Dos o más personas.* No suponemos que el doble vínculo sea infligido sólo por la madre, sino que puede serlo por alguna combinación madre, padre y/o hermanos.
- *Experiencia repetida.* El doble vínculo es un tema recurrente en la experiencia de la víctima, tan reiterada que pasa a ser una expectativa habitual.
- *Mandato primario negativo.* Puede tener una de estas dos formas: “no hagas eso o te castigaré”, “si no haces eso, te castigaré”. El castigo puede consistir en el retiro del amor, la expresión de cólera o el abandono.
- *Un mandato secundario.* Que está en conflicto con el primero en un nivel más abstracto y que, al igual que el primero esté reforzado por castigos. Éste es más difícil de descubrir que el primero por dos razones 1. Se comunica por medios no verbales; 2. Puede chocar con cualquier elemento de la prohibición primaria.
- *Un mandato negativo terciario.* Que prohíbe a la víctima escapar del campo, ya que en algunos casos se vuelve imposible por procedimientos que no son puramente negativos, por ejemplo las promesas de caprichosas de amor.
- El conjunto completo de los ingredientes deja de ser necesario cuando la víctima aprendió a percibir su universo bajo los patrones de doble vínculo.

De acuerdo con Bertrando y Toffanetti (op.cit.) una vez delineada la teoría de la comunicación esquizofrénica como comunicación que trasgrede las distinciones entre niveles lógicos (los esquizofrénicos no pueden diferenciar los metamensajes que determinan el contexto, tomando las metáforas literalmente y los hechos reales como metáforas) Bateson dirige su atención al contexto de aprendizaje que hace posible tal transgresión. La capacidad de comprender los metamensajes es fruto del

deuteroaprendizaje, que define como un aprendizaje de segundo orden: cuando aprendemos un comportamiento, aprendemos también la clase de comportamientos de los que forma parte (deutero-aprendemos el contexto que da sentido a ese comportamiento).

De acuerdo con Ochoa (op.cit.) una de las principales conclusiones a la que llegan los autores de esta teoría, entre otras cosas es que, aunque la situación de “doble vínculo” es un componente necesario de la esquizofrenia, no es suficiente para explicar la etiología de la misma.

El enfoque de la comunicación, tuvo la tendencia a integrarse a otros enfoques. Virginia Satir luego de participar en grupos experientialistas de Esalen, desarrollo un enfoque comunicacional más “experiential”. También las teorías relativas al tratamiento de familias extensas fueron influidas por este enfoque (Madanes, 1982).

Por primera vez, después de las cautas aproximaciones de Jackson a la terapia familiar conjunta, el MRI reconoce la importancia de la paradoja no sólo en la patología sino también en su curación, explicitando en su forma definitiva, la noción de doble vínculo terapéutico. El terapeuta no debe limitarse a esclarecer lo que sucede en la comunicación, sino que puede intervenir según un principio homeopático (*similia similibur curatur*): al proponer al cliente paradojas irresolubles, el terapeuta puede orientarle para que salga del doble vínculo y de las paradojas que lo tienen prisionero (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

2.2 Cambio epistemológico hacia la posmodernidad

El desafío paradigmático –revolucionario, potencialmente explosivo y naturalmente marginado- que plantean las teorías del construccionismo social, de la hermenéutica y la narrativa, son lo que para mi constituye el pensamiento posmoderno (Anderson, 1999).

El impacto del cambio epistemológico es notable: la tensión se desplaza del sistema observado al sistema del observador; del “descubrir” una realidad externa al “inventar” la realidad; de la llamada visión objetiva a la reflexividad y la autoreferencia (Kriz, op.cit.; Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

La posmodernidad se refiere a una época donde existe una amplia y constante exposición a otros valores, opiniones y estilos de vida, lo cual está teniendo el efecto de

relativizar nuestras más arraigadas creencias y valores, y una situación que permanentemente nos está empujando como la menciona Gergen, hacia una nueva conciencia de nosotros mismos (Limón, 2005).

Además del constructivismo y la fenomenología, el construccionismo constituye (aunque sobre bases diferentes) un desafío crítico al dualismo sujeto-objeto sobre el que se basa la concepción tradicional del terapeuta-científico. El construccionismo se ocupa más de las redes de relación que de los individuos, y cuestiona la posición de superioridad trascendente reclamada por aquellos que actúan según el modo científico tradicional (McNamee y Gergen, 1996).

2.2.1 Constructivismo

El constructivismo es una teoría filosófica del conocimiento que se remonta al trabajo del historiador del siglo XVIII Giambattista Vico, y que aparece posteriormente en los escritos de Nelson Goodman, David Hume, Immanuel Kant, George Kelly y Jean Piaget, entre otros. Desde la perspectiva constructivista, la realidad representa una adaptación funcional del sujeto; los seres humanos, en tanto sujetos que experimentan el mundo construyen e interpretan la realidad (Anderson 1999).

Watzlawick se hace cargo del primer libro que recoge las nuevas tendencias teóricas, *la realidad inventada*, donde aparecen también las ideas del constructivista radical Ernest Von Glasersfeld. Cibernética del segundo orden y *Constructivismo* se convierten en sinónimos para los terapeutas familiares que reciben con gran interés todas las novedades que plantean estas corrientes. Tal es el caso de Boscolo y Cecchin que las convierten en un punto de referencia teórico para su modelo, el cual evoluciona hacia la complejidad, dejan de creer que un *síntoma* de cualquier género sea invariablemente correspondiente a una cierta configuración familiar y sólo a ésta (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

Varela y Maturana crean el término autopoiesis (del griego "autos" = por sí mismo, y "poiein" = crear. Kriz, op.cit.) para referirse al proceso mediante el que interactúan las partes de un sistema hasta que producen la organización del mismo. El sistema autopoietico es informativamente cerrado en cuanto a lo externo (Bertrando y Toffanetti, op.cit.; Maturana, 1994).

Ludewig 1983 (en Kriz, op.cit.) señala que los sistemas vivos no pueden ser modificados de manera deliberada, sino que, por medio de influjos perturbadores, se los puede mover a que abandonen su actual forma estructural para que después se organicen de manera autónoma.

Teorías de la conducta familiar orientadas a la interacción, han dado origen a la noción de que algunos patrones de transacción, por ejemplo la “seudomutualidad” de Wyne, o la “doble ligadura” o “doble vinculo” de Bateson 1956 (en Bateson, 1998) estorban directamente la autonomía de la persona (Boszormenyi-Nagy y Framo, 1976).

El aforismo de Maturana “toda expresión es expresión de un observador” (Foerster op.cit.; Bertrando y Toffanetti, op.cit.) subraya la posición constructivista: desde el momento en que falta un punto de apoyo externo para decidir acerca de la verdad, no se puede hacer otra cosa que no sea basarse en las múltiples realidades que surgen en el lenguaje a través del consenso.

El constructivismo recoge aportaciones de la antropología, biología, neurociencia, filosofía, sociología y tradiciones espirituales. Es un enfoque que tiende puentes entre mente y cuerpo, cabeza y corazón, individuo y sociedad, y entre ciencia y espiritualidad. Ofrece una forma positiva y prometedora de entender la experiencia humana como un experimento complejo que dura toda la vida. Existen cinco temas básicos que capturan la esencia natural del constructivismo: actividad, orden, identidad, relación sociosimbólica y desarrollo vital (Mahoney, 2005).

Mientras el constructivismo pone el acento sobre el observador y sus constructos mentales, el construccionismo social pone en primer plano la idea de relación, vista como expresión no de estructuras o patrones comportamentales, sino de sistemas de lenguaje y de significado (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

La psicoterapia desde el constructivismo

La psicoterapia se puede definir como un intercambio abigarrado y sutil y una negociación de significados interpersonales. El objetivo es articular, elaborar y revisar aquellas construcciones que utiliza el cliente para organizar su experiencia y sus actos. Con la búsqueda humana más básica, la de relación, de conexión y de mutualidad de

significado, a pesar de que somos seres únicos, usando la base común que nos proporciona nuestro lenguaje (Neimeyer y Mahoney, (1998).

La premisa básica es que el observador forma parte de lo que está observando y, en consecuencia el terapeuta forma parte del sistema en que ofrece la terapia. Sus observaciones están influenciadas por lo que observan, y lo que observan está influenciado por sus observaciones; es un círculo cerrado y no existe una "realidad externa" (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

2.2.2 Construccinismo Social

Una forma de concebir el cambio de pensamiento que da paso hacia el construccionismo la encontré en lo expresado por Keeney (1987) cuando menciona que se podría pensar que el mundo, tal como lo conocemos es enteramente construido por uno mismo, pero que este *solipsismo ingenuo* es una concepción tan limitada como aquella según la cual el mundo real está afuera y nuestros sentidos no hacen más que formar un modelo interno de él. Según este autor, existe una concepción más abarcadora, que consiste en entender cada una de estas perspectivas, como miradas parciales de un cuadro total. Las dos perspectivas son complementarias, y nuestra epistemología se enriquecería si visualizamos ambas.

Mientras el constructivismo pone el acento sobre el observador y sus constructos mentales, el construccionismo social pone en primer plano la idea de relación, vista como expresión no de estructuras o patrones comportamentales, sino de sistemas de lenguaje y de significado (Bertrando y Toffanetti, op.cit.). Tiene sus raíces principales en el pensamiento crítico –que es por definición un intento de revisar nuestros propios sesgos determinantes y supuestos– ya sea social, cultural, político o lingüístico (Pakman, 1997).

La certeza que poseemos no la proporciona la mente del individuo singular, sino que más bien resulta de las relaciones de interdependencia (Gergen, 1996). El lenguaje significativo es el producto de estas, exigiendo las acciones coordinadas formadas al menos por dos personas, y hasta que no existe un acuerdo mutuo sobre el carácter significativo de las palabras no logran constituir el lenguaje.

Todos actuamos dentro de sistemas múltiples de relaciones, donde las imágenes que tenemos de nosotros mismos se derivan del contexto del grupo en que nos encontramos en un momento determinado; por lo que el individuo limitado tiene una imagen limitada de sí mismo, la cual a su vez extrae de un contexto limitado que le impide el crecimiento (Satir, 1983).

Nuestros mundos no reflejan una realidad objetiva permanente, sino que son contruidos y definidos contextualmente en el discurso social y comunitario. A medida que, en la conversación, se co-construye el significado, surgen otras opciones y posibilidades (Friedman, 2001).

Las nuevas tecnologías permiten mantener relaciones, directas o indirectas con un círculo cada vez más amplio de individuos. En muchos aspectos, estamos alcanzando lo que podría considerarse un estado de "saturación social". Nuestro vocabulario relativo a la comprensión del Yo se ha modificado notoriamente a lo largo del siglo, y con él el carácter de los intercambios sociales. Pero la creciente saturación de la cultura pone en peligro todas nuestras premisas previas sobre el yo, y convierte en algo extraño las pautas de relación tradicionales; se está forjando una nueva cultura. El bienestar de los seres humanos dependerá de la tecnología de la saturación social y del tránsito a una existencia posmoderna (Gergen, 1992).

La psicoterapia desde el construccionismo

Gergen (en Limón, 1995) propone que los terapeutas pongan más atención sobre los patrones de intercambio sugeridos por las propias acciones de los pacientes-clientes. Favoreciendo las explicaciones relacionales que consideren el proceso interpretativo como un proceso de mutua colaboración, y no como el acto de un individuo aislado que intenta localizar la región interna de una persona, por lo que sugiere, de manera muy gratificante, desplazar la metáfora del texto por la metáfora de la danza o juego.

Para Anderson y Goolishian en (McNamee y Gergen, 1996) las teorías de la terapia se desplazan rápidamente hacia una posición más hermenéutica e interpretativa. Esta concepción destaca que los "significados" los crean y experimentan los individuos que

conversan. La acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo.

2.3 Modelos de intervención en la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

La terapia familiar sistémica se fue nutriendo de diversos enfoques teóricos y sociales, de los cuales sus aportaciones han llevado al establecimiento y desarrollo de diferentes aproximaciones terapéuticas para el tratamiento de las familias.

Desde el enfoque sistémico, cuando hablamos de los modelos de intervención nos referimos a estrategias o técnicas integradoras, ya que, aunque el modelo puede llevar por diferentes caminos en el momento de las intervenciones, el fin es el mismo, lograr cambios en el entorno familiar de una manera integral. Por lo que es importante conocer las diferentes aproximaciones terapéuticas que han formado parte de la historia de la terapia familiar sistémica.

Una teoría de la complejidad debe tener en cuenta las inevitables singularidades de cada situación humana; y está influida por tal número de variables que resulta imposible pensar en reducirla a las pocas variables observadas. De esta forma la terapia se convierte en una creación común, entre terapeutas y clientes, de historias alternativas y atribuciones de nuevos significados a la realidad compartida (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

2.3.1 Modelo Estructural

Antecedentes y definiciones

De acuerdo con Umbarger (1983) fue del paradigma sistémico de la actividad humana que se extrajeron los términos teóricos de la terapia familiar estructural. El marco conceptual de Minuchin debe mucho a la teoría de los sistemas y sin embargo se inclina muy poco hacia el paradigma cibernético. En su mayor parte, su lenguaje parece derivarse

de la teoría de la organización y de la teoría de los roles, basándose en gran medida en metáforas espaciales como fronteras, mapas, territorio, estructura, etcétera (Hoffman, op.cit.).

El paradigma sistémico de la conducta pone de relieve las proposiciones principales de la terapia familiar estructural, algunos de los rasgos más importantes de acuerdo con Cinabal (op.cit.) son:

a) Parte y todo. Merecen atención no la parte individual ni el contenido aislado, sino el sistema más vasto, que es diferente a la mera suma de sus partes y el proceso transaccional que ocurre en su interior. Este sistema es el contexto ambiental en que las partes funcionan y los contenidos particulares ocurren.

b) Realimentación y homeostasis. En caso de que la información señale una diferencia respecto a una línea base del diseño global, pueden ocurrir conductas reductoras de desviación. Estas inducen constancia homeostática en el sistema.

Cinabal (op.cit.) añade que las realimentaciones pueden ser negativas o positivas, las primeras atenúan el impulso al cambio favoreciendo la homeostasis y las segundas, amplían y refuerzan los estímulos para cambiar (morfogénesis).

c) Circularidad. Causa y efecto se consideran ahora circulares, no lineales. La causalidad circular incide en la observación y comprensión de las relaciones presentes entre los miembros de una familia.

d) Cambio. Para producir cambio en el sistema total, así como en una parte individual se tiene que intervenir en el todo, así como en la parte.

e) Equifinalidad. La familia posee un orden jerárquico que posee la vitalidad del grupo, mediante sus propias funciones y estructura, gobernadas en última instancia por este principio.

Definición

El modelo estructural se define como "el conjunto invisible de pautas o demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia", estas pautas establecen como, cuando, y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de los sus miembros (Minuchin, 1983).

Precusores y representantes

La teoría de la comunicación tendió a integrarse a otros enfoques por ejemplo el que desarrolló Virginia Satir “enfoque comunicacional experiencial”, o a las teorías relativas al tratamiento de las familias extensas; pero, básicamente el enfoque de la comunicación dio origen a dos ramas de terapia: una estratégica, y una **estructural** que pone el acento en la organización jerárquica y sus distintas estructuras comunicacionales (Madanes, op.cit.) donde los cambios introducidos en las vías de comunicación conducen a importantes modificaciones estructurales en la familia.

Una de las principales influencias para el desarrollo de la terapia estructural es Nathan Ackerman ya que con su terapia denominada “integrativa” instaló un puente entre la terapia familiar psicoanalítica y los terapeutas que empezaban a aplicar la “teoría de sistemas” al tratamiento familiar (Ochoa, op.cit.). El consideró que los problemas se generan en la interacción familiar e inicio la perspectiva de ver a la familia como una unidad de tratamiento y diagnóstico.

La influencia de Ackerman se refleja en todos aquellos que continuaron con sus enseñanzas y que fueron capacitados en su instituto como Israel Zwerlin y Salvador Minuchin, que al iniciar sus trabajos en la Wiltwich School en Nueva York, fungió como profesor y primer supervisor a Ackerman.

Uno de los terapeutas que más ha desarrollado el modelo estructural es Salvador Minuchin, nació en Argentina, el año 1921. Creció en una familia de inmigrantes judíos. Se graduó en 1946 de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba. En 1950 se trasladó a los EE.UU. para estudiar psiquiatría, y poco después se especializó como psicoanalista en la ciudad de Nueva York. Sus concepciones acerca de la importancia de las estructuras y los límites en los contextos familiares se impusieron en el medio de los psicoterapeutas de los años '60 que habían comenzado recientemente a tratar familias en vez de a individuos. Minuchin fue académico de la cátedra de pediatría y psiquiatría infantil en la Universidad de Pennsylvania y psiquiatra jefe de la clínica infantil y director de la Child Guidance Clinic en Philadelphia en 1965 (Sánchez, 2000; Desatnik, 2004 y Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

Junto a Jay Haley, Braulio Montalvo y Bernice Rosman Minuchin desarrolló un programa de capacitación y entrenamiento para terapeutas familiares, el que ya entonces

incluía las sesiones supervisadas y las grabaciones en video de las sesiones de terapia (Sánchez, 2000; Desatnik, 2004 y Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

Principios básicos

Axiomas

Existe una influencia de la familia sobre sus miembros que fue demostrada experimentalmente por una investigación, de las enfermedades psicosomáticas de la infancia, que llevo a cabo Minuchin al lado de Lester Baker. La patología puede ubicarse en el interior del paciente, en su contexto social o en el feedback entre ambos. La terapia desde este punto de vista se basa en tres axiomas (Minuchin, 1983):

- Primero: La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste por secuencias repetidas de interacción.
- Segundo: que las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de este sistema.
- Tercero: la conducta del terapeuta es significativa en este cambio. Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o la familia, su conducta se incluye en este contexto.

Objetivos principales

El objetivo de las intervenciones en el sistema familiar es el presente. El terapeuta se asocia a este y utiliza a su persona para transformarlo. Al cambiar la posición de los miembros cambia sus experiencias subjetivas. Con este objetivo el terapeuta confía en algunas propiedades del sistema:

- a). Una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio.
- b). El sistema de la familia se organiza sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. El terapeuta se une a ellos.

c). El sistema tiene propiedades de auto perpetuación. Por lo tanto el proceso que el terapeuta inicia será mantenido en su ausencia, por los mecanismos de autorregulación de éste.

Estos conceptos constituyen el fundamento de la terapia familiar. Sin embargo, la terapia estructural de familia debe partir del modelo de normalidad que le permita medir las anomalías (Minuchin, 1983).

El punto de partida es un modelo normativo de la familia que funciona, las familias han de trazar unas fronteras claras entre las generaciones, distribuir jerárquicamente las competencias y acomodar esa estructura interna a los propios ciclos evolutivos y al entorno. Cuando las familias se apartan de esa norma, fracasan en las condiciones cambiantes y se llega a trastornos en forma de síntomas Ludewig (op.cit.). Entonces el objetivo es que el terapeuta conozca esos trastornos y los elimine mediante intervenciones correctoras; y cambiar a otra estructura que él valore como más adecuada (Cinabal, op.cit.).

Técnicas principales de intervención

La terapia estructural muestra la probabilidad de sistematización, al evaluar y planificar los pasos, para generar cambios. Sin embargo, la aplicación de este modelo no se reduce a la aplicación de técnicas; toma en cuenta el marco epistemológico del terapeuta, la evaluación que hace de la relación con la familia y la posición que terapeuta y familia asumen en el sistema terapéutico total. Por esto es importante el planteamiento de hipótesis y objetivos terapéuticos en continua revisión entre el terapeuta y la familia (Minuchin y Fishman, 1992).

Diagnóstico

En terapia familiar, el diagnóstico es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con su proceso de unión con la familia. Al evaluar las transacciones familiares, el terapeuta se concentra en seis áreas fundamentales Minuchin (1983):

a) Estructura, pautas transaccionales y alternativas disponibles.

- b) Flexibilidad del sistema y su capacidad de elaboración y reestructuración.
- c) Resonancia del sistema familiar.
- d) Contexto de vida de la familia.
- e) Estadio de desarrollo de la familia y su rendimiento en las tareas apropiadas a él.
- f) Formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

Intervención

El terapeuta estructural trabaja con técnicas orientadas hacia la situación actual de la familia y sus relaciones, participa activamente en la dinámica con el objeto de modificarla; esta modificación de la estructura se puede definir como una redistribución de las posiciones jerárquicas y de nivel en el seno de la familia (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

Las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar la familia mediante el cuestionamiento de su organización. Existen *tres* estrategias principales de terapia estructural de familia, cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas, las cuales se pueden usar simultáneamente (Minuchin y Fishman, 1992; Desatnik, 2004):

1. Reencuadre: cuestionamiento del síntoma. El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes. Las técnicas que están al servicio de esta estrategia son:
 - La *escenificación*. El terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia y ello con el propósito de vivenciar la realidad familiar como aquellos la definen.
 - El *enfoque*. El terapeuta organiza los datos de las interacciones familiares en torno de un tema que les imparte un sentido nuevo.
 - Logro de *intensidad*. El terapeuta refuerza el influjo del mensaje terapéutico, destacando la interacción disfuncional.

2. Reestructuración: cuestionamiento de la estructura. Aumentar o disminuir la proximidad entre los miembros de holones significativos puede dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar, hasta entonces inhibidos por la participación en el subsistema. Los sectores disfuncionales a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa, por ello la terapia es en buena medida un proceso en el que se verifica la proximidad y la distancia. Las técnicas de que se dispone para esta estrategia son:

- *Fijación de fronteras*. Modifica la participación de los miembros de diferentes holones.
- *Desequilibramiento*. Modifica la jerarquía de las personas dentro de un holón.
- *Complementariedad*. Esta hace un cuestionamiento de la idea de jerarquía lineal.

3. Construcción de la realidad: cuestionamiento de la realidad familiar. Los pacientes acuden a la terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construido, por lo tanto, todas las variedades de terapia se basan en el cuestionamiento de esos constructos. Entonces para modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia, es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las técnicas utilizadas al servicio de esta estrategia son:

- *Constructos cognitivos*. El terapeuta puede utilizar esta intervención para trazar estas fronteras. Un ejemplo son las metáforas.
- *Intervenciones paradójicas*. Esta intervención tiene como consecuencia lo opuesto a lo que se pretende: redefinición, prescripción, restricción, inversión y el uso del coro griego.
- Insistencia en los *lados fuertes* de la familia. Cada familia posee en su propia cultura elementos, que si se les comprende y se les utiliza, se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros.

“Una limitación de la teoría de Minuchin es que no contiene una teoría del cambio lo bastante comprensiva para cubrir el campo mal llamado resistencia y los modos que más eficazmente la tratan, especialmente en casos que Minuchin llamaría de familias

enredadas" (Hoffman, op.cit.). Algo en lo que coincido con esta autora es que para llevar a cabo la técnica efectivamente, se requiere de mucha práctica y supervisión de un experto por bastante tiempo.

2.3.2 Modelo Estratégico

De acuerdo con Cade y O'Hanlon (1995) los enfoques breves estratégicos pueden dividirse en dos grupos principales, según el modo en que tiende a utilizarse la información:

a) El enfoque (que definiremos como terapia estratégica) interesados en el modo en que las secuencias repetitivas revelan y reflejan la *forma*. Por lo general se considera que los síntomas cumplen una función en la familia y aportan información metafórica sobre la disfunción jerárquica. Se observan las secuencias para trazar el mapa de la organización familiar. Su principal representante es Haley.

b) Los enfoques (terapias breves) para los cuales la definición de las ideas y de las secuencias repetitivas que rodean a los síntomas constituye un nivel de explicación suficiente (*proceso*); se consideran innecesarias las inferencias sobre su propósito, su función o la estructura familiar. Las secuencias se observan para identificar pautas de pensamiento y conductas que se autoreforzan. Este enfoque está representado principalmente por el proyecto de terapia breve del MRI (siguiente apartado).

Pero más allá de las diferencias, ambos modelos comparten algunas ideas básicas: son terapias ligadas al síntoma, el pasado no es fundamental; los problemas son fundamentalmente relacionales; el terapeuta debe ser activo y escoger el camino de solución más corto posible (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

Antecedentes y definiciones

El enfoque estratégico no es simplemente una teoría y práctica concreta en el campo psicoterapéutico, sino una verdadera escuela sobre "cómo" los seres humanos se relacionan con la realidad, sobre cómo cada uno de nosotros se relaciona consigo mismo, con los demás y con el mundo. La tradición pragmática y filosofía de la estratagema como clave de solución de problemas tiene un historia antigua, se encuentran aportaciones

estratégicas por ejemplo en el arte de persuasión de los sofistas, en la antigua practica del Zen o en el libro de las 36 estratagemas de la antigua china (Nardone y Watzlawick, 2000).

La terapia estratégica es por lo general una intervención terapéutica breve orientada a la eliminación de los síntomas y a la resolución del problema presentado por el paciente; su planteamiento se expresa en la reestructuración modificada de los modos de percepción de la realidad y las consiguientes reacciones del paciente (Nardone y Watzlawick, 2000).

La terapia se puede denominar estratégica si el clínico inicia lo que sucede en ella y diseña un enfoque particular para cada problema, el terapeuta debe identificar los problemas resolubles, establecer metas, diseñar intervenciones para alcanzar éstas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y en última instancia examinar el resultado de su enfoque para ver si ha sido eficaz. El terapeuta debe ser agudamente sensible y receptivo al paciente y a su campo social, pero él mismo tiene que determinar su modo de proceder Haley (1983).

Precursores y representantes

Aunque en la mayoría de los aspectos puede colocarse a Haley dentro de la escuela estratégica, en realidad es una figura de transición entre las posiciones estructural y estratégica. En su libro "terapia no convencional" Haley no sólo acuñó el término de terapia estratégica, sino que trató de crear un modelo de terapia basado en técnicas hipnóticas, teniendo como base la labor clínica de Erickson (Hoffman, op.cit.).

De acuerdo con Galicia (2004) en la obra de Haley se pueden identificar tres momentos importantes y sus precursores que influyen directamente:

1. Bateson y Weakland

En los inicios del grupo de Palo Alto (de 1952 a 1962) antes de que se creara el MRI Haley trabajo con ellos sobre los problemas de comunicación como producto de éste, se publicaron varios escritos sobre estos temas, en 1963 Haley publica su libro estrategias

de psicoterapia en el que expone su opinión respecto a esos trabajos (Galicia, op.cit.). Aunque Haley fue coautor del célebre artículo de 1956 sobre el doble vínculo, el primer trabajo que lo caracterizó individualmente fue un artículo de 1958 llamado el arte del psicoanálisis, sosteniendo que el psicoanálisis no es un tratamiento, sino un método para atrapar a los clientes en un doble vínculo terapéutico del que es difícil escapar (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

2. Milton Erickson

El estilo terapéutico de Haley, está basado en las directivas y proviene claramente de las técnicas propuestas por Erickson, de él recibió entrenamiento y supervisión y su contacto con él se mantuvo hasta 1980 (Galicia, op.cit.).

En su libro *Terapia no convencional* Haley menciona que constituye el producto de los encuentros que tuvo con el doctor M. Erickson durante 17 años, por lo que en general la obra está basada en la descripción del estilo terapéutico del mismo, el cual es el resultado de treinta años de experimentación con diferentes métodos para promover el cambio terapéutico.

González (2004) menciona que Milton Erickson es el primero en usar el propio sistema de creencias y recursos internos del paciente. Para él, el proceso terapéutico es un estilo de comunicación e intercambio que facilita y promueve el contacto con los recursos naturales que cada persona posee, para prevenir o enfrentar y resolver situaciones problemáticas en la vida cotidiana. Esta comunicación se logra a través del *trance hipnótico*¹³.

3. Salvador Minuchin y Braulio Montalvo

Según Haley su mirada hacia lo familiar fue dirigida por las ideas que compartieron con él dichos autores hacia finales de la década de los 60's cuando trabajó en el Child Guidance Clinic en Philadelphia, el trabajo aquí influyó a Haley más de lo que se podía

¹³ Estado alterado de conciencia que permite a la persona ponerse en contacto consigo misma sin perder la conciencia y la capacidad de participando activamente en su proceso terapéutico y/o entrenamiento emocional (González op.cit.).

esperar, aunque siempre negara la naturaleza “estructural” de su teoría (Bertrando y Toffanetti, op.cit.).

La idea de tratar los desordenes de los adolescentes interviniendo en la jerarquía de la familia es una derivación de Erickson y de Minuchin, décadas después Haley reconoce que la influencia de Montalvo fue mayor que la de Minuchin (Galicía, op.cit.).

Representantes

De acuerdo con Haley y Richeport (2006) la terapia estratégica que floreció en la década de los 80's se centraba en tres grupos excepcionales y creativos: el centro de terapia breve del MRI (Weakland, Watzlawick y Fisch); Mara Selvini Palazzoli y sus colegas de Milán y naturalmente Haley y sus colegas.

De igual forma para Galicia (ibíd.) entre los terapeutas más representativos de este modelo se encuentran Jay Haley y Cloé Madanes, juntos desarrollaron conceptos sobre la formación de terapeutas y dirigieron el Instituto de la familia en Washington.

La influencia de Haley ha estado presente en diferentes propuestas de terapia breve, puede mencionarse el trabajo de Fish, Weakland y Segal (1994), que en su libro la táctica del cambio mencionan muchas de sus ideas estratégicas. Seguidores de Haley y Madanes que hayan reivindicado y/o continuado en la actualidad las ideas de poder, jerarquía y directividad no se han encontrado claramente (Galicia, ibíd.).

Nardone menciona que algo que ha distinguido su trabajo como investigador y terapeuta es el intento de hacer evolucionar la terapia breve, para que pase a ser de un modelo general a modelos específicos de intervención contruidos *ad hoc* para tipologías de problemas concretos, utilizando una metodología empírico-experimental, que ha llevado a cabo desde 1985 en el Centro de Arezzo. También menciona a otro grupo que ha presentado resultados significativos en las investigaciones con base sistémico-estratégica: el grupo de Steve de Shazer y su grupo de Milwaukee (Nardone, 2000).

Principios básicos

Un rasgo fundamental de la terapia estratégica es que el terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente. No

aplica un mismo método para todos los casos, sino uno específico de acuerdo a la problemática presentada. Como la terapia se centra en el contexto social de los dilemas humanos, la tarea del terapeuta reside en programar una intervención en la situación social en que se encuentra el cliente Madanes (op.cit.).

Haley (1983) menciona que los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente, y que una de las formas de planear una estrategia es sustituir el esquema que presenta la familia por otro diferente, antes de pasar a reorganizarla en una jerarquía más funcional.

Entre los principales objetivos de de este enfoque se encuentran los siguientes:

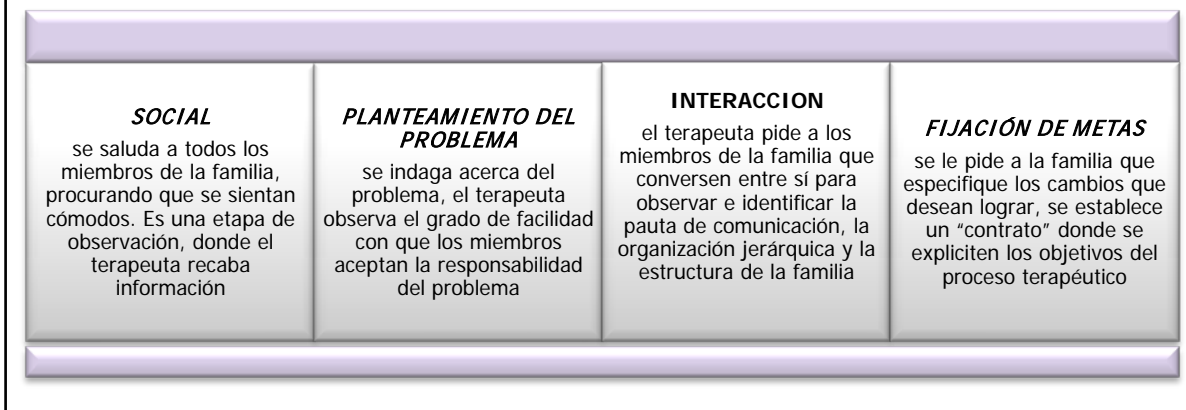
- ✓ Impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas, ya que por su modo de conceptualizar el problema, el enfoque estratégico hace hincapié en lo analógico, se presume que el problema de un niño o un adulto son modos que ellos tienen de comunicarse con los demás.
- ✓ A través de la obtención de información relevante respecto a lo que le ocurre al cliente, éste define junto con su terapeuta en cuáles serán las metas del tratamiento, estas se definen de tal modo que sean fácilmente alcanzables y susceptibles de ser evaluadas, es decir son definidas en términos conductuales (González, op.cit.).
- ✓ Cuando las soluciones de las personas para resolver los problemas son ineficaces y están encalladas, la terapia tiene que tender a interrumpir los procesos generadores de dichos problemas, mediante una intervención estratégica (Ludewig, op.cit.).

Técnicas principales de intervención

Etapas de la entrevista

Algunas orientaciones como el MRI y la estratégica de Haley, enfatizan la necesidad de programar desde la primera entrevista las etapas del tratamiento, para lo cual debe discutirse con el cliente cuáles serán los sucesivos cambios mínimos a introducir en el síntoma (Navarro, 1992).

Figura 2. Etapas en la entrevista, Haley (1988)



Ha existido cierta controversia en cuanto a la división de las etapas, por ejemplo para Ochoa (op.cit., p.180) sólo las tres primeras etapas corresponden al proceso de evaluación y la cuarta pertenece específicamente a la intervención, incluso en la tercera etapa añade algunas preguntas a las que menciona Haley por ejemplo: ¿Que hace cada integrante de la familia cuando aparece el síntoma?

De acuerdo con Ochoa (op.cit.) las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema. Las *técnicas de intervención* tienen como finalidad cambiar las interacciones familiares y entre ellas se encuentran: connotaciones positivas y redefiniciones; tareas directas; tareas paradójicas; tareas basadas en la simulación; ordalías y metáforas. Mencionaremos algunas con las que coincide Haley (1980):

- **Directiva:** *toda acción del terapeuta que constituye un mensaje para que haga o deje de hacer algo.* Estas pueden darse de forma directa o implícita (una inflexión de voz, un ademán o un silencio).

Figura 3. Tipos de directivas, Haley 1980.

1. Decirle a las personas que deben de hacer con el propósito de que lo cumplan:

a). **Ordenar que deje de hacer algo:** ésta es difícil, ya que es preciso que el terapeuta goce de prestigio para lograr que una persona abandone su comportamiento habitual.

b). **Pedir que haga algo diferente:** el terapeuta trata de cambiar el comportamiento pidiendo una conducta diferente a lo usual . El pedido puede hacerse.

- Mediante consejos
- Dando directivas para cambiar la secuencia

2. Decirle a la familia que hacer con el proposito que no lo cumplan. **TAREAS PARADÓJICAS**

Estas presentan siempre dos mensajes transmitidos a niveles diferentes: "cambien" y "no cambien"

- Enfoque global de la familia
- Sólo a una parte de la familia

- Tareas metafóricas: el uso de analogías

La formulación explícita de lo que el terapeuta desea que acontezca en una familia, o de lo que quiere que hagan sus integrantes, no siempre es el enfoque más acertado, pues a veces la gente estará más dispuesta a cumplir una directiva si no tiene conciencia de haberla recibido. Un modo de impartir este tipo de directivas es expresándose con metáforas; las cuales no se expresan sólo con palabras: también hay acciones metafóricas. La forma en que el terapeuta trate a los niños en el consultorio puede influir en el trato que les den sus padres, aun sin hacerles ninguna observación (Haley, 1988; Cinabal, op.cit.).

- Tareas paradójicas: etapas

Estas presentan siempre dos mensajes transmitidos a niveles diferentes: "cambien" y "no cambien". Existen varias etapas en el proceso del establecimiento de una tarea paradójica, las cuales se mencionan a continuación:

1. Hay que establecer una relación que se define como tendiente a provocar el cambio.
2. Definir claramente el problema.
3. Fijar los objetivos con claridad.
4. Ofrecer un plan de acción.
5. Descalificar diplomáticamente a quien es tenido como autoridad en la materia.
6. Impartir la directiva paradójicamente.
7. Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual.
8. A medida del cambio, el terapeuta deberá evitar que se le acredite como un logro, esto significaría que las recaídas están en relación con él, si bien este puede desear compartir su obra con el cliente y explicarle que está haciendo en realidad, corre el riesgo que su necesidad de aliento provoque un retroceso, una forma de evitar el merito propio es mostrarse perplejo ante una mejoría.

El empleo de analogías o metáforas parece ocupar un lugar primordial en los procedimientos terapéuticos. El psicoanálisis motivo a los pacientes a hablar en modo analógico, la metáfora onírica se sometía al proceso de la asociación libre, y esta conducía a la descripción de un hecho que a su vez tomaba la forma de metáfora referida a otros aspectos de la vida del paciente (Haley, 1988).

2.3.3 Modelo de Terapia Breve del MRI, Centrada en los problemas

Dentro de los enfoques terapéuticos que han obtenido un mayor número de resultados favorable, o por lo menos que se ha podido comprobar su eficacia debido a que éstos son observables y medibles, es el enfoque de Terapia Breve, que es considerado hasta hoy como uno de los principales modelos en terapia familiar sistémica, y dentro de esta rama de la terapia breve uno de los que mayor impacto (por su investigación y resultados) ha tenido sobre los modelos posteriores es el del grupo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto.

En la psicoterapia existe actualmente una marcada tendencia a reducir la duración de las intervenciones, la cual parece determinada en buena medida por los factores socioeconómicos, pero que se ajusta también a lo que los beneficiarios de éstas, prefieren

(Beyebach, 1995). Para ayudar a las personas a resolver sus problemas no necesariamente tenemos que estar mucho tiempo en el diván o con medicamentos. Lo que busca el proceso terapéutico breve es contribuir a encontrar soluciones lo más rápido posible, y así “darle vuelta” a sus historias de dolor (Gutierrez, 2008).

Antecedentes y definiciones

La terapia breve se basa en un encuadre epistemológico que comprende toda una gama de posibilidades de intervención, que podrían ser utilizadas en sí mismas como un modelo independiente y eficaz, o dentro de otros modelos de intervención como auxiliares de éstos (Freidberg, 1989).

Dentro de la literatura (Bertrando y Toffanetti, op.cit.; De Shazer, 1987; Espinosa, 2004; Freidberg, ibíd.; Hoffman, op.cit.; Ochoa, op.cit.; Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1985 y Wittezaele, y García, 1994) se han encontrado datos que coinciden en los postulados teóricos, así como de los precursores que han sido la base de las investigaciones y el trabajo terapéutico del enfoque, los principales son los siguientes:

Teoría General de los Sistemas¹⁴

Para el MRI la Teoría de los Sistemas dio las bases para comprender mejor el funcionamiento del sistema familiar y así por medio de intervenciones específicas, lograr romper su equilibrio sintomático.

Pensar en términos de sistemas puede ser efectivamente una ventaja decisiva en el trabajo con los grupos humanos, ya sea de familias o de conjuntos más amplios. La estructura de un pequeño sistema como la familia, y la de uno más amplio, es frecuentemente isomórfica, es decir que hay ciertos elementos estructurales que son similares o incluso idénticos Watzlawick (1994).

¹⁴ Un desarrollo amplio de este tema se llevó a cabo al inicio de éste capítulo, en el apartado 2.1.1.

Teoría de los Grupos¹⁵

Para los representantes del modelo de terapia breve del MRI (Watzlawick, et. al. op. cit.), ésta teoría les proporcionó una base válida para pensar acerca de la interdependencia entre persistencia y cambio, ya que pudieron observar al describir de un modo sencillo algunas de las propiedades de los grupos, cómo cambios particulares no ocasionan diferencias en el grupo. Sin embargo añaden que algo que no puede proporcionarles ésta teoría es un modelo para aquellos tipos de cambio que trascienden de un determinado sistema o trama de referencia, por lo que recurrirán a la Teoría de los Tipos Lógicos.

Teoría de los Tipos Lógicos¹⁶

Esta Teoría proporcionó a los investigadores del MRI una base para considerar la relación existente entre miembro y clase, así como la particular transformación que representan las mutaciones de un nivel lógico, al inmediatamente superior. Watzlawick, et. al. (op. cit) llegaron a dos conclusiones: a) los niveles lógicos deben ser estrictamente separados a fin de evitar paradojas y confusiones; b) pasar a un nivel superior (de un miembro a la clase) supone una discontinuidad, un cambio de mayor importancia. Es como abandonar “la cosa”, para poder pasar al “nombre de la cosa”, o como resumió adecuadamente esta teoría Korzybski: “el mapa no es el territorio” Wittezaele, y García (op. cit.). De las últimas dos teorías, se deducen la existencia de dos tipos de cambio de acuerdo con Watzlawick, et. al. (op. cit):

- *Cambio tipo 1*: tiene lugar dentro de un determinado sistema, en sí permanece inmodificado.
- *Cambio tipo 2*: cambio a un estado completamente distinto.

¹⁵ Esta teoría surgió durante la primera parte del siglo XIX. Una revisión más detallada se encuentra en Watzlawick, et. al. (1985, pp. 23-25).

¹⁶ Teoría desarrollada por Whitehead y Russell en 1910, en su obra Principia Mathematica (Espinosa, op. cit., Watzlawick, et. al. op. cit. p. 26 y Wittezaele, y García, op. cit.).

Teoría de la Comunicación Humana

En esta teoría los autores Watzlawick y Beavin (op.cit.) hacen referencia a la comunicación como comportamientos que afectan la interacción de las personas y plantean en forma de axiomas¹⁷ algunas de las ideas surgidas de su trabajo con Bateson. A partir de estos desarrollan conceptos respecto a las dificultades que se pueden presentar si existe una comunicación problemática.

Precursores y representantes

Como se ha podido observar, muchos son los personajes que contribuyeron a la formación de las bases teóricas del MRI, sin embargo por razón de espacio y contribuciones directas, sólo se mencionan dos de los predecesores más importantes en la historia de este instituto: Gregory Bateson y Milton Erickson¹⁸.

Formación del MRI

Don D. Jackson entusiasmado por el éxito del ensayo "Hacia una Teoría de la Esquizofrenia" publicado en 1956 por Bateson, Jackson, Haley y Weakland (Bateson, 1998) desea tener su propio instituto de investigación y en 1959 inaugura al lado de Riskin y Satir el Mental Research Institute en Palo Alto California (Bertrando y Toffanetti, op.cit; Espinosa, op.cit.; Hoffman, op.cit; Ochoa, op.cit; y Wittezaele, y García, op.cit) o también nombrado por otros autores como IIM (De Shazer, op.cit.). En 1967 se crea dentro del mismo instituto el Brief Therapy Center, con el ingreso de Fisch, donde se unen Weakland y Bodin y se reincorpora Watzlawick, siendo ellos sus representantes surgen las iniciativas en los años posteriores (Bertrando y Toffanetti, op.cit.). A continuación se mencionan algunas de sus premisas principales, así como las principales estrategias de intervención.

¹⁷ Se describen en éste capítulo, dentro del apartado 2.1.3. Una descripción más detallada se encuentra en Watzlawick y Beavin et. al. op. cit).

¹⁸ Un breve resumen de la vida y obra de Bateson y Erickson se mencionan en el apartado 2.1.4.

Principios básicos

Un rasgo fundamental de la terapia breve es que se interviene sobre las respuestas que las familias han dado a sus problemas, pero que han resultado infructuosas (Ochoa, op.cit.). La terapia breve es inevitablemente un tratamiento directivo, es preciso persuadir al paciente para que participe en la producción del cambio, se le pide que siga las instrucciones específicas que le implican cooperación cuyo fin es modificar su conducta sintomática (Haley, 1989).

Para Szprachman (2003) la terapia breve dirige su atención a un problema específico atendiendo especialmente al circuito interaccional sostenedor del problema; interviniendo luego de forma deliberada para lograr los cambios deseados.

Uno de los fundamentos de la terapia breve es la búsqueda del cambio, como menciona Watzlawick, op.cit. (1985 p. 9) "Una psicoterapia es buscada en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro. Ni el paciente ni el terapeuta pueden saber en qué dirección se ha de verificar un cambio... pero una vez establecido tal cambio... conduce a otros más importantes".

Objetivos terapéuticos

El proyecto del MRI de diez sesiones se inicia con tres objetivos de acuerdo con Sánchez y Gutiérrez (op.cit.):

- 1) Solucionar de forma rápida y eficiente los problemas
- 2) Estudiar los cambios en los sistemas familiares
- 3) Transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros.

A través de la obtención de información relevante respecto a lo que le ocurre al cliente, éste define junto con su terapeuta cuáles serán las metas del tratamiento, de modo que sean fácilmente alcanzables y susceptibles de ser evaluadas (González, op.cit.).

Técnicas principales de intervención

De acuerdo con Ochoa (op.cit.) las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema.

Los integrantes del MRI han diseñado dos grupos de técnicas específicas de intervención para interrumpir las soluciones anteriores intentadas. Estas técnicas se muestran en la tabla 1 y 2.

Tabla 1. Intervenciones Principales

<i>Intento de solución</i>	<i>Características</i>
Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontaneo	La persona cree que puede corregirlo y evitar su reaparición
Intento de dominar un acontecimiento temido a través de aplazarlo	Cierto acontecimiento difícil, toma las dimensiones de peligroso
Intento de llegar a un acuerdo mediante oposición	Una parte quiere convencer a la otra de que acceda a su petición, exige sometimiento, a la vez que respeto a su solicitud
Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación	Buscar que el cliente haga sus peticiones directamente, aunque parezcan arbitrarias
Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa	El terapeuta busca que las partes abandonen sus papeles repetitivos de acusador y defensor.

Tabla 2. Intervenciones Generales

<i>Intervención</i>	<i>Características</i>
No apresurarse	Indicar al cliente que no se apresure en solucionar su problema, dándole razonamientos lógicos
Los peligros de una mejoría	Se le pregunta al paciente si está en condiciones de reconocer y soportar los peligros al solucionar el problema
Un cambio de dirección	El terapeuta cambia de dirección o estrategia, ofreciendo una explicación de dicha variación
Como empeorar el problema	El terapeuta declara incompetencia, pero sí le dice qué cosas puede hacer para empeorar su situación (lista de las soluciones intentadas por el cliente)

Estas propuestas de intervención del MRI son dirigidas principalmente a los efectos de las soluciones intentadas –que se pueden considerar como la causa del problema actual– buscando un cambio tipo II y no a las “causas” como en otros enfoques terapéuticos.

2.3.4 Modelo de Terapia Breve Centrada en las Soluciones

Este modelo de terapia busca alejarse de las causas que originaron el problema que menciona la persona, centrándose en el presente y futuro, por medio de las palabras que surgen desde el primer contacto con el paciente, esta conversación es guiada de tal forma que el inicio de cada una de las preguntas, marca la ruta hacia los aspectos positivos y las alternativas de solución más apropiadas, visualizando el objetivo final y construyendo con la persona el camino para llegar a él.

Antecedentes y definiciones

Para Lipchik (2004) la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) se basa en la obra de Bateson, Erickson, Jackson, Weakland, Haley, Watzlawick y otros a los que se atribuye la creación del paradigma sistémico¹⁹. Además de hacer referencia al enfoque sistémico, dentro de la literatura (Bertrando y Toffanetti, op.cit.; Lipchik, ibíd.; de Shazer, 1985; Ochoa, op.cit.; O’Hanlon, 1989; O’Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. 1989; O’Hanlon, 1999) se han encontrado coincidencias en las bases que se consideran esenciales para el desarrollo y trabajo terapéutico de la TCS, las cuales se presentan a continuación.

Terapia Breve del MRI (Mental Research Institute)

El modelo centrado en soluciones deriva por filiación directa (Bertrando y Toffanetti, ibid.) del trabajo del MRI, pero lleva al extremo la importancia concedida a los

¹⁹ Para la teoría de los sistemas –que es por definición una teoría en la que la causa es actual– el *síntoma* es el comportamiento adaptado al contexto social de la persona y no un comportamiento que provenga del pasado. Esta idea fue revolucionaria y obligo a atender por primera vez la situación actual del cliente (Haley, 1994).

recursos de los clientes y el interés por el lenguaje, manteniendo al mismo tiempo los requisitos de practicidad, simplicidad y brevedad.

Las intervenciones del MRI buscaban interrumpir las pautas interaccionales que eran identificadas como intentos de solución; por otro lado el enfoque ecosistémico del Brief Family Therapy Center (BFTC) consideraba que terapeutas y clientes constituían un suprasistema terapéutico que podía generar nuevas pautas interaccionales y no problemáticas para el sistema familiar, este modo de pensar está más cerca de la tradición de la era posmoderna, en la que el constructivismo y construccionismo social se convirtieron en influencias dominantes para la terapia familiar (Lipchik op. cit.).

Constructivismo

Con la introducción de conceptos constructivistas los terapeutas se han interesado por la noción de realidad, al inicio con reflexiones puramente epistemológicas y después dirigiéndolas a las implicaciones clínicas (Wainstein, 2000). Szprachman (2003) menciona que una de las mayores influencias en su trabajo como terapeuta breve en los últimos años es el constructivismo, ya que logra hacer la terapia más corta y eficaz.

La TCS puede ser considerada de acuerdo Lipchik (op.cit) con como una teoría constructivista que conserva algunos contextos interaccionales-estratégicos y los integra a una perspectiva biológica que incluye las emociones. El cambio en los seres humanos se produce por medio del lenguaje cuando por medio del reconocimiento de las excepciones y de los puntos fuertes existentes y potenciales da origen a nuevas acciones. Para Cade y O'Hanlon (1995) el principal mecanismo del cambio es la modificación fundamental de los constructos que permiten realizar distinciones y extraer experiencia.

Precursores y representantes

Uno de los antecedentes más importantes para este enfoque fue sin duda la filosofía de Milton Erickson, que como ya hemos visto en los modelos terapéuticos anteriores sentó las bases para el desarrollo de una terapia que hace uso de los recursos del paciente para resolver sus problemas en el presente y no enfrascarse en buscar las causas de los mismos.

Para Bertrando y Toffanetti (op. cit.) Erickson sitúa en primera instancia la estrategia de la terapia: hacer planes, buscar soluciones peculiares e inesperadas para conducir a los clientes en la dirección deseada. Es en gran parte gracias a él que la terapia familiar adquiere el gusto por la novedad, lo inesperado y la ruptura de esquemas.

Erickson no estaba de acuerdo en voltear la mirada hacia el pasado en búsqueda del origen del problema o de las limitaciones de las personas, se orientaba en cambio, a las fuerzas y recursos que existían en la persona en el presente, o que podrían desarrollar y utilizarse en el futuro (O'Hanlon, 1989).

La influencia de las ideas de Erickson en el modelo se puede observar en la mayor parte de sus premisas. Entre las que han tenido mayor importancia (Sánchez y Gutiérrez, op.cit.; de Shazer, op. cit.) se encuentran:

- *La pseudo orientación temporal.* Erickson la realizaba por medio de la hipnosis y le otorgaba al paciente una mirada distanciada, disociada, subjetiva y objetiva al mismo tiempo. La orientación temporal de la terapia ericksoniana está ubicada en el presente y dirigida hacia el futuro (González, op.cit.).
- *La utilización.* Para De Shazer (op. cit.) Erickson utiliza los procesos mentales del cliente y desde su perspectiva era utilizar "cualquier cosa" que haga el cliente que sea útil, eficaz o buena para encontrar la solución.

Steve de Shazer y la Escuela de Milwaukee

De acuerdo con Bertrando y Toffanetti (op. cit.) de Shazer se traslada en 1982 a Milwaukee, donde constituye su propio BFTC. El trabajo en el centro lleva a de Shazer a buscar una forma de conciliar las tendencias manipuladoras de las terapias estratégicas con la idea de que *los clientes saben más*²⁰; finalmente llega a la idea fundamental de toda su terapia: *el proceso terapéutico no es diagnóstico, sino puramente curativo* en otras palabras, que no es importante determinar el origen de los problemas, sino sencillamente encontrar las soluciones.

²⁰ Esta idea es afirmada por Glaserfeld, E. (1994) uno de los principales representantes del constructivismo que menciona "todos sabemos que sabemos muchas cosas. Todos sabemos que podemos lograrlo perfectamente" p.163.

La Terapia Centrada en Soluciones es el producto del esfuerzo de un grupo de personas que hace más de 25 años se reunían en el BFTC y se fortalecían recíprocamente gracias a su entusiasmo por las nuevas ideas de cómo cambian las personas Lipchik (op. cit.).

Bill O'Hanlon

O'Hanlon no perteneció al BFTC, pero fue alumno de Erickson, él y Weiner apoyan los aspectos básicos de de Shazer y en su trayectoria ha ido evolucionando su modelo terapéutico, el cual al inicio nombró como Terapia Orientada a las Soluciones, posteriormente terapia de Posibilidades y actualmente está desarrollando un enfoque más integral, en la etapa que llama "la cuarta oleada", al cual ha nombrado Terapia Inclusiva.

Principios básicos

Uno de los objetivos primordiales para los terapeutas que siguen el método de la terapia breve, es ayudar a los clientes a construir un nuevo uso de los conocimientos que ya poseen, puesto que desde su perspectiva los clientes ya saben qué hacer para resolver sus problemas sólo es cuestión de reconocérselos (de Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. 1986).

Las *premisas* de la TCS se centran en los recursos, posibilidades y soluciones que tuvieron éxito de los clientes, para que logren visualizar cómo les gustaría que fueran los acontecimientos de su vida, en lugar de centrarse la mayor parte del tiempo en el problema. Entre las más importantes se encuentran:

- ✓ Los clientes tienen recursos y fuerza para resolver sus problemas.
- ✓ El cambio es constante. El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- ✓ No es necesario saber mucho sobre la queja, ni conocer su causa o función para resolverla.
- ✓ Solo es necesario un cambio pequeño, un cambio en una parte del sistema puede producir cambios en las demás partes.

- ✓ Los clientes definen los objetivos del proceso terapéutico.
- ✓ El cambio o resolución de problemas pueden ser rápidos.
- ✓ No hay una única forma correcta de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de validos y ajustarse bien a los hechos.
- ✓ Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, negocia un problema resoluble.

Técnicas principales de intervención

Las principales estrategias de intervención en la TCS se realizan con el objetivo de generar cambios en tres áreas principales donde se presentan los problemas de acuerdo con O'Hanlon (1999):

- 1) En las creencias y presupuestos de las personas
- 2) Los patrones interaccionales
- 3) Los patrones espacio-temporales.

Selekman (1996) ha llevado a cabo una ampliación de este modelo, incluyendo algunas premisas del enfoque terapéutico de White y de Goolishian y Anderson, el cual se ampliará más adelante, sin embargo mencionaré algunas de las estrategias más importantes de O'Hanlon y de Selekman:

- Evaluar la relación con el cliente: visitantes, demandantes, compradores.
- Indagar el ¿Por qué ahora? Momento de buscar apoyo terapéutico.
- Preguntas enfocadas a la búsqueda de excepciones.
- Preguntas presuposicionales.
- Pregunta del milagro.
- Preguntas de escala.
- Preguntas para externalizar el problema.
- Preguntas centradas en el futuro.
- Preguntas conversacionales.
- Preguntas para consolidar el cambio.

La TCS es un complejo modelo terapéutico que ha sido aplicado a situaciones tan diversas como la depresión (O'Hanlon, 1999), la violencia doméstica (Hernández y Petrzelová, 2009), terapia de pareja y sexual (Green y Flemons, 2004), el abuso sexual

(O'Hanlon, 1996), el tratamiento de adicciones (Berg y Miller 1992), el manejo con niños y adolescentes (Selekman, ibíd.).

2.3.5 Modelo de Milán

Considero –como me parece que lo harán gran parte de los que gustamos de conocer la amplia gama de opciones dentro de las escuelas de terapia familiar– que la de Milán es una de las que gozan de mayor prestigio, tanto por sus innovaciones dentro del grupo de las *terapias breves*, su permanente propósito de vincular sus constructos teóricos con su práctica clínica, adaptándose a la problemática específica presentada por cada familia con la que han tenido contacto, sin perder esa frescura que les da la *curiosidad* que despliegan ante cada miembro del grupo familiar; así como por el continuo desarrollo –a pesar de los reacomodos que ha experimentado a través de estas cuatro décadas– de conceptos, que logra mantenerlos presentes a pesar del paso del tiempo y con ello los inevitables cambios de paradigmas.

En esta ocasión cambiara el formato en el que se presenta, precisamente por esos reacomodos que se mencionaron. Se presentan cuatro apartados, uno de epistemología y los otros de tres etapas en el desarrollo del modelo, cada una con sus representantes, premisas y técnicas de intervención terapéutica. Estas etapas se presentan de una forma incierta y no implican que esta sea la única conceptualización que se pueda tener de su evolución.

Epistemología

El modelo se sustenta en la Teoría General de los Sistemas, la epistemología Batesoniana y la Teoría de la Comunicación Humana básicamente. Entre sus influencias más fuertes se encuentran la tradición del pensamiento estratégico y el grupo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, tomando en cuenta los postulados de Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson (Rodríguez, 2004; Hoffman, op.cit.), de donde retoman la idea de *paradoja terapéutica* (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, M. y Sorrentino, 1988) o

también llamada *contraparadoja*²¹, que se convirtió en el núcleo de la terapia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 2003a) en la primera etapa (que se ampliara en el siguiente apartado). “Más profunda aún fue la influencia que tuvo en el equipo el aspecto neocognitivista de la óptica estratégica, y el objetivo de la terapia pasa entonces a ser el cambio de la perspectiva que la familia tiene de sí misma, de sus dificultades y del problema que la llevo a terapia. Había entonces que introducir en la familia el concepto de epistemología circular (mediante la formulación de hipótesis relacionales, entrevista circular, etc.) en vez de la vieja y patógena epistemología lineal” (Selvini Palazzoli et. al., 1988 p.22).

Es oportuno recordar que, el grupo de los “asociados de Milán”²² tienen de origen una formación psicoanalítica y no es sino hasta 1971 cuando adoptan la teoría y prácticas sistémicas, cuando decide formar un nuevo grupo que estuviera dispuesto a probar algo diferente y es cuando en el Centro para el Estudio de la Familia, forma este grupo compuesto por *Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata*, los cuales estaban desilusionados con los resultados del psicoanálisis y buscaban algo novedoso (Bertrando y Toffanetti, op.cit.; Ochoa, op.cit.).

Las tentativas de utilizar los principios de la epistemología cibernética de Bateson, terminan por modificar y enriquecer la teoría del grupo de Milán con muchos elementos nuevos, superando la visión estratégica y desarrollando el “purismo sistémico” que comienza a ser conocido como “Modelo de Milán” (Bertrando y Toffanetti, ibíd.). En el pensamiento de los asociados de Milán es central el pensamiento batesoniano de causalidad circular (Hoffman, op. cit.). “Bateson nos reveló la importancia de la epistemología individual y familiar. El problema de las premisas epistemológicas del cliente se transformó en el nuevo objetivo. Esta fue la idea” (Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003b. p.3).

Para Reséndiz (2010) el modelo de Milán tiene una fuerte correspondencia con la epistemología, al grado de poderse considerar que en el Centro Milanese di Terapia della Famiglia (CMTF) se enseña antes que un modelo de terapia, una epistemología.

²¹ Estrategia utilizada para hacer frente a la paradoja que representaba el doble vinculo. “Implica connotar positivamente toda la situación problema y prevenir a la familia contra cualquier cambio prematuro” (Boscolo, et. al., 2003a) p.22.

²² El término es usado recientemente para diferenciar al primer grupo con los integrantes ya mencionados, de la etapa correspondiente al trabajo únicamente de Boscolo y Cecchin (Hoffman, 1987; Reséndiz, 2010). Como parte de la elaboración de un producto tecnológico, realicé la traducción de una entrevista al grupo (ver página 71 de este reporte)

A. Primera etapa

El Centro para el Estudio de la Familia, inicio su actividad en 1967, en Milán. En 1970 el equipo aumento en su número de integrantes hasta tener ocho miembros que por diversas razones se desintegro y reorganizo de tal forma que quedo constituido por los integrantes mencionados (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1986).

La escuela de Milán comenzó su desarrollo en la década de los 70's a través de las investigaciones realizadas con familias donde se presentaban conductas psicóticas en alguno de sus miembros, de ahí (Rodríguez, 2004; Selvini, et. al. *Ibíd.*) surgen las siguientes ***Hipótesis centrales***

- La familia es un sistema que se gobierna a sí mismo y se autocorrigie a través de reglas.
- Toda conducta verbal o no, es una comunicación que afecta a otros y estos responden.
- Las familias que manifiestan conductas tradicionalmente diagnosticadas como patológicas, se rigen por normas peculiares en las que las conductas, la comunicación y la respuesta mantienen estas reglas²³.

Principalmente con el sustento del modelo en la TGS, la epistemología Batesoniana y en la Teoría de la Comunicación Humana como se ha mencionado, se desarrollo la técnica llamada *interrogatorio circular*, la cual fue publicada en un artículo²⁴ muy representativo de esta etapa. Este interrogatorio tiene *tres premisas básicas*, que funcionan como los ejes centrales que lo guían (Rodríguez, *ibíd.*):

1. Hipotetizar. Formulación por parte del terapeuta de una hipótesis basándose en la información que posee respecto a la familia que está entrevistando. Su función esencial es ser la guía que provee nueva información, la cual será confirmada, refutada o modificada.
2. Circularidad. "Implica la capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de retroalimentación de la familia en respuesta a la información que

²³ Una información más amplia sobre las hipótesis y los resultados de las investigaciones, en: Selvini et. al. (1986).

²⁴ "Hipotetizar – circularidad – neutralidad. Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata (1990)", fue publicado originalmente en *Family Process* (1980), y fue el último que escribieran los cuatro juntos.

él solicita de sus relaciones y, por lo tanto de su diferencia y cambio. La adquisición de dicha habilidad requiere que los terapeutas se liberen de condicionamientos culturales y lingüísticos” (Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. 1990, p.64).

3. Neutralidad. Se refiere a un efecto pragmático específico que el comportamiento total del terapeuta en la sesión produce sobre la familia. “El hecho de emitir un juicio cualquiera, sea de aprobación o de desaprobación, implica, implícita e inevitablemente, una alianza con alguna de las partes” (Selvini, M. 1990, p.351). Este principio atribuía que la empatía del terapeuta se distribuyera en una especie de “*equidistancia*”, que ahora preferimos definir en términos de “*equicercanía*” entre todos los miembros de la familia Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999).

La modalidad de trabajo en ésta etapa se caracterizaba por realizar el proceso terapéutico en diez sesiones, “Nuestra praxis consiste en fijar un número de 10 sesiones con un intervalo de cerca de un mes, ya que descubrimos que este lapso resultaba más eficaz pues las intervenciones ejercen mayor impacto sobre el sistema familiar” (Selvini, et. al., 1986 p.26). Cada sesión se desarrollaba regularmente en cinco partes:

- *Pre-sesión*. Analizar ficha o leer acta de sesión anterior.
- *Sesión*. Los terapeutas a cargo observan y propician interacciones.
- *Discusión de la sesión*. Hablan con el equipo terapéutico sobre la sesión y como terminarla.
- *Conclusión de la sesión*. Regresan a dar el mensaje final, comentario o prescripción.
- *Acta de la misma*. Redacción de una síntesis de la sesión y formulación de previsiones.

Métodos de intervención

Selvini, et. al. (1999) diferencian tres tipos de métodos utilizados por el equipo de Milán en el transcurso de dos décadas, sin embargo para fines didácticos sólo se menciona el primero ellos por corresponder a ésta etapa, los dos siguientes aparecen en la segunda etapa (ver apartado en este capítulo: camino de Selvini y Prata p.66).

a) Método paradójico (1971-1978): se dirigía a toda la familia cuyos miembros obtenían una connotación positiva, pero se orientaba en particular, por lo general con elogios fuertemente provocadores a la “paciente designada”. Este método estaba constituido por un conjunto de *técnicas* que podían ser aplicadas a cada caso de manera distinta, estas son:

- Connotación positiva. Se busca connotar positivamente todos los comportamientos de cada miembro de la familia que pertenecen al síntoma (Hoffman, op. cit.).
- Reformulación paradójica del juego familiar en curso y su prescripción.
- Rituales familiares.
- Regla del intervalo mensual entre las sesiones²⁵.

B. Segunda Etapa

Esta etapa se caracteriza por la bifurcación que se presentó en el equipo en el año de 1978, ya que Boscolo y Cecchin inician la separación primero en los tiempos del trabajo y luego en los espacios dentro del mismo centro, hasta que se anuncia públicamente la escisión en septiembre de 1982 (Rodríguez, op. cit.).

Los motivos de separación son varios, algunos prácticos, otros caracterológicos, pero los más esenciales son los motivos de tipo teórico. Usando una distinción común a este periodo se puede decir que Selvini y Prata se centran en el sistema observado, mientras que Boscolo y Cecchin en los sistemas observantes.

El camino de Boscolo y Cecchin

Boscolo y Cecchin aplicaron con seriedad las ideas de los investigadores de la cibernética de segundo orden (Foerster, Maturana, Varela) a su trabajo clínico, lo cual contribuyó a la diferenciación entre el punto de vista sistémico y los modelos anteriores de terapia familiar (Boscolo, et. al. 2003a); además de influir en el interés que tienen por cómo el terapeuta construye su realidad (Resendiz, 2010).

Ellos continúan con algunos lineamientos de la antigua escuela de Milán²⁶, pero además han incorporado conceptualizaciones nuevas, por ejemplo: la *perspectiva del tiempo*,

²⁵ Una descripción concreta aparece en la pág. 21 de Selvini, et. al. (1999). Y para una descripción más amplia en Selvini, M., et. al. (1986).

desde la cual han encontrado que los tiempos son subjetivos, el tiempo de la familia, de la cultura, de las instituciones, del individuo y que esta amplia subjetividad y diversidad requiere de una coordinación, ya que sin ella se corre el riesgo de contar con problemas y sufrimientos (Rodríguez op. cit.; Boscolo y Bertrando, 1992).

En esta etapa lo que se considera ya no son los patrones de interacción observables, sino las premisas epistemológicas, los significados, los sistemas emotivos y la historia particular de los clientes, siendo el punto central del interés terapéutico las *premisas* de los miembros del sistema incluyendo al terapeuta, ya que en este espacio se ha formado un sistema más amplio que ahora lo incluye. Este "*sistema significante*" como lo llama Boscolo, et. al. (2003a), además de incluir al profesional, incluye también las terapias anteriores a las que ha estado expuesta la familia, ya que descuidar este aspecto sería como suponer que una familia está aislada de su propia historia.

En esta etapa, Boscolo, Cecchin, Campbell y Draper (1985) mencionan que el enfoque de Milán ha desarrollado dos ideas básicas²⁷:

- ✓ *Sin contexto no hay significado.* El significado del comportamiento y acción sólo es dado por el contexto. un cambio de contexto cambia de inmediato la habilidad del terapeuta para formular hipótesis y observar un sistema, ya que se puede observar mejor un sistema desde fuera
- ✓ *Cuando observas un sistema te vuelves parte de él.* Eres parte del contexto, pero al mismo tiempo tienes que examinarte a ti mismo como si estuvieras fuera de ese contexto, adoptando una posición auto-reflexiva.

Cecchin realizó –en su artículo “Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad” Cecchin (1989)– una revisión importante de los conceptos manejados para estas tres de las premisas más importantes que guiaron el trabajo de los asociados de Milán y que hasta la fecha siguen siendo importantes para el manejo de las sesiones y para la formación de terapeutas.

Para Ugazio (1985) una hipótesis sistémica ofrece motivos para los síntomas y otras conductas disfuncionales alrededor de la sintomatología de tal forma que

²⁶ Como lo son por ejemplo la modalidad de trabajo en 5 sesiones (ver apartado 3.2), las hipótesis, la connotación positiva y el interrogatorio circular, adquiriendo singular importancia las preguntas hipotéticas y las basadas en el futuro (mayor información se puede encontrar en Tomm, 1988).

²⁷ Son sólo dos de las ideas que consideran importantes, ya que existe una amplitud de conceptos que se equiparan con estas, en cuanto a la valía que han tenido para el desarrollo del modelo. Esta entrevista tiene información valiosa –que se recomienda revisar más ampliamente– acerca de la posición del terapeuta en el sistema, narrada de forma amplia y amena, por Boscolo y Cecchin.

involucran tres o más miembros del sistema. Un terapeuta familiar puede confiar en el principio de que lo más complejo explica lo más simple desde una epistemología sistémica para crear hipótesis por lo menos triádicas.

Bajo la influencia del constructivismo su modelo evoluciona, de acuerdo con Bertrando y Toffanetti (op. cit.) hacia la *complejidad*: dejan de creer que un síntoma sea invariablemente correspondiente a una cierta configuración familiar. Una teoría de la complejidad debe tener en cuenta las inevitables singularidades de cada situación humana y está influido por un número de variables tal, que resulta imposible pensar en su reducción.

El *respeto*, que de acuerdo con Cecchin (2005) es una posición del terapeuta, pero tienen –en el equipo de Milán– la ilusión de demostrar que esta postura sea útil a las personas. Respetar es un modo diferente de enfrentar el problema, porque se puede observar un modo de vivir y ser patológico, pero en vez de ver lo que no funciona, lo que no está bien, sería mejor buscar tener respeto por la “elección de las personas”, en las circunstancias en las que se encuentran y con las relaciones que tienen.

Para Cecchin, Ray y Lane (1997) la terapia deriva de la interacción de los *prejuicios* del terapeuta y del cliente –el grupo está especialmente interesado en los del terapeuta– lo anterior implica inevitablemente un intercambio constante entre terapeuta y cliente, en el cual las acciones y expresiones de uno son constantemente inspiradas, asumen significado, modelan y son modeladas las del otro.

Cecchin llama *irreverencia* a una postura más que una técnica, que permite al terapeuta construir nuevas posibilidades para el sistema; es la tendencia que tiene el terapeuta a no cerrar los conceptos. La irreverencia se refiere a las ideas del terapeuta y no a las de la familia (Cecchin 2002, en Reséndiz 2010).

La duración de la terapia, que está acorde con el modelo con el que se trabaja, en este caso dado que la postura es que cada familia y persona tiene su propio tiempo proponen que la terapia (Rodríguez op. cit.) no se estipulará para un tiempo determinado.

El camino de Selvini y Prata

En el mismo año del anuncio público de la separación (Rodríguez, op. cit.) Mara y Juliana fundaron el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia, en donde se conformaron

dos equipos el primero con Mara y Prata y el segundo con Steffanno Cirillo, Ana María Sorrentino y Mateo Selvini.

Insatisfechas con el enfoque paradójal, comienzan a practicar en 1979, lo que denominarían como prescripción invariable, que es catalogada como un poderoso medio para tratar no sólo a las familias sino también para entenderlas (Bertrando y Toffanetti, op. cit) esto permite a las terapeutas prestar atención a cada individuo y evaluar su contribución a lo que empieza a ser definido como "juego familiar". Los métodos de intervención como veíamos en un apartado anterior (página 63) fueron característicos del equipo en esas décadas posteriores:

b) Método de la serie invariable de prescripciones (1979-1987): los miembros de la familia extensa, la paciente y algunos hermanos eran involucrados en las dos primeras sesiones y después el trabajo se fundaba en la alianza con los padres, que eran responsabilizados como coterapeutas de su hija.

El uso regular de este método permitió al grupo, además de la construcción de un modelo histórico en seis o siete estadios, la detección de dos disfunciones importantes en las familias: *embrollo de los afectos*²⁸ e *Instigación*²⁹.

c) Método de revelación del juego familiar (1979-1987): semejante al de las primeras sesiones con las familias, que después recibían la prescripción invariable; con la diferencia de que esta prescripción no era suministrada, entre otras razones por el deseo del equipo de experimentar la eficacia terapéutica del modelo diacrónico, donde se presentaban redundancias observables que pasaban de una familia a otra, tomando así la dirección de la investigación etiopatogénica como se hace evidente en la modelización de procesos en

²⁸ Proceso interactivo complejo que al parecer se estructura y se desarrolla en torno de una táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo), que en realidad no lo es. Esto en el sentido de que el presunto privilegio no es auténtico desde el punto de vista afectivo, sino que es el instrumento de una estrategia que apunta contra alguien, en general el otro cónyuge.

²⁹ Este proceso, por su naturaleza y más allá de su discurso histórico y de su dosificación en los aportes individuales, se encamina tácitamente al drama; implica además un nivel (cuando menos) tríadico: uno instiga a otro *contra* un tercero (Selvini, et. al. 1988).

estadios, como lo es el proceso psicótico adolescente, el de la familia de las anoréxicas o de los toxicodependientes³⁰.

Estas investigaciones dieron pauta a una nueva hipótesis: *Transmisión intergeneracional de la carencia*, según la cual los padres del adolescente transmiten una cultura afectiva y relacional adquirida en la relación con los respectivos padres cargada de vicisitudes carenciales y traumáticas, pero impensables como tales, no elaboradas e inexpresadas, que es un grave obstáculo para una adecuada asunción del rol parental.

C. Tercera Etapa

Esta etapa podría estar constituida con la continuación de las dos anteriores, por una parte lo que paso en el camino tomado por Selvini y sus colegas: constituye un nuevo equipo formado por su hijo Matteo Selvini, Stefano Cirillo y Ana María Sorrentino (Bertrando y Toffaneti, op. cit.) junto a ellos surge un nuevo concepto dentro de la teoría de juegos: el embrollo familiar (ver nota al pie ¹⁶), así como también nace un modelo en seis estadios de la génesis familiar de las psicosis (ver nota al pie¹⁸) . Existe una preocupación ética por el sufrimiento, la cual es la característica fundamental del trabajo de Selvini durante la década posterior.

Por otro lado continúa teniendo desarrollo el Milán constituido por Boscolo y Cecchin con su acercamiento a lo que se ha llamado los modelos posmodernos de terapia. Así como el renacimiento de la terapia sistémica individual, porque como mencionó Kriz (op.cit.) aunque en la terapia individual se incluya sólo a un individuo, el terapeuta puede tratar de aprehender, desde una perspectiva sistémica, las estructuras de interacción familiares relacionadas con los “síntomas” de la persona, la forma en que los miembros van reaccionando ante los cambios del paciente y planear sus intervenciones en consecuencia. Por lo que, como han propuesto Boscolo y Bertrando (2000) el enfoque sistémico, sus métodos y sus técnicas pueden aplicarse con beneficio a la terapia individual, aunque por mucho tiempo se haya considerado que la terapia sistémica era sinónimo de terapia familiar, hoy esa limitación está desapareciendo.

³⁰ Como ejemplo se menciona la estadiación de este proceso: Primer estadio “Las familias de origen”, segundo “La pareja paterna”, tercero “Relación madre-hijo en la infancia”, cuarto “La adolescencia”, quinto “El paso al padre”, sexto “El encuentro con las sustancias” y séptimo estadio “Las estrategias basadas en el síntoma”.

Para Resendiz (2010) "muchos de los docentes actuales del modelo consideran a Boscolo y Cecchin como dos hemisferios del mismo cerebro, Boscolo y *lo no dicho*, sustentándose en un principio epigenético, en la construcción del terapeuta y en la comunidad; Cecchin, siempre más orientado hacia las distintas posiciones en el sistema, hacia la temporalidad y la discontinuidad" (p.36) idea que considero complementaria y enriquecedora para el proceso terapéutico de las familias.

2.3.6 Terapia Familiar Posmoderna

El desarrollo de la Psicología ha seguido el curso histórico de muchas otras áreas del conocimiento, como ejemplo está el cambio la concepción del mundo, las ideas que envuelven la evolución del pensamiento del ser humano y cómo éstas ven marcando la relación entre las personas. La Terapia Familiar no se escapa de esta influencia y hace una diferenciación entre la Modernidad y Posmodernidad.

La **Modernidad** tiene su punto de partida en la Reforma protestante iniciada en la segunda década del siglo XVI por Martín Lutero de acuerdo con Roa (2001), donde se produce una separación del mundo religioso teniendo una mayor aproximación al conocimiento científico. Continúa en el siglo XVIII con Galileo y Descartes y su acercamiento al pensamiento positivista. Algunos autores como Hegel, Marx, Darwin y Freud siguen una línea evolutiva, que va a la caza del futuro, que es más perfecto que el pasado y termina en la creación de la conciencia, el atributo superior del hombre. Algunas de las características principales de la llamada Modernidad (Lyotard, 1990; Roa, *ibíd.*; Vinyoli y Pendanx, 1986) son las siguientes:

- Se creía en el progreso y en la razón, en la ciencia y en la técnica, en el orden construido por los hombres; sus valores eran el trabajo, el ahorro, la moderación, la razón y la igualdad.
- El conocimiento se basaba en la experimentación, predominando el modelo *hipotético deductivo*, buscando la objetividad, pues todo lo subjetivo era sospechoso.
- El postular la libertad incondicionada del hombre para regir su destino, promoviendo el valor de la realización personal, llevándolo al grado de creer en la superioridad absoluta del hombre.

Hasta antes de leer en algunos textos de la formación en terapia familiar la palabra *posmodernidad*, lo primero que venía a mi mente era una visión reduccionista de su significado, pensaba que principalmente nos haría referencia al avance de la tecnología, o alguna expresión artística, por ejemplo “la pintura posmoderna”, sin embargo al tener contacto con textos como *La cuestión posmoderna* de Jean Francois Lyotard (op.cit.) o el de *Posmodernidad, hermenéutica y analogía* de Mauricio Beuchot (1996), fue como pude comprender todo lo que había detrás de esta palabra, no sólo es un modelo, ni tampoco únicamente un movimiento histórico, es una crítica a lo anteriormente establecido, un cambio en la manera de concebir el mundo y al ser humano en el cual las formas de convivencia comenzaron a cambiar con una velocidad impresionante, se empieza a experimentar una especie de ruptura con el pasado principalmente por el desarrollo tan acelerado de la tecnología, pero como lo menciona Molina (1999) la posmodernidad no sólo es una ruptura o una revolución, sino una continuidad, la exacerbación de ciertos valores de la modernidad, la cual lleva la lógica del modernismo hasta sus límites extremos.

En la década de los setenta surge un malestar general y falta de oportunidades, lo que generó de acuerdo con Roa (op.cit.), una crítica en diversos ámbitos de pensamiento principalmente de lo que caracterizaba a la Modernidad, por lo que se considera el paso a la posmodernidad a partir de esos años, donde los movimientos estudiantiles originados por este malestar se replicaron en diversas partes del mundo con características comunes.

Existe un consenso en cuanto a las características de la posmodernidad, entre ellas podría mencionar las siguientes, de acuerdo con (Anderson, 1999; Gergen 1992, 1996; Hoffman, 1990; Lyotard, op.cit.; Roa, op.cit.; Vinyoli y Pendanx, op.cit.).

- Cuestionamiento sobre la naturaleza del conocimiento, el cómo conocemos, poner en duda la posibilidad de “aprehender” la realidad directamente, tal cual es. Pérdida de vigencia de las ideologías estrictas, de los meta relatos, las verdades universales.
- Se pone en duda la teoría de la correspondencia según la cual el lenguaje es un reflejo del mundo exterior; se cree que la realidad depende de los relatos y de las interpretaciones que se hagan de ella y que es construida a través de un consenso lingüístico.

- Una de sus bases es el construccionismo social, que propone que siempre miramos a través de algún tipo de “lente”: nuestras teorías, cultura, valores, momento histórico, género, etc.
- Búsqueda primaria de lo hedónico, sin sacrificarse en ahondar las situaciones a la vista y sin considerar las consecuencias; predomina una ideología individualista y una entrega abierta al consumismo como fuente de placer.
- La clásica diferencia sujeto-objeto, típica de la modernidad, se esfuma; ya no hay un sujeto. El supuesto objeto creado se vuelve sobre el sujeto creador y lo influye por dentro, recreándolo en cierto modo.

Partiendo de las premisas de la posmodernidad y del construccionismo social surgen modelos terapéuticos posmodernos que comparten ciertas características, entre las que se encuentran (Anderson, 1999; Bertrando y Toffanetti, op.cit.; Fruggeri, 1996; Gergen, 1996; Hoffman, 1996; Limón, 2005; Maturana, 1994; Tarragona, 1999):

- El terapeuta reconoce sus premisas y a través de eso puede observar su manera de construir el fenómeno que está observando y las relaciones de éste con el cliente. De estas relaciones de interdependencia social surge el lenguaje significativo, el cual dará sustento a la identidad y a la historia de cada persona.
- Es un proceso de co-construcción de un contexto, donde los terapeutas deciden sus actos en función del significado que asume su manera de construir los procesos observados. Un contexto en el que sea posible un cambio, creando diferencias, añadiendo nuevos significados, historias alternativas, posibilidades y soluciones.
- La metáfora hermenéutica de la historia y de la vida como un texto será un “instrumento cognoscitivo” eficaz para describir la vida, por medio de la interpretación textual o lo que se ha llamado “giro interpretativo” y manteniendo abierto el diálogo e incorporando diversas conversaciones que lleven a interpretaciones y narraciones diferentes.
- Se promueve la movilidad entre la gran diversidad de interpretaciones disponibles en el entorno, e incluye una constante revisión de sus propias versiones o planteamientos.
- Tiene una perspectiva horizontal en la que el terapeuta comparte la responsabilidad del cambio con el “cliente”, suplantando la idea de que en el

proceder terapéutico el “paciente” es incapaz de comprender la realidad y terapeuta es el “experto”.

2.3.6.1 Enfoque Narrativo

Nuestras vidas están constantemente entrelazadas con la narrativa, con las historias que contamos y oímos contar por los otros, con las que soñamos o imaginamos o con las que desearíamos contar. Estas historias son reelaboradas en el relato de nuestra propia vida, que nos contamos a nosotros mismos en episodios a veces virtualmente ininterrumpidos. Reevaluamos el significado de nuestros proyectos situándonos en la intersección de diversas historias aún inconclusas (Suárez, 2004).

Antecedentes y definiciones

Para Bertrando y Toffanetti (op.cit.) los representantes del modelo narrativo parten de una visión radical del construccionismo en la que se construye exclusivamente la interacción social lingüística; sin embargo después ceden a la fascinación de la historia narrada por el individuo y terminan viéndola como correspondiente a un “yo” más tradicional de lo que parece.

El enfoque narrativo de la terapia o más bien como ha mencionado White (2002b) “No lo definiría como enfoque, sino quizá como una epistemología, filosofía, política o compromiso personal, está íntimamente ligado a los desarrollos recientes en la teoría social a los que generalmente se denomina no fundacionalistas o posmodernos” p.42, tiene sus bases epistemológicas en el construccionismo social, así como los pensamientos posmoderno y posestructuralista.

Para White el término «posmoderno» es tan amplio que carece de precisión y no dice mucho, por lo que prefiere hablar de su modelo terapéutico como postestructuralista (Tarragona, 2006). Si bien, la terapia narrativa está compuesta por un cuerpo de destrezas, contiene también al pensamiento posestructuralista, éste y su práctica cuestionan las numerosas ideas preconcebidas y generalmente adoptadas acerca de la vida y la identidad (White, 2002a).

Precusores y representantes

Uno de los filósofos que fueron fundamentales para el desarrollo de las ideas y el trabajo de White ha sido Michael Foucault (Bertrando y Toffanetti op.cit.; Freedman y Combs, 1996; Suárez, op.cit.; Tomm, 1993). Así como Gregory Bateson; Derrida en lo que se refiere a los mecanismos de deconstrucción, aunque su obra constituye un importante desarrollo de la corriente posestructuralista de la filosofía del lenguaje. (Sánchez y Gutiérrez, op.cit.; Suárez, op.cit.).

“La teoría feminista también ha sido muy importante y he abrevado en la teoría literaria, la antropología, la teoría crítica y las disciplinas que han contribuido a los desarrollos más recientes en la teoría social” (White, 2002b, p.16).

Foucault

En una entrevista que se presenta en el libro *reescribir la vida* (White, 2002b) comenta: “De las muchas ideas que captaron mi atención, las que más influencia han tenido en mí son las de Michael Foucault, siempre estuve más interesado en leer por fuera de los límites de la profesión, que al interior de ésta” (p.16).

Foucault (2008) sostiene que nosotros experimentamos sobretodo los efectos positivos y constitutivos del poder, que estamos sujetos a él por medio de “verdades” normalizadoras que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones. Estas afirmaciones de verdad de la ciencia reduccionista, deshumanizan y convierten en objetos a muchas personas. Al considerar esta dimensión constitutiva White llega a la conclusión de que poder y conocimiento son inseparables (Foucault, 1999) hasta tal punto que prefiere colocar los términos juntos: poder/conocimiento o conocimiento/poder. Mencionan que como terapeutas deberíamos esforzarnos por establecer condiciones que nos ayuden a criticar nuestras prácticas formadas en ese ámbito (White y Epston, 1993).

Bateson

Bateson argumentaba que no es posible conocer la realidad objetiva; refiriéndose a la máxima de Korzybsky que afirma que “el mapa no es el territorio”, añadió que la comprensión que tenemos de un hecho y su significado está determinado y restringido por

su contexto receptor –es decir por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo. La obra de Bateson además llevo a White a prestar atención a la dimensión temporal, él demostró que situar los eventos en el tiempo es esencial para la percepción de la diferencia, para la detección del cambio (White y Epston, op.cit.).

“En 1970, me intereso especialmente el trabajo de Bateson, me sentí entusiasmado ante la posibilidad de explorar yo mismo esas ideas y su implicación en el trabajo con familias, fue a través de sus escritos como llegué a conocer el método interpretativo” (White, 2002b, p.16).

White y Epston

Los creadores y principales representantes de la corriente narrativa son Michael White y David Epston (Bertrando y Toffanetti op.cit.; Sánchez y Gutiérrez, op.cit.; Suárez, op.cit.) el primero originario de Australia del Sur y Epston de origen canadiense (Peterborough, Ontario) y residente en Nueva Zelanda. White se enfoca en los modelos sistémicos-estratégicos en particular del MRI; después Karl Tomm lo dirige a profundizar en la obra de Bateson, la cual lo inicia en la semántica de la comunicación y la construcción de significados (Dickerson y Zimmerman, 2001; Bertrando y Toffanetti, op.cit.). En 1990 comenzó a estudiar el construccionismo social, especialmente los trabajos de Gergen y Davis, así como la obra de Bruner. White concibe la terapia como una operación política³¹.

La Terapia Narrativa frecuentemente es descrita como una Terapia *política* ya que White y Epston, y otros autores Waldgrave, Tamasese, Tuhaka y Warihi de acuerdo con Tarragona (2006) se preocupan por el riesgo de que el terapeuta imponga discursos dominantes sobre sus clientes o reproduzcan en la relación terapéutica prácticas injustas u opresivas; aquí es donde aplicaría el concepto de *accountability* –la expectativa de que uno rendirá cuentas a los demás o responderá por sus acciones- aspecto importante en el trabajo de estos autores.

Epston se forma en sociología de la medicina, después profundiza en la antropología, disciplina de la cual reconoce una influencia directa sobre su modo de hacer

³¹ White redescubre sin saberlo el análisis de la posición política del terapeuta pero con una diferencia crucial, las consecuencias de su análisis y de su trabajo son microsociales, no políticas. Para White es suficiente desmitificar los discursos de poder frente a los individuos y sus familias para obtener un resultado político.

terapia, y que se ve reflejada en la comprensión relativista de la fenomenología de las pequeñas culturas familiares y su identidad singular; el rechazo del pseudocientificismo de la psiquiatría ortodoxa y la conceptualización del cambio –también terapéutico– según una perspectiva transcultural, siguiendo la metáfora de la transición y del pasaje.

Principios básicos

Una de las principales premisas del construccionismo social es que las creencias valores, instituciones costumbres, leyes, divisiones de trabajo y todo lo demás, está construido por los miembros de una cultura en su interacción con los de otra, de día en día y de generación en generación (Fernández, 2002). La sociedad construye los lentes a través de los cuales sus integrantes interpretan el mundo, y es a través de esta premisa que la terapia narrativa logra conocer el contexto de cada persona, para después por medio de la narración de esta historia, se puedan generar nuevos significados e interpretaciones de la misma que lo alejaran de un mundo saturado del problema. Lo anterior se puede lograr, de acuerdo con Friedman (2001) cuando los terapeutas se libran de los supuestos que son la generación de hipótesis y el análisis estructural, porque así aumentan la disponibilidad para escuchar la historia del cliente.

Entender la entrevista como una narración y la terapia como una macronarración, con la estructura básica de la primera, nos faculta a hacer lo que ya sabemos (preguntar, describir, connotar), añadiéndole la dimensión semiótica y hermenéutica que Anderson y Goolishian (1988, cit. en Ramos, 2001) reclaman para la psicoterapia.

Teniendo en cuenta los antecedentes epistemológicos que he mencionado en párrafos anteriores, los principales postulados de la terapia narrativa de acuerdo con (Payne, 2002; Suárez, op.cit.; White, 2002b; White y Epston, op.cit.) son los siguientes:

Analogía del texto: Propone la idea de que los relatos o narraciones que viven las personas determinan su interacción y organización y que la evolución de las vidas y las relaciones se produce a partir de la representación de tales relatos o narraciones.

Posibilita conocer la diferencia entre un relato dominante y uno alternativo, a la vez que sitúa los eventos en el tiempo para mirar los relatos en su contexto sociopolítico. White

menciona que esta analogía le proporciono una segunda descripción³² de la manera en que las personas organizan sus vidas alrededor de determinados problemas. Esta descripción le abrió nuevas áreas de indagación incluyendo una exploración de aquellos mecanismos que hacen que ciertos textos tengan merito literario.

Naturaleza del problema: Tiene que ver con que las personas al paso del tiempo llegan a creer que el problema expresa su identidad y lo que toman como verdades sobre su carácter, naturaleza, objetivos, etc., de modo que estas “verdades” tienen un efecto totalizante sobre sus vidas; las conversaciones internalizadoras sobre lo que es problemático para ellas, invariablemente ha tenido efectos negativos sobre su vida.

Panorama de la acción y de la conciencia: White menciona que tomo “prestados” los términos de Bruner, ambos consideraban que los relatos tienen paisajes duales:

- *Paisaje o panorama de la acción.* Está constituido por las experiencias de acontecimientos que están reunidos en secuencias, se desenvuelven en el tiempo y según tramas específicas.
- *Paisaje o panorama de la conciencia.* Son las interpretaciones que se hacen por medio de la reflexión sobre los eventos que están desenvolviéndose en los paisajes de la acción – lo que piensan que esos eventos reflejan acerca del carácter, las motivaciones, deseos, etc.- ya sea de ellos, de alguna relación específica.

Agencia personal: En caso de problemas crónicos, con historias fijas y predeterminadas, es común que los clientes muestren dificultad para poder identificar la influencia que ellos tienen sobre la vida del problema; no obstante lo pueden lograr si identifican dentro de su descripción dominante algún hecho significativo que pueda convertirse en un hecho raro y poco habitual.

Técnicas principales de intervención

Las expresiones oral y escrita son intervenciones que de forma estructurada en el espacio terapéutico, cuentan historias o proponen elementos que propician la construcción de nuevas narraciones es decir, se trata de hacer intervenciones que por su complejidad involucran los niveles cognitivo, afectivo, social y pragmático (Suárez, op.cit.). Algunas de las intervenciones más representativas son las siguientes:

³² La primera es el método interpretativo el cual sostiene que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento.

Externalización del problema: Invita a las personas a las personas a cosificar y a veces a personalizar sus problemas, los cuales se convierten en una entidad separada, externa por lo tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía, se vuelven así menos constantes y restrictivos (White y Epston, op.cit.). Ésta se lleva a cabo a través de las *conversaciones externalizadoras*; y algunos de los elementos que contribuyen son (White, 2002b)

- *Preguntas de influencia relativa.* Se componen de dos conjuntos de preguntas: a) el primero anima a las personas a trazar el mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones b) el segundo invita a describir su propia influencia sobre la vida del problema.
- *Acontecimientos extraordinarios.* Son aspectos previamente no tomados en cuenta pero cruciales de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante.

Historia alternativa o relato extraordinario. Una vez que identifican los acontecimientos extraordinarios se puede estimular a las personas a que desarrollen nuevos significados en relación con ellos; lo cual requiere que estos acontecimientos pasen a formar parte de una historia alternativa de la vida de la persona. Algunas prácticas narrativas que sirven para fortalecer o engrosar historias alternativas (Morgan, 2000; Payne, op.cit.; Suárez, op.cit.; White y Epston, op.cit.) son:

- *Conversaciones de "re-membranza"*³³ Se pregunta al cliente sobre alguna persona que haya tenido una influencia positiva en su vida y más adelante se explora la influencia del cliente en la vida de esta persona.
- *Uso de documentos terapéuticos.* El uso de medios literarios para fines terapéuticos es una de las mayores contribuciones de la terapia narrativa, algunos de ellos son: la escritura de cartas a sus pacientes, las invitaciones, declaraciones, resúmenes de sesión, certificados, agradecimientos, entre otros (Bertrando y Toffanetti op.cit.; Sánchez y Gutiérrez, op.cit.). Peggy Penn ha encontrado en su trabajo terapéutico que el hecho de escribir cartas es en sí un proceso terapéutico, no necesariamente que estas sean escritas por el terapeuta, sino por el paciente a personas significativas con las que se tengan conflictos no resueltos (Sánchez y Gutiérrez, op.cit.).
- *Trabajo con testigos externos.* Este aspecto de la terapia narrativa tiene que ver con la importancia de "contar y recontar" nuestras historias para construir la identidad de

³³ La palabra anglosajona "remembering" significa recordar, y al ponerle un guión "re-membering" sugiere volver a recordar; establecer una membresía, en este caso los miembros del "club de nuestra vida".

cada uno. Se trata de una variante del trabajo con Equipos Reflexivos, que de igual forma se apoya en las ceremonias de definición (Andersen, 1994; Fernández, et. al. 2003; Freedman y Combs, op.cit.; Friedman, 2005) tema que se ampliara en el apartado de Equipo Reflexivo. Los testigos pueden ser otros terapeutas, familiares o amigos del cliente, pero frecuentemente son personas que han tenido experiencias similares a las que el cliente está viviendo.

Deconstrucción Desde el punto de vista de la terapia narrativa, los problemas solo sobreviven cuando están respaldados por ideas particulares, creencias y principios.. Se llama *desconstrucción* a resaltar y examinar las verdades que se dan por hecho; es “desarmar” o revisar cuidadosamente las creencias y prácticas de la cultura que están fortaleciendo al problema y a la historia dominante; a través de preguntas y conversaciones, se puede trabajar, examinar estas ideas, y ver cómo sostienen al problema, de esta manera será más fácil cuestionarlas y desafiarlas.

Aplicaciones del modelo

White ha aplicado su método a casos tan complicados como la anorexia, la esquizofrenia en niños, adolescentes “incontrolables”, personas de cualquier edad y obviamente con familias que presentan todo tipo de problemas (Sánchez y Gutiérrez, ibid.). Unos de los principales terapeutas narrativos que se han enfocado al trabajo con parejas son Freedman y Combs (op.cit.) ellos buscan facilitar un proceso colaborativo de *reautoría* en el que se puedan expresar historias más apropiadas y satisfactorias. Dickerson y Zimmerman (op.cit.) han aplicado el enfoque en el trabajo con adolescentes, en estas familias los terapeutas llevan a cabo un movimiento en el que el relato de los padres pase a tener menos importancia que el relato en desarrollo de los chicos acerca de sí mismos, sin embargo los padres han creado una historia que deja poco espacio para las elecciones del joven, lo que Bruner (1990) menciona como “narrativas sobre-especializadas”. En cuanto a la terapia infantil Epston, Freeman y Lobovits (2001) han desarrollado el aspecto lúdico de la narrativa al fijar el foco de atención ya no en el niño, sino en la relación entre el problema y el niño de una forma divertida para los pequeños y significativa para los padres.

2.3.6.2 Equipo reflexivo

Otro de las modalidades terapéuticas posmodernas que tiene como una de sus bases principales el construccionismo social es el Equipo de Reflexión, en el que la esencia es el intercambio de ideas y discursos, pero con la particularidad de que el diálogo ya no sólo se da entre paciente (o cliente) y terapeuta, sino que incluirá a un grupo de terapeutas que serán testigos de ese diálogo y a su vez realizarán posteriormente un diálogo sobre el diálogo, enriqueciendo de esta forma la construcción de ideas.

Antecedentes, definiciones y representantes

El creador y principal representante del trabajo terapéutico con Equipo reflexivo es Tom Andersen, quien dirigía un grupo de psiquiatras y psicólogos en Noruega, comenzaron a estudiar y aplicar los procedimientos de diversos terapeutas familiares y de escuelas sistémicas, entre los cuales destacan Minuchin, Haley, Watzlawick. La construcción de los argumentos teóricos del trabajo con equipo reflexivo se desprendieron inicialmente de las ideas cibernéticas y constructivistas de Von Foerster y Von Glasersfeld.

También han tenido influencia algunas ideas e investigaciones de Bateson sobre “la diferencia que hace la diferencia”; las aportaciones de Maturana y Varela sobre la biología del conocimiento y el *multiverso*, así como de la relación paciente-terapeuta; el trabajo en equipo del Instituto Ackerman; el método de fisioterapia de Bülow-Hansen, del cual dedujo que cuando las personas se ven expuestas a lo usual, lo inusual puede inducir un cambio, pero si se enfrentan con algo demasiado nuevo e inusual se cierran para no inspirarse, por lo tanto es lo “adecuadamente inusitado” lo que hace una diferencia. Finalmente el trabajo en equipo del grupo de Milán, el cual tuvo gran importancia en su trabajo posterior (Beltran, 2004; Sánchez y Gutiérrez op.cit.).

En sus inicios como psiquiatra, Andersen comenzó a sentir incomodidad al asumir una posición de terapeuta experto³⁴ y se acercó a la terapia familiar, después de trabajar en la modalidad de equipo terapéutico al estilo Milán su incomodidad disminuyó pero enfrentó los dilemas que se presentan cuando el equipo tenía que decidir sobre cuáles

³⁴ Esta incomodidad de Andersen es un aspecto en común que caracteriza a los terapeutas de los enfoques posmodernos, ya que implica una diferencia significativa en el tipo de relación con los clientes. “Para mí fue un alivio adoptar relaciones más heterárquicas, en las que cliente y terapeuta trabajan en conjunto como participantes igualmente importantes” Andersen (2001, p.204).

comentarios e intervenciones compartirían con sus clientes. Por lo que decidieron permitir que los clientes vieran y oyeran su forma de trabajo, 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 1994, 2001). *“El revertir la luz y el sonido le daba una libertad sorprendente a la relación entre nosotros y la familia. Ya no éramos los únicos responsables, sólo éramos una de las dos partes.”* (Andersen, 1994 p. 34).

Dos o tres años antes de que apareciera la idea del equipo reflexivo, Andersen (2001) empezó a tener una mayor sensibilidad ante el fluir de la conversación en el encuentro terapéutico, descubrió que había intervalos de silencio después de conversaciones que habían sido demasiado diferentes a las habituales. En 1984 el equipo modificó la forma de hacer intervenciones, comenzaron a decirle a los clientes “además de, lo que usted ve, nosotros vemos esto” o “además de lo que usted intentó hacer, nos preguntamos si podría hacer esto otro”; con la intención de destacar que tanto las consideraciones de la familia como las del equipo tenían valor. Es en marzo de 1985 cuando aparecen las “conversaciones abiertas”, las cuales posteriormente serán nombradas como Equipo Reflexivo.

Según Beltran (op.cit.) es en 1987 cuando Andersen publicó su artículo “El equipo Reflexivo: diálogo en metadiálogo en el trabajo clínico”, con el que puso en contacto al mundo de la Terapia Familiar con una concepción diferente del equipo terapéutico y de la participación de los miembros del equipo en el proceso terapéutico. 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 internacionales como el Equipo de Brattleboro integrado por Judith Davidson, William D. Lax y Darío Lussardi, así como la influencia de Arlene Katz y Harlene Anderson.

White, que en ocasiones emplea el Equipo de Reflexión menciona que fue Karl Tomm quien a finales de la década de los 80's le dio a conocer el concepto, considerando que establece condiciones favorables para generar en las personas la voluntad de ser “participantes activos de su propia historia” y de “inventarse” y que la ***ceremonia de definición*** de la antropóloga Barbara Myerhoff propone una metáfora particularmente apropiada para este trabajo y sirve para esclarecer algunos de los procesos que implica.

“Las ceremonias de definición abordan los problemas de la invisibilidad y la marginalidad; son estrategias que brindan a cada individuo oportunidades para ser visto en sus propios términos, reuniendo a testigos de su existencia, su merito y su vitalidad (Myerhoff, 1986 p.267, cit. en White (2002b)).

Principios básicos

El principal objetivo de los procesos reflexivos es compartir lo que los miembros del equipo piensan y sienten respecto a lo que han escuchado durante la sesión entre cliente y terapeuta; los integrantes del equipo reflexionan en presencia de ellos siguiendo ciertos lineamientos. Esta innovación resultó ser una gran herramienta ya que ofreció una alternativa al procedimiento impuesto por el uso del espejo de visión unidireccional. Se observó que el lenguaje de los profesionales cambiaba a más simple, más personal y más apreciativo (Fernández, et. al. 2003).

Considerando las bases epistemológicas mencionadas anteriormente, entre los supuestos básicos del Equipo Reflexivo se encuentran los siguientes (Andersen, 1994, 2001, 2005; Beltran, op.cit.; Fernández, et. al. 2003):

- 🌈 Realidades múltiples. Una persona puede ser comprendida de muchas maneras, pues no sólo ella cambia (habla y actúa de modo diferente), 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 y viera algo distinto, su comprensión será diferente.
- 🌈 La conversación es un intercambio de ideas, donde se describen, explican, definen y construyen significados diferentes, en la cual se sugiere promover que las personas escuchen más y piensen acerca de su situación buscando esos nuevos significados.
- 🌈 Procesos de diálogo interrelacionados. El proceso reflexivo implica tres conversaciones, dos internas y una externa, las internas pueden ser sobre las ideas que se están intercambiando y su participación en la conversación externa, la cual tendría que ser pausada para permitir un espacio para las internas; cuidando la integridad del cliente, el cual tiene la oportunidad de decir no a cualquiera de las tres conversaciones.

- ✚ Postura horizontal y colaborativa. El utilizar equipos de reflexión permite adoptar y ampliar una postura colaborativa, ofreciendo una forma de trabajo menos jerárquica (que la que se usa en los modelos tradicionales), basada en la co-construcción.
- ✚ 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. No hay una conclusión o cierre al final de la sesión, más bien se aspira a dejar abiertas distintas ideas y posibilidades para los participantes.

Técnicas principales de intervención

Andersen (1994, 2001, 2005) menciona que no existen técnicas ni reglas rígidas para llevar a cabo los procesos reflexivos, sólo algunos lineamientos propuestos:

- ✓ Inicialmente se lleva a cabo la entrevista entre el cliente o familia que consulta, de acuerdo a los principios epistemológicos ya mencionados y se les describe la modalidad de trabajo con equipo preguntándoles si están de acuerdo.
- ✓ Durante esa entrevista inicial el equipo estará detrás del espejo escuchándola atentamente, así como a sus diálogos internos. Después de cierto tiempo determinado por los terapeutas, se llevará a cabo el ingreso del equipo al espacio, diciendo a los consultantes que pueden o no poner atención a los comentarios del equipo, pensar en otras cosas, descansar o lo que ellos prefieran
- ✓ El equipo puede estar compuesto de preferencia hasta por 4 personas, los cuales en caso de que se encuentren en la misma sala del terapeuta y cliente(s) se les solicita que se miren entre sí y no dirigirse a ellos, es decir que no miren a los que escuchan, lo cual permite su libertad de no escuchar.
- ✓ Las reflexiones deben basarse en algo expresado durante la conversación con los clientes, no en algo tomado de otro contexto, procurando no transmitir connotaciones negativas o que puedan ser interpretadas así.
- ✓ Las intervenciones deben ser a modo de pregunta y reflejando el propio sentir de los miembros del equipo de un modo tentativo, se pueden utilizar metáforas e incluso ejemplos personales. La posición de escucha y de respeto es primordial.

- ✓ La duración de las reflexiones es en promedio de 10 minutos y una vez que el equipo reflexivo termina de hablar, el terapeuta a cargo le pregunta al paciente si algo de lo escuchado le ha llamado la atención o quisiera hablar al respecto.

Uso en otros contextos

Los procesos reflexivos podrían establecerse de muy diversos modos, las formas en que se aplican son infinitas y el elemento limitador proviene de nuestra propia inventiva. Algunos de los contextos pueden ser:

- ❖ El equipo puede estar en otra habitación detrás de un espejo de visión unidireccional, o bien con el equipo escuchando y hablando en la misma habitación.
- ❖ En caso de un terapeuta sin equipo, un colega podría estar presente para conversar con él durante los intervalos “de reflexión”. También podría ser un miembro de la familia mientras los otros escuchan y viceversa.
- ❖ Si el terapeuta entrevista a un cliente a solas y sin colega, ambos pueden hablar de un tema abordándolo desde la perspectiva de una persona ausente. Se le pregunta a este qué pensaría (conversación interior) o diría (conversación exterior) su pariente sobre tal o cual punto. Una vez presentados los pensamientos del pariente, el terapeuta puede preguntar al cliente: “¿y qué piensa usted mismo acerca de lo que piensa su pariente?”.
- ❖ Durante un taller o consulta (ejemplo cuando en un seminario hay una sesión en vivo) que tiene lugar en un salón y ante una audiencia, la totalidad de esta podría servir de equipo de reflexión.
- ❖ También se pueden aplicar a diferentes contextos aparte de la terapia, por ejemplo para supervisión, reuniones de cuerpo médico, funcionarios administrativos e investigación cualitativa.

2.3.6.3 Enfoque Colaborativo

En la postura colaborativa existe la concepción de que los sistemas humanos son sistemas generadores de lenguaje y significados, y que un sistema terapéutico es un

sistema lingüístico dónde terapeuta y cliente crean los significados de una manera conjunta; ese grupo de personas coopera en torno al discurso apropiado para ese momento, alrededor de un *problema*³⁵, buscando por medio del diálogo que los problemas se disuelvan y más no que se resuelvan (lo cual ampliaremos más adelante). Lo que se busca es la creación de nuevos significados para las personas y con esto abrir sus posibilidades y opciones para mirar lo que podría ser su “problema”.

Antecedentes, definiciones y representantes

El enfoque colaborativo surge dentro del movimiento posmoderno, en el cual algunos terapeutas, como Harlene Anderson y Harry Goolishian, desertaron de las filas de la cibernética y se pasaron a la hermenéutica, éste último reconoce además influencias de Bion, Winnicott y Rogers (Hoffman, 1996; Tarragona 2006).

Anderson comenzó con su contacto con Harry Goolishian y la Terapia del Impacto Múltiple (TIM) en 1970, en la University of Texas Medical Branch en Galveston Texas. De acuerdo con Beltrán (op.cit) la TIM fue creada en 1950 por Goolishian y sus colegas como una forma de terapia breve centrada en la familia con hijos adolescentes, ésta representó una innovadora comprensión de la terapia y diseño de una nueva teoría social: 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, caracterizado por una visión relacional en la que para comprender los problemas del individuo, se incluía el estudio de la familia.

El trabajo conjunto de Anderson y Goolishian se estableció formalmente en 1977 con la fundación del Galveston Family Institute, en donde se continuó trabajando con la TIM; posteriormente se convierte en el Houston Galveston Family. El equipo de Galveston llegaba a enfrascarse en lo que los clientes les contaban y los terapeutas olvidaban planear una intervención y se dieron cuenta de que la conversación misma tenía un impacto en los clientes, así surgió la concepción de la terapia como un proceso conversacional y dialógico (Tarragona, 2006).

³⁵ Está concebido desde este enfoque como algo o alguien acerca de lo cual una persona está preocupada y quiere cambiar, éste puede ser nombrado y descrito de tantas formas como integrantes tenga el sistema. Por esta razón, a veces se hace referencia a este discurso como el “sistema del problema” Anderson (2001).

El lenguaje y la conversación son los conceptos centrales del enfoque de sistemas lingüísticos creados en colaboración. Tienen su raíz en la hermenéutica y el construccionismo social. Ambos destacan el significado como fenómeno intersubjetivo, que los individuos crean y experimentan en la conversación y en la acción con ellos mismos y los otros. 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 a través de realidades narrativas socialmente construidas (Anderson, 2001).

Principios básicos

Uno de los puntos esenciales para Anderson y Goolishian fue empezar a concebir a los sistemas humanos como generadores de significados por medio del lenguaje, como sugirió Gadamer “somos seres que conversan, *somos seres dialógicos*” (cit. en Anderson, 2008), por lo que sugirieron que la terapia tenía que ver con la exploración de esos sistemas de significado a través de la conversación y que además la terapia requiere que *estén en el lenguaje con la familia*, desde el interior de su mundo de conocimiento.

Para Anderson (2001) el proceso de la terapia es una conversación, un diálogo un “hablar con”, la conversación implica un proceso de “estar en esto juntos” en el cual el terapeuta y el cliente se comprometen por medio del diálogo en la co-exploración de los temas inmediatos (lo que refieren como el problema) y al co-desarrollo de realidades, significados o narrativas modificados o nuevos.

En la conversación terapéutica la novedad se desarrolla continuamente, mirando hacia la *disolución del problema*, más que a su eliminación inmediata, con esto los problemas no son resueltos, sino disueltos. Una nueva percepción del cliente puede desarrollarse a partir de una modificación en la comprensión del problema, que entonces ya no se vive como tal. El *cambio* tanto en el terreno cognitivo, como en el del comportamiento es una consecuencia natural del diálogo.

Anderson y Goolishian (1996), consideran que las premisas de su trabajo son:

1. *Los sistemas son al mismo tiempo generadores de lenguaje y generadores 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”. El sistema terapéutico es uno de ellos.

2. *El significado y la comprensión se constituyen socialmente.* No accedemos al significado o a la comprensión si no tenemos acción comunicativa, compromiso en un discurso o diálogo generador de significado dentro del sistema para el que la comunicación tiene relevancia.
3. En terapia todo sistema se consolida dialógicamente alrededor de cierto “problema”. Ese sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado específico de sus organizaciones y de su disolución alrededor del “problema”.
4. La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de la “conversación terapéutica”. Que es una búsqueda y una exploración mutuas, a través del diálogo, un intercambio de doble vía, un entrelazamiento de ideas en el que nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la disolución de los problemas.
5. El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación –un arquitecto del proceso dialogal- un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica.
6. La pregunta terapéutica es el principal instrumento para facilitar el desarrollo del espacio conversacional y del proceso dialogal. Para lograrlo, *el terapeuta ejercita la formulación de preguntas desde una posición de “ignorancia” o de “no saber”, en vez de preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas.*
7. Los “problemas” con que nos enfrentamos en la terapia son acciones que expresan nuestras narraciones humanas. Estos existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.
8. El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y, por lo tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. El poder transformador de la narración descansa en su capacidad para re-relatar o re-relacionar los hechos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y diferente.

Otra premisa central para Anderson (2005) es que la consecuencia natural de una conversación es la transformación; y que 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 y crean conocimiento al explorar lo familiar y construir lo nuevo.

Práctica terapéutica

Harlene Anderson nos muestra que la terapia colaborativa no tiene una serie de técnicas específicas o ciertos pasos a seguir y que se trata más bien de una filosofía o postura respecto a la gente "los clientes" y cómo es que los terapeutas se relacionan con ellos. El terapeuta que cree y puede transmitirle a cada uno que lo concibe como un ser humano único y vale la pena escuchar lo que tiene que decir, se conectará de forma auténtica con él y podrán colaborar y construir un proceso terapéutico participativo, colaborativo y poco jerárquico (Tarragona, op.cit.).

Algunos de los elementos a considerar para llevar a cabo la práctica terapéutica colaborativa de acuerdo con Anderson (1999) son los siguientes:

- *Preguntas conversacionales.* Las preguntas se hacen desde la posición de no saber, la cual permite expresar interés y curiosidad por el cliente. Estas preguntas ayudan a que el cliente cuente, clarifique y amplifique su historia; a aprender sobre lo dicho versus lo todavía no dicho. A su vez cada pregunta lleva a una elaboración de las descripciones y explicaciones; cada pregunta lleva a otra, un proceso de continuo preguntar que proporciona las bases de lanzamiento del proceso dialógico.
- *No saber.* El terapeuta debe procurar no basar sus comprensiones, explicaciones e interpretaciones en experiencias y conocimientos y verdades previas. Quiere aprender el sentido que tienen las cosas para el cliente; quiere captar su historia y 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 él dice, ya que *el cliente es el experto* de su propia vida; el terapeuta aprende que los aparentes sin sentidos 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. Dando lugar a la *incertidumbre* de dónde nos va a llevar una conversación y la transformación que se presentará.

- *Hacer público.* se refiere a la apertura del terapeuta a compartir la conversación interna en lugar de mantenerla oculta o velada. También suele llamarse como “apertura de agenda” con la idea de no mantener secretos ni técnicas ocultas.
- *Multiplicidad de perspectivas.* Es valorar la pluralidad y complejidad de distintas voces. En el equipo “como si” los participantes escuchan la sesión y comparten sus reacciones hablando “como si” fueran las personas que han escuchado.
- *Responsabilidad compartida.* Al invitar al cliente a colaborar, la responsabilidad se hace compartida. Hay quienes piensan que al trabajar colaborativamente el terapeuta abdica su responsabilidad, Anderson menciona que esto no es así, y que la jerarquía y el dualismo colapsan y la responsabilidad se comparte.

Consideraciones finales

A través del recorrido que he realizado por los diferentes enfoques terapéuticos de la terapia familiar, estoy convencida que no existe un modelo que sea exclusivo para abordar cierto problema o problemáticas, ya que cada familia es única y pueden acoplarse a uno o más modelos de intervención; sin embargo, me parece que es importante que los terapeutas tengamos claridad al momento de determinar cuál será el idóneo para apoyar adecuadamente a las personas que acuden a nosotros, tomando en cuenta las características de la familia; buscando una comprensión amplia del contexto familiar, su problemática y sus recursos. Considerando además la personalidad y los recursos del/la terapeuta, así como el enfoque que le haga sentirse cómodo(a) y si cuenta con las herramientas necesarias para llevarlo a cabo.

Durante los semestres de la residencia en los que ya llevé a cabo mi práctica clínica, el modelo de terapia que tuve la oportunidad de aplicar individualmente fue únicamente el Estructural, y ya posteriormente en coterapia los modelos de terapias Breves, tanto el MRI como el Centrado en Soluciones. De los modelos posteriores que nos enseñaron fui solamente parte del equipo terapéutico y/o del reflexivo, por lo que mi participación fue limitada. Por lo anterior y para la finalidad de este reporte expondré dos de los casos que lleve con los modelos mencionados.

Considero que la terapia Estructural es un buen modelo de referencia para los terapeutas durante los primeros semestres de formación, ya que permite comprender de una manera sencilla, clara, con un marco conceptual y técnico preciso las etapas del proceso terapéutico: etapa de evaluación familiar, a la cual se le da un peso importante para de ahí derivar las hipótesis estructurales. Esta evaluación toma en cuenta, de acuerdo con Minuchin y Fishman (1992) el ciclo vital de la familia (dependiendo las edades de los hijos), el tipo de familia o lo que llamaron composición familiar (por ejemplo familias de tres generaciones, acordeón o con soporte), las características de la estructura familiar (límites, alianzas, jerarquías, coaliciones). Por otro lado también muestra esa claridad en la etapa de intervención, en la que el objetivo principal es la reestructuración de la familia mediante el cuestionamiento de su organización, utilizando las técnicas y estrategias (ya descritas en párrafos anteriores de este capítulo).

Sin embargo me parece que también puede tener varias limitantes, una importante es que no incluye estrategias específicas para la atención de la diversidad de familias que actualmente están emergiendo con más frecuencia como lo son las familias sin hijos, las reconstituidas o las de padres del mismo sexo, y en las que tendríamos que valorar principalmente cómo se llevaría a cabo el cuestionamiento de su organización y qué sería lo más “adecuado” para una mayor funcionalidad de cada familia específicamente.

Otra limitante que puedo considerar es que -al ser un modelo esencialmente directivo- puede dejar de lado el espacio para una escucha más amplia y detallada de cada una de los procesos de vida por los que estén cursando los integrantes de la familia, y que son igual o más importantes que alcanzar algún objetivo específico. Este aspecto me parece primordial ya que como lo mencionan las terapias posmodernas, nuestra realidad e identidad se construye y modifica a través del lenguaje. Debido a lo anterior es que me pareció adecuado abrir un espacio con terapia narrativa en el proceso terapéutico de las familias que atendí, si dejar de basarme en las premisas del modelo terapéutico que utilicé como base.

Erickson (citado en O’Hanlon, 1989) recomendaba a los terapeutas tener flexibilidad para abrir un espacio de reflexión a las explicaciones y significados alternativos de la conducta humana, y que cada modelo terapéutico fuera sólo el punto de partida. Consideraba que las personas tienen dentro de sí los recursos necesarios para superar sus

problemas y que la terapia consiste entonces en contribuir para que estos recursos surjan, más que enseñarle cosas a la gente.

CAPÍTULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

El programa de la Residencia en Terapia Familiar de la UNAM contempla formar al estudiante desde una visión integral que le permita abordar las problemáticas que presentan las familias con una perspectiva amplia tomando en cuenta el antes y el después, desde la investigación para detectar y evaluar los aspectos causan dificultades y llevar a cabo la prevención de los mismos; así como la intervención en los casos que ya sea necesaria. Para lograr lo anterior se desarrollaron diversas competencias y habilidades durante los dos años que comprende la formación, entre las que se encuentran: a) habilidades teórico-conceptuales; b) competencias clínicas (detección, evaluación y tratamiento terapéutico y/o multidisciplinario); c) habilidades de investigación y enseñanza; d) el reforzamiento de los valores éticos y el compromiso social.

Este capítulo comprende los incisos b, c y d. Aunque el inciso “a” se abordó en el capítulo anterior, estará presente a lo largo de los capítulos posteriores en cuanto a la aplicación de la teoría ya sea en los casos clínicos así como en las investigaciones. Presentaré dos casos clínicos uno en el que participe como coterapeuta y el otro donde fui terapeuta, ambos tienen en común la etapa del ciclo de vida en que se encuentran las familias, con hijos preescolares y con presencia de violencia familiar en ambas.

El segundo apartado comprende las investigaciones con la aplicación de metodologías cuantitativa: Elaboración y validación de un instrumento de medición confiable “Escala de Asertividad en las Relaciones de Pareja (ESARP)” y cualitativa “La actitud hacia la muerte en un Policía de la PJDF y sus padres”. El tercer apartado contiene las habilidades de enseñanza e intervención comunitaria: elaboración del taller “Mi familia ¿espacio de riesgo o protección? La elaboración de dos productos tecnológicos, así como las reseñas de participación en foros académicos. Y en el último apartado se incluyen algunas consideraciones éticas que involucran a los terapeutas familiares.

3.1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

Para fortalecer las habilidades clínico-terapéuticas el programa de la Residencia promueve conjuntar la teoría y la práctica, para lo cual contempla que se realicen esas prácticas clínicas en por lo menos tres escenarios (de los seis existentes para el momento en que realicé mi formación), en cada uno de ellos se cuenta con supervisores especialistas en uno o más modelos terapéuticos y además se divide al alumnado de tal forma que se cuente con los equipos terapéuticos correspondientes. Las modalidades de supervisión eran diferentes para cada sede, entre las que puedo mencionar: supervisión en vivo ya sea presencial o por cámara de Gesell, supervisión narrada y supervisión videograbada. Algo muy importante de destacar y que tuvo un impacto positivo en mi formación fue que algunos de nuestros profesores realizaban por una o varias sesiones la función de terapeuta, lo cual nos permitía observar algunas de las técnicas directamente del experto en ellas y aprender del modelamiento también. Además de que tuve la oportunidad y el privilegio de fungir como coterapeuta del Dr. Raymundo Macías, experiencia que me dejará muy buen recuerdo, además de la experiencia académica.

Lleve a cabo prácticas profesionales en tres escenarios, Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, Centro de Servicios Psicológicos Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro y en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”. Mi participación en cada uno de ellos fue diferente, en algunos como terapeuta a cargo, en otros como coterapeuta, parte del equipo terapéutico atrás del espejo y en otros como parte del Equipo Reflexivo. Todas fueron experiencias muy enriquecedoras y gratificantes.

3.1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico

Cada Centro de atención tenía su forma específica de trabajo dependiendo de sus instalaciones y el personal académico, así como de la integración de sus expedientes clínicos; fue en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” en el cual atendí los dos casos clínicos que presentaré, por lo que ambos tuvieron la modalidad de trabajo siguiente:

- La supervisora y el equipo terapéutico (de 1 a 4 compañeros) se encontraban presentes en el consultorio.
- La mayoría de las sesiones se conformaban de las siguientes etapas:

- a) *Presesión*. Reunión previa del equipo (con presencia o no de la supervisora) para plantear las hipótesis o revisar la minuta de la sesión anterior.
- b) *Sesión*. La(s) terapeuta(s) responsables del caso atienden a la familia, el equipo observaba, y realiza anotaciones.
- c) *Pausa*. Se lleva a cabo unos minutos antes (10 o 15) de finalizar la sesión, se pide a los pacientes que salgan un momento y el equipo intercambia ideas para finalizar la sesión.
- d) *Cierre*. La familia regresa y la(s) terapeuta(s) dan un mensaje final, tomando en cuenta los comentarios e ideas del equipo.
- e) *Postsesión*. El equipo charla de lo observado y aporta algunas posibles hipótesis o intervenciones, uno de los integrantes del equipo se encargaba de realizar la minuta de la sesión para el expediente.

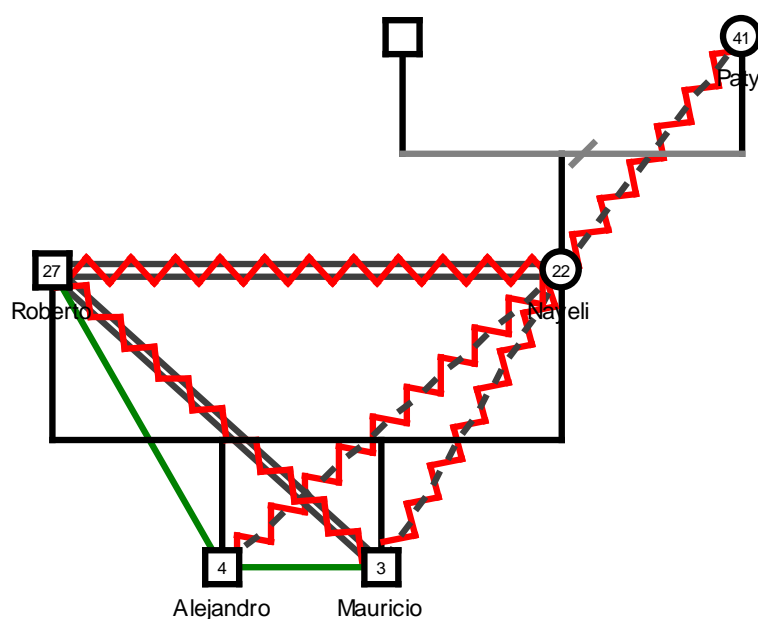
Es importante señalar que en este centro (a diferencia de los otros donde realice mis prácticas) no había cámara de Gesell, por lo que el equipo terapéutico estaba presente en las sesiones a un par de metros detrás de la o las terapeutas a cargo y esta particularidad era poco común lo cual nos llevaba a preguntarles a los pacientes si deseaban que su proceso se llevara a cabo con la presencia del equipo y en caso de que no aceptaran se respetaba su decisión como parte del protocolo ético que ejercemos. De igual forma para mantener el anonimato y la confidencialidad de las familias presentadas en este reporte sus nombres han sido modificados.

CASO CLÍNICO 1. Familia Díaz

Datos de caso

- *Lugar de atención*: Centro Comunitario "Los Volcanes".
- *Terapeuta*: Paula Bautista.
- *Supervisora*: Mtra. Rosario Muñoz.
- *Equipo terapéutico*: Joan Le Turq, Laura Mancera y Raúl Reducindo.
- *Modelo terapéutico*: Estructural y Narrativo.
- *Número de sesiones*: 14.

Familiograma inicial



Motivo de consulta

La Sra. Nayeli se acerca al Centro de atención porque se siente desesperada ya que la situación que se vive en su familia ha ido en aumento, menciona ya no tener autoridad con sus hijos, debido a la presencia de la abuela y tía maternas. Considera que la conducta de los niños es incontrolable, que son un desastre, hacen muchos berrinches y que ya sólo entienden a gritos o jalones, por lo que preocupa hasta dónde “pueda llegar” en su necesidad de mantenerlos bajo control ya que se da cuenta que la relación con los niños está empezando a ser cada vez más agresiva.

Antecedentes familiares

Al llegar al centro, Nayeli solicita terapia individual porque considera que ella es la del problema. Al pasar a la primera sesión, valoran su problemática y la refieren al área de Terapia Familiar.

La familia Díaz vive actualmente en casa de Paty la abuela materna, la cual fue madre soltera siendo Nayeli su única hija, vivieron sólo ellas dos durante mucho tiempo hasta que a sus 17 años Nayeli decide vivir en unión libre con Beto y llega a casa. Al año nace Alejandro y un año y medio después nace Mauricio.

Explorando el tema de la historia personal y familiar, Nayeli comenta que no tiene trato con su papá, aunque sí lo conoce de vista y sabe su nombre y por donde vive, dice que su mamá no le oculto nada respecto a su origen ya que lleva solamente el apellido de ella, y que al ir creciendo no tuvo mayor interés en conocer y tratar con su papá diciendo "si él no vio por mí de chiquita, pues no tiene sentido". Al empezar a cursar secundaria su mamá le dijo "no te vayas a hacer novia de chavos que se apelliden Chávez, para evitar que se relacionara sentimentalmente con algún medio hermano. En cuanto a la familia de Paty (su mamá) fueron 12 hijos y actualmente sólo viven 9; no se exploró mayor información referente a ellos, sin embargo es importante mencionar que la tía que llega a vivir a su casa es una de sus hermanas mayores, la cual al separarse de su esposo le pide apoyo a Paty para vivir con ella llevando a uno de sus hijos, esto sucede cuando Nayeli y Beto llevan tres años de unión libre y es el momento en que para Nayeli empiezan a "empeorar" las cosas en casa.

Nayeli estudió dos años de la carrera técnica Asistente Educativo y trabajo un año como auxiliar en un kínder antes de vivir en unión libre, a partir de ese momento deja de trabajar para dedicarse al hogar y le ayuda a su mamá en el negocio de venta de fruta y chicharrones afuera de una primaria. El señor Beto es ayudante de carpintería y su trabajo no es formal, por lo que sus horarios y su ingreso son variables.

Evaluación familiar

- *Etapas del ciclo vital:* La familia Díaz es una familia semiextensa³⁶ que se encuentra atravesando por la etapa con niños preescolares. Es una época de acomodamiento a

³⁶ De acuerdo con Macías (2012) una familia semiextensa es la que integra bajo el mismo techo a una familia nuclear y otros miembros de la familia, pero sin llegar a constituir otro tronco generacional completo, por ejemplo la presencia de algún padre, suegro, primos, etc.

nuevas reglas en la familia, ya que una de las características principales es la crianza, la cual conlleva el establecimiento de la disciplina.

De acuerdo con Haley (1986) es en esta etapa que nombró como "nacimiento de los hijos y el trato con ellos" donde se plantea un problema especial a las mujeres, debido a que el ser madres es algo que la mayoría anticipa como una forma de autorrealización, pero el cuidado de los niños puede ser llegar a ser además una fuente de frustración personal y efectivamente fue uno de los motivos que acercó a Nayeli a buscar apoyo terapéutico.

- Subsistemas: El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas (Minuchin, 1983). Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

En esta familia ha existido un movimiento interesante de los subsistemas, el *conyugal* pareciera estar formado por Nayeli y Beto, sin embargo en algunas ocasiones el comportamiento y las demandas de Beto parecieran ser las de un hijo más ya que en la mayoría de los aspectos existía una ausencia del apoyo mutuo que tendría que caracterizar al subsistema conyugal.

El subsistema *parental*, durante los dos primeros años a partir del nacimiento de Alejandro estuvo constituido por Paty, Beto y Nayeli y al parecer fue asumido así y no le generaba tanta incomodidad a Nayeli, sin embargo esto cambia al llegar la tía a vivir a casa, momento en que Nayeli se siente desplazada y sin autoridad, incluso formando parte en algunos momentos del subsistema *fraterno*, debido a que su mamá y su tía asumían una función parental hacia a ella, ya que ambas le indicaban lo que tenía que hacer respecto al cuidado de sus hijos en aspectos tan básicos como que tendrían que comer o vestir, conformando finalmente un subsistema *parental* caracterizado por dos miembros de la misma generación (las hermanas).

- Límites: Están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera. Protegen la diferenciación del sistema o del subsistema. Los límites al interior del sistema se establecen entre los subsistemas y al exterior implican la interacción entre la familia y otros sistemas.

En esta familia son *Difusos* debido a que no definen las reglas de interacción con precisión y permiten la intromisión entre los subsistemas, lo cual conlleva un estilo transaccional de *aglutinamiento*, lo que puede provocar que la conducta de un miembro influya intensamente sobre los demás; poca diferenciación entre sus miembros y abandono de la autonomía, este aspecto observado claramente en Nayeli, ya que sentía incapacidad de decidir sobre para sus hijos y a veces hasta para ella misma.

- *Jerarquías*: Hace referencia a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia, con relación al ordenamiento jerárquico, al miembro con mayor poder dentro de la familia. Uno de los aspectos donde se puede observar el ejercicio de este poder (o en algunas familias su abuso), es en el desempeño de las funciones parentales. En la familia Díaz, esta función se fue moviendo de lugar como ya lo mencionábamos en el apartado de subsistemas, y debido a que los límites son *difusos* fue muy fácil que al llegar otro miembro a la familia (tía) asumiera rápidamente el rol parental que ocupaba Nayeli, desplazando así su jerarquía.
- *Alianzas y coaliciones*: La alianza designa una afinidad positiva entre dos miembros del sistema familiar y las coaliciones se refieren a cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema, generalmente es oculta e involucra a dos personas de distintas generaciones aliadas contra un tercero. La alianza que se pudo observar fue entre Nayeli y su mamá desde siempre al ser sólo madre e hija y después al compartir la crianza de los niños, sin embargo al llegar la tía ellas se empiezan a separar y empiezan a tener conflictos.

En cuanto a las coaliciones podríamos suponer algunas: Paty y su hermana contra Nayeli y Beto. En ocasiones los niños ya sea con la abuela o tía en contra de Nayeli, ya que repetían el discurso que escuchaban de alguna de ellas cuando se dirigían a descalificar a Nayeli. De Beto y los niños cuando evadían alguna petición de Nayeli y por ejemplo le decían que ella tenía que recoger los juguetes (repetiendo lo que decía su abuela y con el reforzamiento de Beto).

Objetivos del proceso

El objetivo principal fue evitar el avance de la interacción agresiva que se presentaba en la familia. Desde el modelo Estructural algunas de las formas de llevarlo a cabo son redefiniendo el significado del problema dentro de la interacciones familiares, cuestionando la realidad familiar durante el proceso y reorganizando la estructura de la familia para encontrar unas pautas de relación más funcionales.

Otro objetivo que pude visualizar desde el inicio del proceso terapéutico, fue contribuir a reencuadrar la idea que tenía Nayeli de ser una “mala madre” y para llevarlo a cabo podría recurrir además de las técnicas del modelo estructural, a algunas de las intervenciones que utiliza el enfoque Narrativo.

Resumen de la intervención terapéutica

Al iniciar el proceso terapéutico Nayeli acudió sólo con sus dos hijos, ya que Beto se encontraba trabajando, por lo que las primeras *cinco* sesiones se llevaron a cabo con ellos tres. Beto asistió a partir de la sexta sesión de forma intermitente dependiendo de su carga de trabajo y de las nueve sesiones restantes él acudió a *seis*.

Cuando escuchaba el relato de Nayeli en la primer sesión acerca de la situación que se estaba viviendo en su casa en cuanto a la organización familiar de tres generaciones y que el tema central era la conducta de los niños y el “forcejeo” por definir quien ejercía el rol parental, contemple la posibilidad de que el modelo *Estructural* podría apoyar a esta familia, aunque me preguntaba ¿cómo lo podría hacer si no se encontraban presentes todos los integrantes de la familia? Faltaban la abuela y el esposo, el cual se integro en sesiones posteriores.

Sin embargo al percibir el malestar de Nayeli debido a que ya se sentía una “mala madre” por estar perdiendo cada vez más el control del comportamiento de sus hijos al grado por ejemplo, de tener miedo de “lo que les pudiera llegar a hacer” para que la obedecieran, y el incremento de la sensación de que sus hijos “ya no la querían”, me llevo

a preguntarme si también algunas técnicas del enfoque *Narrativo* le podría brindar la oportunidad de modificar ese concepto de sí misma que le estaba empezando a generar una sensación de fracaso y fue así que en algunas sesiones incorpore algunas de esas técnicas al proceso.

Etapa de modelo estructural

Durante la primera sesión Nayeli nos relata (al equipo terapéutico y a mí, por lo que me referiré generalmente en plural) que ya se sentía mal por cómo estaba tratando a sus hijos, ya que llegaba un punto en que cuando hacen berrinches la desesperan tanto que se enoja, le hartan y les empieza a gritar para que la obedezcan, porque cuando les habla “bien” ya no le hacen caso, ha tenido que recurrir a las amenazas, los jalones y a veces hasta a las nalgadas. Refiere que ese comportamiento ha ido en aumento, que ella sabe que está mal y siente que lo que hace para “desquitarse de lo que a ella le hacen”, al preguntarle a que se refería con esto, hizo referencia que su mamá y su tía eran agresivas verbalmente la descalificaban como madre, y que parecía una madrastra ya que además de no jugar con los niños, los trataba mal. Nayeli refiere que ese apodo ya se le había quedado y ya hasta los niños la nombraban así.

Era notable la actitud de desesperación que asumía Nayeli ante el comportamiento de sus hijos en el espacio terapéutico, los niños la interrumpían al hablar, no la escuchaban si les pedía algo, jugaban muy ruidosamente, se querían salir del espacio; una de las estrategias que se llevo a cabo fue el **Reencuadre**³⁷ entonces por medio de la técnica de *escenificación* se le daban algunas directivas a Nayeli para promover interacciones alternativas en el establecimiento de límites dentro del espacio, para que posteriormente fueran replicadas en casa. Al inicio se utilizó el modelamiento de cómo hacerlo ante los niños, pero me di cuenta que estaba reforzando la pauta familiar en el sentido de que la de mayor jerarquía en el espacio no la tendría nuevamente Nayeli sino la terapeuta, por lo que en las sesiones subsecuentes cualquier petición hacia los niños la realizaría Nayeli, y cuando asistieran en pareja, ambos y no yo.

³⁷ El objetivo de la estrategia de reencuadre es el cuestionamiento del síntoma. Modificar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes (Minuchin y Fishman, 1992). El modelo está descrito en el capítulo anterior.

Una pauta que se pudo observar es la forma de comunicación, en la familia extensa y especialmente en la pareja, su lenguaje *digital y analógico*³⁸ es agresivo en los extremos se gritan o les es muy fácil dejar de hablar (aplican la ley del hielo) entre adultos y también a los pequeños cuando estos no les obedecen, no cumplen con sus tareas. Por ejemplo Beto ignora a Nayeli, aunque lleve varias ocasiones de llamarle a cenar él no le responde, por lo que ella le grita y entonces él se molesta y también levanta la voz. Por lo anterior se dedicó un tiempo del proceso para hablar sobre su estilo de comunicación, brindándoles algunas pautas alternativas de comunicarse en la familia.

Lo que se iba conociendo durante las sesiones respecto a la situación de Nayeli nos mostró que los principales desafíos residían en el movimiento que se generó en la estructura familiar a partir de la llegada de la tía. Por lo que el proceso terapéutico se centro en la **Reestructuración**³⁹ estrategia que apoyaría (a través de la técnica de *complementariedad*) a que se enmarcaran los comportamientos y actitudes individuales como parte de un contexto más amplio, en este caso no percibir como aislados y de forma lineal los berrinches de los niños, o el enojo de Nayeli o las complacencias de la abuela y tía hacia los niños sino como parte de las pautas relacionales. Por ejemplo los berrinches también podían representar una forma de contacto entre Nayeli y los niños, ya que ella comentó que no juega con los chicos, “le cuesta trabajo demostrarles cariño y que además no le gusta que la vean los demás que a veces cuando lo llega a hacer sólo es a solas”, por lo que el mal comportamiento, podría ser una forma de que los niños estén cerca de mamá.

Con el propósito de ir tejiendo la corresponsabilidad en la familia, era necesario fomentar unos límites mejor definidos entre los subsistemas, para lo cual la técnica de *fijación de fronteras* tendría la función de reestablecer acuerdos entre los adultos sobre la forma en que se llevarían a cabo y qué alcance tendrían los roles de parentalidad. Para esta finalidad se invitó a asistir a sesión a los demás miembros de la familia, sin embargo el único que accedió fue Beto y se integró a partir de la sesión número seis. La abuela

³⁸ La comunicación digital se refiere al contenido semántico que se transmite a través de símbolos lingüísticos o escritos (verbal). La comunicación analógica es todo lo que sea comunicación no verbal: gestos, movimientos corporales, postura, expresión facial, inflexión de la voz, y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1981).

³⁹ Es el cuestionamiento de la estructura. Aumentar o disminuir la proximidad entre los miembros de subsistemas significativos puede dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar. Se busca con el proceso terapéutico identificar la proximidad y la distancia.

Paty y su hermana no se mostraron interesadas, sin embargo con el transcurso de las sesiones estaban más abiertas a escuchar las peticiones de Nayeli, respecto al establecimiento de límites y funciones de cada quien.

Como parte del propósito de fijar estas fronteras, se exploró el aspecto de los espacios físicos ya que al vivir varias personas en la misma casa y no muy grande, aumentaba el aglutinamiento y por tanto la propensión a los desacuerdos, se le preguntó a Nayeli cuál era su idea respecto a ese tema y responde que ella sabe que lo mejor sería que se fueran de ahí pero no quiere hacerlo para no dejar sola a su mamá, ya que siempre ha vivido con ella y se sentiría culpable de irse, ya que Nayeli es para su mamá (desde su percepción) "lo único que tiene", esta idea se exploró un poco más adelante.

En función de contribuir a que la definición de los límites entre subsistemas, estuviera acompañada de la claridad en las características que definirían las funciones específicas de cada quien en la familia, la técnica de *desequilibramiento* va de la mano con la anterior (fijación de fronteras) ya que con el establecimiento adecuado de los límites en los subsistemas será más sencillo establecer una nueva organización jerárquica más funcional y acorde con la etapa que está viviendo la familia.

Considero que hay que ser cuidadosos con el establecimiento de esta nueva organización jerárquica, ya que estaremos entrando en un tema importante y presente siempre en las relaciones humanas, que es el manejo adecuado del poder, Foucault (2008) refiere que nosotros experimentamos sobretodo los efectos positivos y constitutivos del poder, que estamos sujetos a él por medio de "verdades" normalizadoras que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones.

Por lo que, si no se procura el balance adecuado de ese "nuevo poder" se podría pasar al otro extremo, por ejemplo si Nayeli asume totalmente la jerarquía podría crear una distancia mayor entre su mamá y ella, aspecto que la entristece y ya lo ha manifestado en frases como "antes platicábamos más mamá y yo... y ahora se va más con mi tía", "hasta parece que ahora la tía es su hija y no yo", "me ha dicho mi mamá que si me quiero ir de la casa, lo haga pero que le deje a los niños". O sí la asumiera Beto, se podría incrementar la descalificación de los demás porque la seguirían considerando incapaz de ejercer un maternaje adecuado.

A lo largo del proceso se siguieron manejando estas técnicas de *reencuadre* para que la pareja pudiera llegar a establecer acuerdos sobre la forma en que querían ejercer la jerarquía parental con sus hijos respecto a la disciplina, poniendo *énfasis e intensidad* (principalmente con Nayeli) en las expresiones que les estaban dando más resultados, resaltando así a lo largo del proceso los *lados fuertes de la familia*, porque incluso se le mandaron reconocimientos a Paty y la tía de los cambios que estaban teniendo en su actitud hacia todos los miembros de la familia. Continuamos también con las técnicas de *reestructuración* ya mencionadas.

Para contribuir con la introducción de nueva información al sistema familiar que afianzara el ejercicio de los recién recuperados roles parentales, me apoye además en técnicas de la Disciplina Positiva de Nelsen (2003) como lo son el establecimiento de límites firmes, consecuencias lógicas, tiempo fuera, y el llamado principio de Premack⁴⁰. Así como de un método llamado *Screamfree*⁴¹ o libre de gritos (Runkel, 2011) en el que su principal objetivo no es el control de la conducta del niño, más bien está enfocado en que el cuidador a cargo pueda mantenerse en autocontrol, para poder ejercer la disciplina positiva y mantener un contacto afectivo con su hijo.

Etapas de modelo Narrativo

Durante las primeras sesiones que escuche a Nayeli relatar los eventos que estaban sucediendo en su familia, identifiqué que se trataba de un asunto de estructura y organización familiar, sin embargo al mismo tiempo se estaba presentando en ella una vivencia desagradable que estaba dejando repercusiones en la concepción que tenía de sí misma principalmente en su autoconcepto de mamá y esposa, pareciera como si a partir del nacimiento de sus hijos, ella hubiera “dejado de ser” escuchada por los otros (su mamá y pareja) debido a su condición de madre primeriza. Su opinión pasaba a segundo término dándole prioridad a la “voz de la experiencia” que representaba su mamá, y que tiempo después también lo haría su tía.

⁴⁰ Consiste en que una conducta frecuente o agradable sirve como motivación a otra conducta menos frecuente, por ejemplo, una conducta muy frecuente es jugar y otra menos frecuente es hacer las tareas (escolares y de casa). Por lo que si dejamos jugar al niño hasta una vez que haya terminado la tarea, esta conducta se hará cada vez más frecuente.

⁴¹ Agradezco a la Dra. Luz María Rocha y la Lic. Samantha Barocio por facilitarme el acercamiento a este método.

Algunas de las frases que escuchaba de su familia (mamá, tía, primo y a veces Beto) como por ejemplo “tú no sabes cómo”, “regañas a los niños como si no los quisieras, no parecen tus hijos”, “pareces la madrastra”, “les gritas mucho”, etc. generaban en ella sentimientos como el enojo, frustración, culpa y tristeza, los que a su vez estaban teniendo una influencia importante en las ideas que ya se estaban empezando a modificar sobre el concepto que tenía de sí misma, considerándose ya como una “mala madre”.

White (2002b) menciona que si tú eres el problema, o si tu relación es el problema, entonces no será mucho lo que puedas hacer, a excepción de que intentes actuar sobre ti mismo; las conversaciones externalizadoras ponen en entredicho esto, al colocar al problema como algo externo a ti.

Comenzamos entonces el proceso de **externalización del problema** en el cual se busca que el problema se convierta en una entidad separada, externa a la persona. Por medio de *preguntas de influencia relativa*, fuimos explorando cómo es que el enojo se “apoderaba” de Nayeli, en qué momentos pasaba más frecuentemente esto, cómo es que lo manifestaba hacia sus hijos y en ocasiones hacia su pareja.

Al continuar explorando qué es lo que había detrás del enojo encontramos que existía frustración por no poderle expresar a su mamá como es que se estaba sintiendo con respecto a la llegada de su tía, ya que antes de eso Nayeli compartía con su mamá el cuidado de sus hijos, y aunque a veces le llegaba a incomodar un poco que su mamá le dijera cómo hacer las cosas referentes a los niños al final era “algo que las unía” y que cuando llegó la tía esto dejó de ser así y Nayeli se sintió desplazada, ya casi no platicaba con su mamá, ya no salían juntas a pasear, Paty prefería estar con su hermana, sin embargo a Nayeli le parecía complicado hablar con su mamá, porque casi no encontraban momentos a solas, sin que estuviera alguien más, ya sea los niños, Beto o la tía.

Entonces una de las actividades que se le sugirió fue *escribir una carta* con todo lo pendiente que le quisiera decir a su mamá, y que sería una opción darle o no la carta en ese momento o en el transcurso del proceso terapéutico. Peggy Penn ha encontrado que el hecho de *escribir cartas* es en sí un proceso terapéutico, no necesariamente que estas sean escritas por el terapeuta (como regularmente lo hacía Epston) sino por el paciente, a

familiares o personas significativas con las que se tengan conflictos no resueltos (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La *externalización del problema* permite a las personas separarse de estos relatos dominantes y problemáticos y al hacerlo recuperan la capacidad de identificar los **acontecimientos extraordinarios**. En este sentido la conversación con Nayeli nos fue acercando a conocer momentos donde sí se había sentido satisfecha con su forma de convivir con los niños, o algunos otros momentos donde logró que la obedecieran más rápido y no tuviera que gritarles. Uno de los *momentos significativos* que mencionó fue cuando en una ocasión su mamá y tía se fueron de vacaciones por una semana, entonces ella y Beto se entendieron mejor, además de que para Nayeli fue más fácil expresar su cariño a los niños, les tuvo más paciencia y pudo evitar que el enojo se apoderara de ella, logró identificar los momentos en que sí se puede oponer a esos sentimientos de desesperación.

Uno de mis objetivos es que el cambio se fuera dando de manera simultánea en las ideas y sentimientos de Nayeli, pero también en la estructura familiar y principalmente en la conducta de los niños (que era uno de los aspectos observados y juzgados por la familia) por lo que busque alguna técnica desde el enfoque narrativo que fuera apoyo para Nayeli en el control de los berrinches de sus hijos y así abonar a que ella incrementara su experiencia satisfactoria en cuanto al manejo adecuado de sus hijos. Para lo cual se incluyó la técnica llamada **Rito de inclusión**⁴², a los otros recursos de disciplina que ya se implementaban; tomando en cuenta el aspecto de poco acercamiento afectivo que manifestó Nayeli, y el cual se propiciaba con este ritual. A ella se le mostró desde las primeras sesiones (tercera) en que acudía sólo con los niños y posteriormente a Beto en la octava sesión, teniendo resultados positivos dentro y fuera del espacio terapéutico.

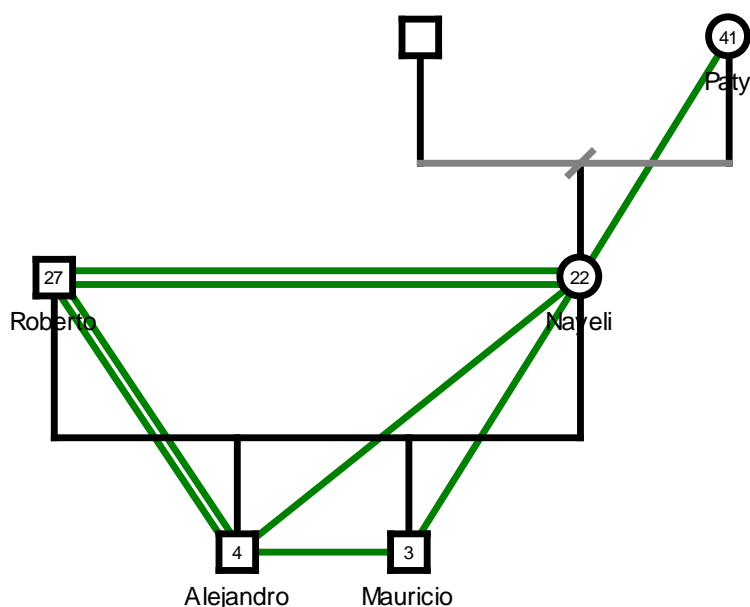
Para llevar a cabo un engrosamiento del *relato alternativo* que describí en el párrafo anterior se dedico un buen tiempo de la sesión a que Nayeli se escuchara y se visualizara en todas las ocasiones que pudo mostrar respuestas muy diferentes a las que

⁴² Es un enfoque ritual para tratar la conducta descontrolada en los niños y adolescentes, utiliza el concepto del “time-in” como una metáfora del tratamiento. Su principal característica es introducir un nuevo marco para encuadrar la conducta del niño. Inicialmente White la nombro como “técnica de tenencia firme” pero no le agrado y Epston le sugirió renombrarlo como “rito de inclusión”. La descripción completa se encuentra en (White, 1994 p.128).

estaba acostumbrada. Reconociéndole que ha sido una mamá a la que sí le importan sus hijos y que en varias ocasiones los ha sabido cuidar bien, además de que sí la obedecen.

Fue así como se llegó a una **desconstrucción**⁴³ del concepto de “mala madre” que se había venido formando, por escuchar esas voces externas de minusvalía hacia su labor como madre por parte de su mamá, su tía y primo; por creer que no sabía educar a sus hijos, por creer que su mamá y su tía eran mejores que ella ya sea por la edad o por ser madres y que efectivamente pudiera ser que tuvieran mayor experiencia que Nayeli, pero no necesariamente por eso tienen que valer más o ser mejores que ella. Esta idea de “mala madre” ya se estaba comenzando a arraigar en Nayeli y fue hasta que llegó a tener un mayor grado de **agencia personal** sobre el problema que ella pudo empezar a modificar el concepto que tenía de sí misma como madre y esposa pero principalmente como una mujer que fue capaz de recuperar un papel activo en su vida para lograr cambios internos principalmente y además en la relación y estructura de su familia.

Familiograma final



⁴³ La desconstrucción tiene que ver con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas. Ayuda a las personas a experimentar la sensación de ser capaz de ejercer un rol activo en la propia vida y de apartarse de los hechos y pensamientos que desde su perspectiva estaban empobreciendo sus vida y la de los demás (White, 1994).

Comentarios finales del caso, otros cambios obtenidos y reflexiones

Un aspecto importante que he procurado incorporar a mi práctica terapéutica es la *perspectiva de género*⁴⁴ y sobre todo después de ampliar mis conocimientos durante la residencia. Sin embargo en este caso me parecía un poco contradictorio pues al aplicar el enfoque estructural inevitablemente se presentaría una diferencia en el orden jerárquico entre los subsistemas, además de que una característica de esta familia era que las matriarcas (por así llamarlas) expresaban cierto grado de machismo al consentir demasiado a los hijos y nietos hombres y devaluar las capacidades de Nayeli. Entonces encontré un espacio de oportunidad para contribuir a que la familia realizara cambios respecto al trato diferencial que se daba a hombres o mujeres dentro de su familia, y así no continuar reproduciendo una desigualdad entre los sexos que beneficiaba a lo masculino y desfavorecía a la mujer, en este caso Nayeli que “había llegado” a esta familia.

Ese espacio fue el subsistema conyugal, por lo que se extendió la invitación a Beto (la pareja de Nayeli) para participar en las conversaciones, él accedió y asistió a partir de la sexta sesión. Entre los cambios que se pudieron constatar respecto a la equidad de género en la familia fueron:

- a) Una considerable disminución del trato agresivo entre la pareja y hacia los niños, principalmente en el aspecto verbal y físico.
- b) Una escucha mayor de Beto hacia las necesidades de Nayeli y recíprocamente un trato con menos gritos de ella hacia él (por no sentirse escuchada).
- c) Mayor participación de ambos en el cuidado de los niños; pusieron en práctica la disciplina compartida: ya no se descalificaban mutuamente ante los niños o retiraban la consecuencia que había establecido alguno con anterioridad, aplicaban las mismas consecuencias para determinada situación por lo que los niños tenían más consistencia en su formación. También se alternaban actividades cotidianas por ejemplo bañarlos, hacer la tarea y jugar con ellos.

⁴⁴Considero importante que se incluyera la perspectiva de género en todos los semestres, haciendo alguna crítica a los modelos y proporcionando alternativas para su incorporación en la práctica clínica. Quiero brindar mi agradecimiento a la Dra. Noemí Díaz Marroquín por sus aportaciones académicas relacionadas con esta temática y su supervisión de casos clínicos.

- d) Incremento de la distribución de las tareas domésticas, ya que anteriormente prevalecían los roles tradicionales de género, llegando a manifestar cierto grado de machismo, en el sentido de que Beto no podía por ejemplo realizar actividades de la cocina, de limpieza, lavar su ropa y la de los niños o incluso servirse a sí mismo la cena; actividades que eran asignadas a Nayeli a pesar de que también cumplía con un horario laboral fuera de casa y aportaba económicamente para algunos gastos.
- e) Se incrementaron las expresiones de afecto hacia los niños, ya que Beto solía ser alejado y poco cariñoso y Nayeli además de que le costaba trabajo expresar su amor casi no jugaba con ellos, ya que sentía que solo tendría que ser ella la encargada de establecer la disciplina con los niños, y para ello tenía que mostrarse fuerte, rígida y distante.
- f) Mejor distribución entre los espacios de responsabilidad en la casa y familia y los tiempos libres de ambos miembros en la pareja. Nayeli considero que ya estaban “más balanceadas las cosas” entre Beto y ella porque ahora sí ya le podía dejar a Beto el cuidado de los niños en lo que ella se iba al deportivo a realizar alguna actividad física, actividad que anteriormente sólo podía realizar Beto.

Para la mamá de Nayeli y la tía era algo poco común que ahora se empezaran a dividir las tareas de crianza y actividades del hogar entre los dos, ya que en su familia “no se acostumbraba así”, sin embargo respetaron la decisión de Nayeli de llevarlo de esa forma.

Como lo menciona Foucault “los esfuerzos por transformar las relaciones de poder en una sociedad deberían dirigirse a esas prácticas de poder en el nivel local, en el nivel de lo cotidiano” (citado en White, 1994. p.44) y coincido con ello, solamente que como terapeutas hay que tener presentes las implicaciones que pueden tener los movimientos en la organización de la familia, y plantearlas en las sesiones, por lo tanto se busco que Nayeli y Beto tuvieran el rol parental compartido, además de que estuviera balanceado con el de Paty en el sentido de que se asuma que sí tendrá jerarquía parental con los chicos pero hasta cierto punto, reconociéndole también sus funciones de cuidado y de muestras de cariño hacia ellos en su rol de abuela. En cuanto a la tía llegaron a la conclusión que también les gustaría que siguieran jugando con los niños, ejerciendo un rol como el de Paty, de tía-abuela.

Algunos otros cambios que se observaron en Nayeli y los demás miembros de la familia se enlistarán a continuación:

- ✓ A través de la desconstrucción, Nayeli modificó el concepto que tenía de sí misma, cambio la idea de ser "mala madre" a la de una madre que amaba a sus hijos, quería lo mejor para ellos y no los quería lastimar; Nayeli es una mamá que aprendió a ejercer la disciplina de forma positiva y sin agresión, principalmente fortaleciendo la expresión de cariño hacia ellos.
- ✓ Adquisición de mayor agencia personal para la toma de decisiones, mayor seguridad para hacer escuchar su voz ante su mamá, su pareja y sus hijos. Algunas de las frases que daban cuenta de esto fueron: "ya son mis hijos otra vez", "ya decido yo que comen y que no...o cómo vestirlos".
- ✓ Disminuyó la culpa que sentía por su deseo de irse de casa y "abandonar" a su mamá, ya que ambas encontraron nuevas formas de acompañamiento mutuo sin necesidad de vivir bajo el mismo techo. Estableciendo límites a los subsistemas y jerarquías fue más sencilla la convivencia el tiempo que les quedaba por vivir en la misma casa. Además de que se restableció la relación afectiva con su mamá, decía por ejemplo "ya volvimos a platicar y reírnos como antes...". Recuperó el deseo incluso por volverla a invitar a los paseos en familia.
- ✓ Se fortaleció la comunicación entre todos dentro de casa, facilitando el llegar acuerdos entre la pareja acerca de la educación de los niños y decisiones en general. Sin perder la participación de la abuela y la tía, sólo que ahora con una menor participación y sin perder la expresión amorosa hacia los pequeños.
- ✓ El efecto de la disciplina positiva se notó también dentro del espacio terapéutico, ya que anteriormente Nayeli parecía una hermana mayor de los niños, pero sin capacidad de ser escuchada y al final del proceso ya ejercía mayor control del espacio y el tiempo respecto a lo permitido y no en el consultorio.

Me gustaría comentar que atender de forma integral la problemática de esta familia fue un reto para mí en el sentido de conjuntar dos modelos de terapia, ya que no estaba segura del resultado que se podría obtener, sin embargo recordé lo que me comentó el Dr. Macías en alguna sesión de coterapia que tuve con él, y que después transcribió a su libro "el proceso terapéutico es como un traje a la medida de los

pacientes; que exista la flexibilidad suficiente pero fundamentada en un enfoque teórico. Tener una capacidad integradora esencial tanto en la familia como en el equipo terapéutico, de acuerdo con los ritmos naturales y propios del paciente y el terapeuta” (Macías, 2012 p.177).

Considero que un aspecto que favoreció el proceso terapéutico de la familia y principalmente de Nayeli fue la presencia de mis compañeros terapeutas ya que se estableció una modalidad de *Equipo Reflexivo*⁴⁵; para Nayeli y su familia fue de suma importancia la presencia del equipo en cada sesión, ellos fueron *testigos externos*⁴⁶ de los cambios que se iban logrando; para ella era significativo ser escuchada por mis compañeros y al final de las sesiones le interesaba mucho oír las ideas de mis colegas, los cuales sesión a sesión le íbamos reconociendo la forma en que estaba asumiendo responsabilidad ante su problemática y así poco a poco reapropiándose de su vida. Incluso en alguna ocasión que estuve sola en la sesión pregunto por ellos y comento “ojalá para la siguiente ocasión si tenga la suerte de que estén todos”.

Un procedimiento que me hubiera gustado implementar en alguna de las últimas sesiones sería una *Ceremonia de definición* con testigos, de la forma que White lo propone, sin embargo mis compañeros terapeutas (por ser de una generación más reciente) no contaban aún con el suficiente sustento teórico para realizarlo y decidimos que no era viable. Pero considero que en casos como este, sería muy efectivo para reafirmar sus cambios por medio del reconocimiento de los otros. Como menciona White (2002b) los testigos externos son esenciales para los procesos del reconocimiento y la autenticación de las afirmaciones de las personas acerca de sus historias y sus identidades, y para la realización de estas afirmaciones.

White propone pasos específicos para realizar estas ceremonias de definición, y aunque con Nayeli y su familia no se llevo a cabo en esta forma, sí se contó con las reflexiones del equipo en cada sesión, además de otros testigos de sus avances: su

⁴⁵ Es un grupo de personas (regularmente terapeutas) que van siguiendo la conversación con la familia, tienen ideas sobre lo que van escuchando y en cierto momento de la sesión las expresarán a los clientes, mientras estos y el entrevistador escuchan. Y para finalizar se le pregunta al cliente que le llamo la atención de lo que escucho (Andersen, 1994).

⁴⁶ White menciona que es importante que la persona que narra identifique un “público” con el que le gustaría compartir los cambios que está teniendo en su experiencia de vida. Estas personas pueden ser amigos, parientes, compañeros (Payne, 2002) o como en este caso el equipo terapéutico presente en las sesiones.

mamá, su tía y primo, los cuales no asistieron a la sesión y sin embargo era a través del relato de la pareja sobre sus experiencias que el equipo terapéutico y yo nos enterábamos de los cambios que iban notando los demás miembros de la familia.

El proceso terapéutico con esta familia está basado en el modelo estructural, sin embargo considero que al mirar cómo es que iba reaccionando la familia ante mis intervenciones fui entendiendo un poco más lo que pasaba con ellos y fue entonces que decidí incluir otras miradas diferentes, como la narrativa y el equipo reflexivo, por lo que al final el proceso quedó enmarcado en una postura posmoderna, en la que existen diferentes formas de mirar la realidad, todas ellas validas.

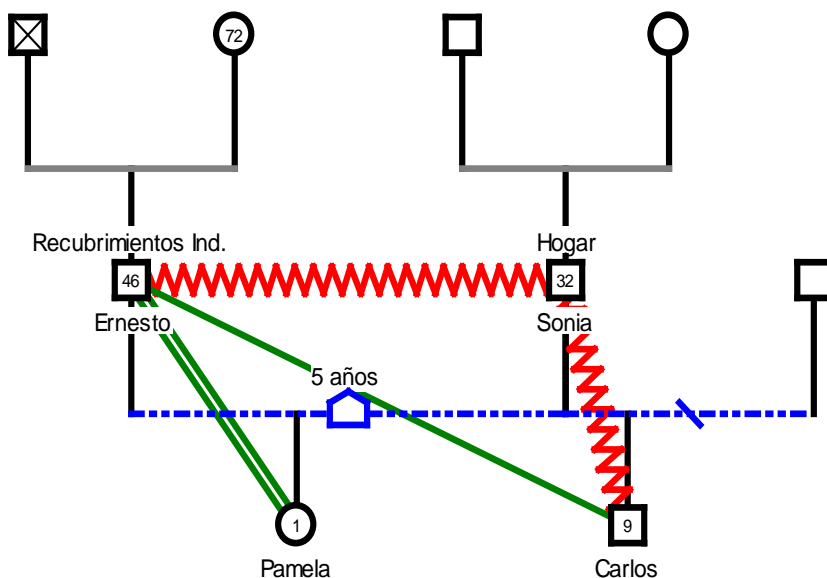
Al finalizar el proceso terapéutico con la familia Díaz me sentí agradecida por la experiencia, ya que fue muy gratificante ver los avances en cada sesión, así como el cambio en general. Tiempo después me buscó Nayeli para comentarme que su vida había cambiado mucho a partir del proceso terapéutico, así como también las relaciones entre los miembros de su familia. Además de que los niños recordaban el espacio con agrado.

CASO CLÍNICO 2. Familia Martínez

Datos de caso

- *Lugar de atención:* Centro Comunitario "Los Volcanes".
- *Terapeuta:* Georgina Barrera y Paula Bautista.
- *Supervisora:* Mtra. Rosario Muñoz.
- *Equipo terapéutico:* Araceli Durán, Noemí Kumul y Claudia Ledesma.
- *Modelo terapéutico:* Terapias Breves del MRI.
- *Número de sesiones:* 15.

Familiograma



Motivo de consulta

La pareja acude al Centro Comunitario porque les mandaron llamar de la escuela de Carlos porque últimamente el niño se muestra agresivo y ha peleado dentro del plantel. Ernesto menciona que pelea mucho con su pareja y “ya no aguanta”, señala que ella es violenta con los niños, y más con Carlos por lo que solicita ayuda para solucionar la situación o separarse. Sonia refiere que tiene muchos problemas con Ernesto a consecuencia de la relación que éste tiene con su familia de origen, y de igual forma busca “salvar la relación o ya terminarla”.

Antecedentes familiares

La familia Martínez vive dentro del mismo predio que la casa donde vive la mamá de Ernesto, sólo que en un departamento ubicado arriba. Esta situación ha generado molestia en Sonia ya que atribuye gran parte de la problemática que tiene con Ernesto a la relación que él lleva con su familia de origen. De igual forma Ernesto menciona que cuando Sonia

va a visitar a su familia regresa con "otras ideas", con esto pude observar que ambos encuentran cierto problema en la convivencia que tiene su pareja con su familia extensa.

En cuanto a la historia personal y familiar de Ernesto, él es el tercero de ocho hermanos (cinco hombres y tres mujeres) todos vivos actualmente y con los que se lleva muy bien. De igual forma la relación que lleva con su mamá es muy buena. Su padre ya falleció.

Ernesto comenta que no tiene más hijos y tampoco se caso en otra ocasión; él vivió solo durante 25 años, una señora le ayudaba a limpiar su casa una vez a la semana y él hacía el resto por lo que sí sabe "atenderse solo". Menciona que tuvo una novia con la que duró como 15 años de relación, con ella se quedaba como tres días por semana pero no llegó a más; cuando tenía casi 40 años conoció a Sonia y quedó encantado con su hijo ya que "lo tenía bien arregladito", él consideraba que ya "le hacía falta" establecerse con una pareja, por su edad y porque ya quería formar una familia y es así como toman la decisión de vivir en unión libre.

En lo referente a la familia de Sonia, está compuesta por mamá, papá y dos hermanas, ocupando ella el lugar de en medio. Menciona que su madre era muy exigente, por ejemplo a los 9 años ella ya lavaba su ropa, de ahí "aprendió la importancia de la limpieza" actividad que le causa satisfacción ya que reconoce que es su "papel como ama de casa", sin embargo actualmente este aspecto ha conllevado a peleas entre la pareja ya que Ernesto la juzga como una mujer obsesiva con ese tema.

Su abuela materna era quien se hacía cargo muchas veces de ellas (Sonia y sus hermanas) y de niña la golpeaba, una de las cosas que recuerda es que la abuela cuando le pegaba "le abría los dedos de las manos" (al narrar este recuerdo genera llanto en ella). Menciona que en su casa se estila hablar con groserías y de "ahí lo aprendió".

Respecto al área académica y laboral, Sonia concluyó la licenciatura en Enfermería pero nunca ejerció su profesión ya que se dedicó al hogar. Ernesto menciona que él en varias ocasiones la motivo a trabajar pero ella no lo tomaba en cuenta.

Ernesto estudió hasta el 6° semestre de la carrera en Relaciones Comerciales en el Instituto Politécnico Nacional, pero cuando sus hermanos le ayudaron a iniciar su negocio

de mantenimiento industrial, "le gustó el dinero" y dejó la escuela, actualmente él es el dueño del negocio en el cual participan también dos de sus hermanos.

Antecedentes en la relación de pareja

Ernesto es el que busca la ayuda principalmente por la situación en que se encuentra Carlos; el niño le ha comentado que le tiene mucho miedo a Sonia y además ya está teniendo problemas en la escuela referente a su comportamiento. Después de tres sesiones de evaluación individual se deriva a Ernesto al área de Terapia Familiar por los problemas que se presentan en la interacción en familia y de pareja.

Ernesto siente un gran afecto por Carlos, y que aunque no es su hijo biológico existe una muy buena relación entre ellos, pero comenta que hay ocasiones en que Sonia no le permite que estén juntos en su negocio o salir solos y que lo lleve a pasear.

El noviazgo tuvo duración de dos años, en el cual ambos refieren que se llevaban bien, sin embargo en una de las sesiones Sonia comenta que ya en esa época Ernesto tomaba mucho y desde que se fueron a vivir juntos él ya era "mujeriego" porque llegaba con "chupetones", además de que alcoholizado era más violento con ella.

Un aspecto que llamo la atención a todo el equipo fue que no mencionaron que existiera amor en el noviazgo y lo que resaltaba eran diferentes "intereses" por ya establecerse como pareja, él por su edad (para formar familia), porque ella le gustaba físicamente y por el cariño que sentía por el niño; Sonia porque de inicio sólo le "llamo la atención su auto" y que era el dueño del negocio.

Ernesto tiene establecido el negocio en su hogar, motivo que es foco de discusiones constantes con Sonia, anteriormente porque entraban en cualquier momento a su casa y "ensuciaban", aunado a que también les tenía que servir de comer "frecuentemente", además de que la familia de Ernesto hacía fiesta ahí por cualquier motivo, situación que duro como 3 años, a lo cual responde Ernesto que eso ya no se presenta ya que Sonia se ha peleado con todos (refiriéndose a su familia). Posteriormente porque ella cuestiona el aspecto de las ganancias de él y los sueldos de sus hermanos,

relacionándolo con que a ellos “les da de más” y a ella no le está dando “gasto suficiente” desde hace más de 6 meses, aspecto que notablemente provoca mucho enojo en Sonia.

Ernesto menciona que tienen muchos problemas con Sonia y éstos los atribuye a la forma en la que ella se comporta, tanto con él como con los niños, principalmente con Carlos, comenta que Sonia se enoja por cualquier cosa y comienza a insultar y a comportarse de una forma muy grosera, siente falta de respeto y no ve mejora en esta situación por lo que debido a todas las “majaderías” que ha recibido a veces ya le molesta el simple hecho de verla y comenta que “hasta le han dado ganas de darle una cachetada, aunque ha preferido no hacerlo”, las terapeutas consideramos que ésta es una expresión de agresión pasiva donde lleva implícita la amenaza, al igual que en otras que expresó a lo largo del proceso, por ejemplo cuando surgió el tema de la sexualidad, Sonia comenta que no desea ningún tipo de acercamiento desde hace 3 meses y Ernesto al contrario, la busca pero a su vez le dice que “se buscará otras mujeres” si ella continua en esa postura.

Un tema importante para la interacción en pareja ha sido la forma de beber de Ernesto, ya que refiere que llevaba de 20 a 25 años tomando alcohol de manera recurrente (4-5 días a la semana), pero disminuyó su consumo hace 5 años aproximadamente (debido principalmente a su condición de pre diabético) y en la actualidad toma solo 2 o 3 cervezas por semana, cuestión que no molesta a su esposa. Este antecedente es de relevancia debido a que en una ocasión Ernesto llegó en estado de ebriedad a casa y después de una discusión él la golpeó, lo que llevó a Sonia a levantar una carta de hechos en su contra y a partir de ese momento él ya no la ha golpeado.

Sonia menciona que lleva cuatro consultas asistiendo con un psiquiatra ya que la canalizaron por parte de la escuela del niño por su agresividad hacia él, acepta que ha ejercido violencia física, verbal y emocional⁴⁷ con el niño, algunos ejemplos son que ha llegado a aventarle cosas, pegarle e insultarlo. Le recetaron Ocampina y toma una tableta al día desde hace 2 semanas. Menciona que ya se siente cansada, a disgusto y que no es feliz.

⁴⁷ Una definición amplia sobre la violencia familiar y sus tipos, se encuentra en el apartado 3.1.3. Marco Teórico de los casos presentados, en este mismo capítulo.

Hipótesis sistémica

Es una *familia reconstruida*⁴⁸ que presenta reiteradamente violencia familiar entre todos los miembros, hay problemas de comunicación, actitudes y conductas simétricamente agresivas entre la pareja (*violencia-agresión*) y de *violencia-castigo* hacia los hijos (términos tomados de Perrone y Nannini, 2007)⁴⁹. Se están presentando los síntomas del hijo mayor como voz de la familia (chivo expiatorio) y como respuesta a la violencia que vive por parte de su mamá. Los roles de género son tradicionales, Ernesto es el proveedor y Sonia cuida a los hijos y se encarga de las labores de la casa, condición que con el paso del tiempo les ha generado conflicto, además de no encontrar cubiertas sus expectativas en la relación de pareja.

Objetivos del proceso

- Romper la interacción violenta de la familia, a través de un acomodo más equilibrado en la pareja.
- Modificar la pauta para disminuir los efectos negativos de la violencia en los hijos.
- Fortalecer la comunicación y el acercamiento afectivo.
- Proponer alternativas para su llevar mejor su relación conyugal-parental.
- Acompañar a la pareja en el proceso de la decisión de separarse o no.

Resumen de la intervención terapéutica

El proceso terapéutico de esta familia fue presentado en la IV Jornada de Casos Clínicos del Centro Comunitario, por lo que para la exposición del mismo se llevo a cabo un formato en el que se dividió en tres etapas representativas. Este formato fue avalado en su momento por la supervisora del caso, por lo que será mostrado aquí de la misma forma, describiendo parte de las sesiones y algunas de las intervenciones realizadas.

⁴⁸ Son familias formadas por una pareja de adultos divorciados, separados o viudos, en la que al menos uno de los miembros tiene uno o más hijos de su relación anterior (González M. y González V. 2005).

⁴⁹ La información completa sobre los términos utilizados se encuentra también en el apartado 3.1.3.

Primera Etapa. Rompiendo el caos

Esta etapa abarca las primeras tres sesiones, en las que conocimos la estructura de la familia, algunos de los aspectos sobre el inicio de la relación y parte de la historia de vida de cada uno, se revisó el motivo de consulta y lo que esperan del proceso terapéutico, así como identificar la pauta recursiva. En las terapias breves algo que se busca en las primeras sesiones es conocer la postura del cliente y qué intentos anteriores han realizado para afrontar el problema.

Como lo mencionan Fisch, Weakland y Segal (1994) se procura que las personas no se refieran tanto al pasado, sin embargo si se presenta de esa forma el terapeuta puede escuchar con paciencia y esperar a conseguir información presente y clara del problema. Por lo que en esa primer sesión se invita a la pareja a procurar no centrarse en el pasado; así como responsabilizarse de las decisiones que lleguen a tomar, ya que mencionaron que "llegaban con nosotros para que les dijéramos que hacer". Se les pidió la tarea de elaborar una lista con lo que cada uno espera del otro, así como del espacio.

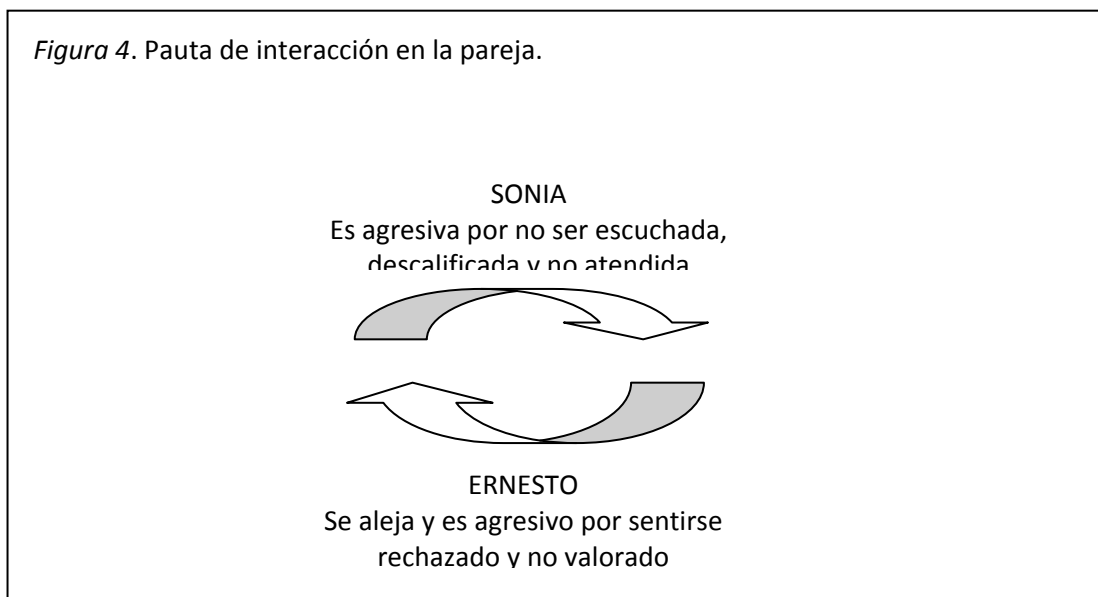
Desde el inicio del proceso se observa la pauta de comunicación entre la pareja, la cual es agresiva mutuamente tanto a nivel verbal como no verbal (no dirigirse la mirada cuando el otro habla o interrumpir el relato con movimientos o revisión del teléfono), se observan descalificaciones hacia el relato y la percepción del otro, así como una lucha de poder incluso por quién toma la palabra en sesión. Esto se observa a lo largo de las sesiones pero se advirtió que es un poco más fuerte de ella hacia él. Sin embargo ambos manifiestan el deseo de cambiar su situación.

Se realizó un ejercicio para buscar una mayor empatía ante la mirada diferente del otro y generar una disminución en las descalificaciones, en el cual se les pidió que se pusieran de pie y de frente, entonces una de las terapeutas colocó en medio de ellos un libro para que describieran algunas características de lo que estaban viendo y al describir lo que cada uno "veía de su lado" aceptaron que ambas miradas son válidas. De acuerdo con Nardone y Watzlawick (2001) el cambio de perspectiva, genera un cambio en la percepción de la realidad y como consecuencia determina a su vez el cambio de la situación y las reacciones a ella.

Continuamos conociendo más acerca de sus interacciones tanto en la casa como en el espacio terapéutico, y fuimos entendiendo la pauta recursiva o circuito interaccional como lo llama Szprachman (2003) en que participaba la pareja cuando se presentaban las conversaciones entre ellos, uno culpaba al otro de la situación en la que se encontraban actualmente. Una forma de mostrar a la pareja la circularidad de su relación y la contribución que tenía cada uno en ella, fue ejemplificarlo gráficamente (figura 4) ya que esa acción de culparse era la que mantenía el problema.

Ernesto se lo atribuía al carácter y enojo de Sonia, a que no valoraba todo lo que había hecho por ella y su hijo antes de que naciera la hija de ambos y a que continuamente lo rechazaba cuando intentaba ser cariñoso. Por su parte ella lo atribuía a que Ernesto no le ponía atención ya que es muy apegado a su familia de origen por lo que les da un lugar más importante que a ella y la otra razón es que no le daba el dinero suficiente para sus necesidades. Por lo que se aborda el tema económico al ser una de las fuentes principales de conflicto. Se les dan mensajes metafóricos de parte del equipo referentes a la forma en que observaban la pauta de la pareja y al final de esa sesión se logró establecer con la pareja el acuerdo de que él diera un gasto fijo y ella hiciera comida en casa.

Algo que mantiene la situación problemática es que las parejas atrapadas en pautas disfuncionales, se empeñan en implementar soluciones que no funcionan, por lo que una de las alternativas para romper el sistema circular es proponer a la pareja que hagan algo diferente (Haley y Richeport, 2006). De acuerdo a esto, se invita a la pareja a que reflexionen sobre alguna conducta que pudieran modificar cuando vayan a empezar las discusiones.



Segunda Etapa. Acciones para la calma

Durante la cuarta sesión Sonia manifiesta incertidumbre referente al tema de seguir o no la relación. Mencionan parte de la tarea que se les había dejado un par de sesiones antes referente a qué es lo que necesita cada uno del otro para mejorar su relación y a la vez que pueden ofrecer. Comentan que respecto a hacer algo diferente Sonia lo ignora cuando la empieza a insultar y él decide pasar menos tiempo en casa. Consideramos que la acción de Sonia era una forma más de agresión por lo que se propone una forma más estructurada de hacerlo, la técnica de *tiempo fuera* la cual utilizarían para los momentos en que se incremente la tensión. Se deja como tarea auto monitorearse en los momentos de enojo y aplicar el tiempo fuera.

Durante un par de semanas logran convivir en espacios fuera de casa (paseos, comidas). Hacen reflexiones sobre las metáforas del equipo en sesiones anteriores relacionadas con lo difícil que les está siendo la comunicación, o por ejemplo, recordando el ejercicio del libro buscan escucharse y tener más empatía. Al preguntarles ¿qué pueden hacer para tratar de “mirar” lo que ve el otro? mencionaron que teniéndose más paciencia. Sin embargo esos cambios se mantienen poco tiempo y la pareja vuelve a engancharse en la pauta.

Para la sexta sesión mencionan la problemática que han presentado en algunos aspectos relacionados al trabajo de Ernesto y el no cumplimiento de los acuerdos de la semana anterior por ambos. Ernesto menciona que ya no desea ir a terapia porque no observa cambios en su esposa, y al preguntarle sobre sus propios cambios menciona solamente el de estar menos tiempo en casa. Cuando se tratan de tocar temas referentes a las emociones o sentimientos que pueda tener su esposa, pareciera que no se percata de ello. Ambos están sumidos en sus discursos y parecería que los mensajes de uno a otro e incluso los del espacio terapéutico no hacen eco en ellos.

Basándonos en una de las Intervenciones Principales del MRI *Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo*, que se caracteriza por buscar que el cliente que renuncie a la conducta problemática, pidiéndole que realice una conducta o actividad incompatible con la primera (Fish, et. al. op. cit.). Se prescribe una estrategia para que disminuyan las escaladas simétricas agresivas, la cual consistió en poner fecha y horario específico para discutir y evitarlo en el resto del día.

En la siguiente sesión la pareja comenta no haber realizado la tarea porque “no fue necesario”, ya que fueron cautelosos para no discutir, la terapeuta interviene y pregunta ¿Cómo hicieron para ser cautelosos? A lo que Ernesto respondió que “depende de uno”. Al parecer se logró modificar la intensidad de las interacciones violentas y además encontraron cada uno la forma de parar estas interacciones: él siendo “cauteloso” y ella retirándose del espacio donde se empieza con la discusión. Se les comenta la analogía de que la familia es como una empresa, donde los socios tienen que llegar a acuerdos para tomar juntos las decisiones más convenientes, y en este sentido se retoma cómo es que esta situación está afectando a los niños. En esta ocasión disminuyeron las interacciones agresivas y ambos lograron mantener una buena escucha durante la sesión.

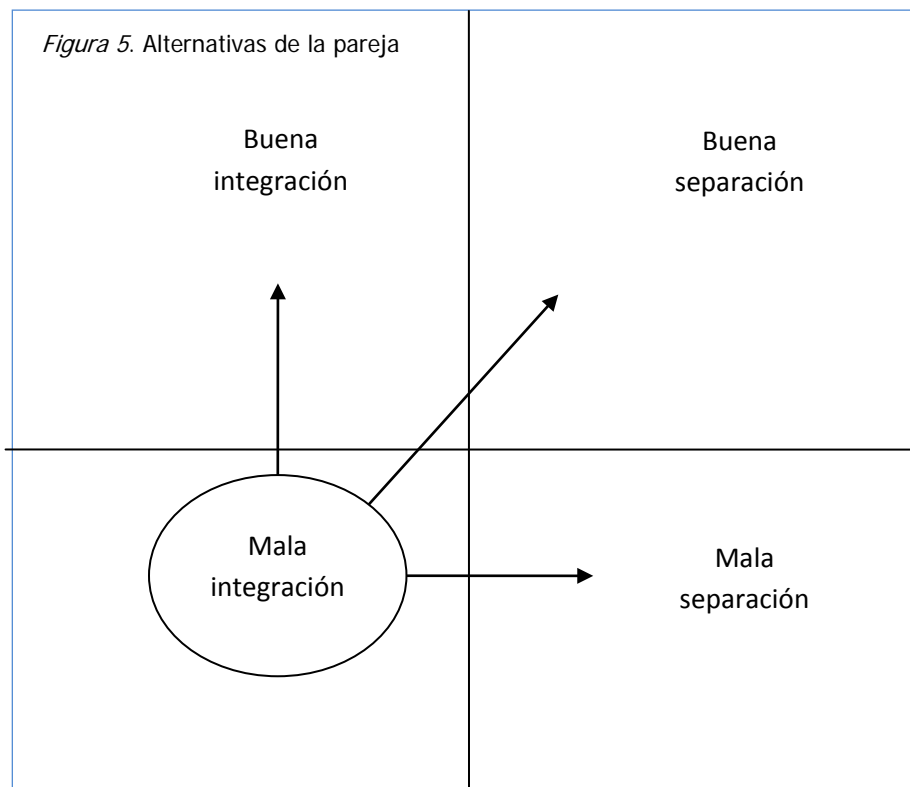
En la sesión 8 se presenta el hijo mayor (que regularmente no asistía porque estaba en la escuela durante el horario de las sesiones) lo notamos poco temeroso y cohibido, contrariamente a lo que hacían referencia los padres. Carlos comenta que sí ha notado los cambios en su mamá, que la ve más tranquila al igual que otras personas cercanas a la familia, también expresa con tristeza que le duele ver cuando sus padres pelean.

Por segunda ocasión no se presentan interacciones agresivas. Llevamos una computadora y se le mostró a la familia una presentación psicoeducativa sobre alcoholismo a petición del padre. Notamos que Sonia estaba muy tranquila y se le connotó positivamente, al igual que la cercanía de Sonia con Carlos ; así como el trabajo en equipo que mostró la pareja ante un indicio de pelea entre los hermanos, escucharon atentamente la explicación y respetaron el no discutir o descalificarse frente a los niños.

En las siguientes sesiones se realizó un ejercicio para fortalecer la escucha, donde uno tenía que explicar lo que el otro acababa de decir, a Ernesto le costó más trabajo que a Sonia; También se expresó una metáfora sobre los diferentes tipos de manzanas, para representar las diferentes realidades o “verdades” que pueden existir ante un mismo acontecimiento, como lo era, en este caso la mirada sobre su problemática. Las metáforas no se expresan sólo con palabras, también puede ser con “acciones metafóricas”, por ejemplo a forma en que el terapeuta trate a los niños en el consultorio puede influir en el trato que les den sus padres, aún sin hacerles ninguna observación (Haley, 1988; Cinabal, 2006) en este caso la escucha y respeto que se daba a cada miembro de la familia podíamos considerarlo como una de esas acciones.

Tercera Etapa. Momentos de decisión

Para la sesión número once, la pareja comenta que ambos han hecho un esfuerzo y han peleado menos, consideran ha sido porque Ernesto se la ha pasado más tiempo fuera de casa, sin embargo manifiestan que las cosas siguen igual en los otros aspectos y ya no están "a gusto", por lo que por primera vez se les propone que observen el cuadrante elaborado por el Dr. Macías (2006) sobre *las alternativas de la pareja* (figura 5) para ver qué camino desean tomar, ante esto Ernesto de primera instancia opta por la buena separación y ella al contrario quisiera una buena integración, pero menciona que si él no quiere, no está dispuesta a tratar de convencerlo.



En la sesión 12 Ernesto comenta que lo estuvo pensando y que "ya no hay remedio...no se cumplieron las expectativas del matrimonio". Sonia dice no estar dispuesta a depender de la decisión de él. Carlos ya ve más cercana la opción de que sus padres se

separen. La pareja pide que los veamos en sesiones individuales para poder expresarse más ampliamente, aceptamos esa petición y lo vimos como una oportunidad de conocer un poco más cómo su construcción del mundo contribuía a mantener la postura de cada uno dentro de la relación. El escuchar el origen de las creencias de los clientes nos brinda un panorama de sus valores, creencias y prioridades (Fisch, et. al. op. cit.). Además de que permite *reestructurar* sus propios comportamientos, y darles un marco distinto de significados (Watzlawick, et. al. op. cit.).

En las últimas sesiones, ya no pudo asistir mi coterapeuta por lo que estuve al frente de las sesiones. Ernesto comenta que ya ve como única alternativa separarse de Sonia, siente tristeza por los niños pero que precisamente es por el bien de ellos. Dice sentir coraje con él y con ella porque "tienen todo para ser felices y no lo son". Comenta que nunca le había pegado a una mujer y a ella le ha pegado una vez, y no desea volverlo a hacer por lo que prefiere separarse de ella. Una de las terapeutas pregunta a Ernesto si considera alguna otra opción o la alternativa de separación que menciona al inicio es definitiva, a lo cual responde que sí lo es.

Por su parte Sonia comenta en su sesión individual que se ha sentido mal, porque dejó de ir al psiquiatra y de tomarse los medicamentos. Ernesto no la ha apoyado en esos días de malestar físico. Hablamos sobre cuáles eran los aspectos positivos y negativos de la separación a lo que Sonia concluyó también que lo mejor es la separación y que empezará a buscar a un abogado para asesorarse bien, ya que quiere pensión para su hija.

Menciona que sí se siente capaz de "sacar a sus niños adelante sola", que ya puede controlar mejor su enojo ante los niños, pero no con Ernesto. Por último dice que va a hablar con él "para ver si lo podemos resolver por las buenas y si acepta, vendremos aquí para lo de la buena separación". Para finalizar la sesión le comento que la veo más segura en cuanto a la decisión que ha tomado, que percibo una mujer fuerte y con ganas de salir adelante, que considero que no es fácil la decisión pero veo una Sandra muy diferente.

En la sesión quince y última, les propongo la idea de continuar con el proceso terapéutico ahora con el objetivo de colaborar en la separación, sin embargo Ernesto se niega, Sonia sólo asiente. Surgen comentarios entre ambos referentes a que la decisión ya está tomada y ya sólo verán la forma de hacerlo. Se hace un breve cierre comentando la

posibilidad de utilizar el servicio del Centro nuevamente cuando lo necesiten y se intensifica en el mensaje de que ser pareja parental es diferente a ser pareja conyugal y la dificultad que pudiera existir al intentar no mezclar las emociones negativas hacia la pareja cuando se toman decisiones con respecto a los hijos. Que el equipo confiábamos en que procurarían el bienestar de los niños, ya que en varias ocasiones hablaron del amor hacia ellos. Ambos agradecen el apoyo que recibieron y se dio por concluido el proceso.

Comentarios finales del caso y reflexiones

Considero que este caso es el ejemplo de un proceso terapéutico complejo, ya que abordar el tema de la violencia en cualquiera de sus formas no es fácil, y menos cuando está de por medio las repercusiones que se les puedan estar generando a los hijos –de cualquier edad, pero principalmente a los niños-, cuando los padres ejercen hacia ellos algún tipo de agresión o simplemente cuando son testigos de la mala convivencia cotidiana que tienen los padres entre ellos.

Si bien, ya había tenido la oportunidad de leer bibliografía referente al tema en algunas asignaturas de la residencia, que me proporcionaron los elementos básicos para comprender el fenómeno relacional de la violencia, no es equiparable a presenciar las interacciones de una pareja dentro del espacio terapéutico. Afortunadamente tuve la oportunidad de estar acompañada la mayor parte del proceso por una colega de semestres avanzados, de la cual aprendí mucho y por lo cual estoy agradecida.

Fue un reto para mí como terapeuta principiante, tanto a nivel de intervención, como a nivel de tolerancia a la frustración ya que por momentos dudaba que el proceso estuviera colaborando para que la familia realizara algunos cambios en sus interacciones y que estos a su vez abonaran a la recuperación de la tranquilidad y el bienestar de los miembros. Sin embargo durante el transcurso de las sesiones pude darme cuenta que sí se estaban generando algunos movimientos en el sistema familiar –aunque estos no fueran los más esperados, o con la rapidez que yo esperaba- entre los que puedo nombrar:

- Reconocimiento de la pauta interaccional y disminución en número e intensidad de las escaladas simétricas violentas, fomentando la empatía.
- Se logró desbloquear el proceso de la familia, pues aunque al terminar la terapia estaban iniciando su proceso de divorcio, las 15 sesiones fueron el preámbulo para que pudieran estar preparados para afrontar tal decisión.
- Toman la decisión de separarse, pensando principalmente en el bienestar de sus hijos, así como en su propia tranquilidad.
- Lograron reflexionar como es que cada uno somos responsables de la expresión de nuestro enojo y agresividad.
- Visualizaron que quiere cada uno para su futuro y el que desean ofrecerle a sus hijos.
- Sonia se mostro más empoderada para enfrentar el proceso de separación y dispuesta a ejercer una crianza no violenta con sus niños.
- Ernesto menciona que el proceso terapéutico le ayudo a valorarse más.

Por otro lado, me parece que nos faltó camino por recorrer en el acompañamiento de esta pareja, y que pude darme cuenta de ello hasta finalizar formalmente la residencia, y después de haber estudiado más a profundidad las alternativas de manejo terapéutico para los casos de violencia. Entre las principales estrategias de intervención (Navarro y Pereira, 2000; Perrone y Nannini, op.cit.) se encuentran las evitativas (tratar de que no se siga reproduciendo el acto violento) y las resolutivas (solucionar los problemas de fondo en la pareja), si lo pudiera expresar en términos del MRI –modelo terapéutico con el que trabajamos el caso- diría que las estrategias resolutivas están dirigidas a realizar cambios tipo 2, los cuales llevan a la persona a realizar modificaciones en su sistema de creencias.

Considero que con Ernesto y Sonia podían haberse implementado algunas de las técnicas resolutivas específicas, como son la asertividad y la corrección diplomática; sobre todo en la segunda etapa del proceso terapéutico, que fue donde la pareja estaba con mayor disposición. Sin embargo nuestra condición de terapeutas principiantes, nos impidió visualizar unas expectativas más amplias para el proceso terapéutico, estoy convencida que pudimos enriquecerlo más, pero también sé que la forma en que lo abordamos pudo promover los cambios ya mencionados en la pareja.

El participar como coterapeuta en este caso, desmitificó la creencia –que en ese momento yo tenía y que probablemente algunos colegas o los clientes aún consideren- de que los procesos terapéuticos generalmente “tienen” que terminar con uniones felices, ya que nos mostró que en ocasiones el final de una relación es el comienzo de una vida más tranquila y satisfactoria.

3.1.2. Marco Teórico de los casos presentados.

El niño en etapa pre-escolar

La familia tiene que enfrentar diversos ajustes, desde el nacimiento de los hijos hasta la edad de siete años y en especial en el sistema marital, ya que se tiene que hacer espacio a los hijos. Uno de los problemas típicos que ocurre es que se establece una lucha entre los padres acerca de la responsabilidad, rechazo o inhabilidad para comportarse como padres de sus hijos, ellos encuentran difícil establecer límites y ejercer la autoridad requerida, o les falta paciencia para permitir al niño expresarse según va creciendo.

Hay muchos factores en nuestro sistema social que hacen esta etapa especialmente difícil como por ejemplo, falta de soportes sociales que refuercen formalmente los límites generacionales. Los hijos necesitan límites, autoridad y seguridad de los padres, lo que les permitirá apreciar que hay un orden en la estructura familiar que será controlada por los padres. Es común que las madres en especial se muestren exasperadas con el niño y frustradas en sus intentos de relacionarse con él es algo común sobre todo si la madre es joven, por lo que la abuela suele tratarlos a ella y a su hijo como si fuesen hermanos y el chico es atrapado en una lucha generacional entre madre y abuela (Craig y Baucum, 2009).

Los niños en etapa pre-escolar rompen fácilmente en llanto o risas. No se avergüenzan de llorar frente a desconocidos ni tampoco de reír. Algunas formas de juego físico son útiles para el desarrollo y ejercitación de las habilidades físicas, que contribuyen a la adaptación social. Además el juego de exploración física está muy relacionado con la atención y el aprendizaje (Lefrancois, 2003).

Hay que reconocer que el tipo de disciplina basado en enseñar-entrenar-informar supone un esfuerzo para ejercer una “influencia” en los niños; mientras que el tipo de disciplina basado en controlar-restringir-castigar siempre supone un afán por “controlar” (Gordon, 2006).

La mayoría de los padres puede aprender, y después aplicar en casa nuevos métodos y nuevas habilidades que son efectivos para que los niños cambien una conducta disruptiva, resolverán sus necesidades y mejorarán la calidad de vida familiar (Gordon 2002).

Panorama general de la violencia

El enojo es normal, pero nos avisa que algo está mal, que se tiene que cambiar; demasiado enojo puede llegar a causar problemas físicos como la hipertensión y otros; la conducta que sigue al enojo puede no ser normal y tornarse destructiva, así como las amenazas, la violencia física y abuso sexual. El enojo es una emoción secundaria, es producto de alguna emoción o otro estado de ánimo como la frustración, el estrés, el sentirse despreciado o rechazado (Welland, C. y Wexler, D. 2007).

La violencia y la agresión forman parte de nuestra vida cotidiana, como podemos ver en las familias, en la calle o a través de los medios de comunicación. Las relaciones de maltrato afectan a cualquier persona sin importar su género, nivel cultural o económico (Ruiz-Jarabo, C., Blanco, P. 2005).

La Organización Mundial de la Salud (2002) define la violencia como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad –implica la existencia de “uno arriba y uno abajo” reales o simbólicos– que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La clasificación utilizada en el Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (op.cit.) divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento:

- *Violencia dirigida contra uno mismo.*
- *Violencia interpersonal.*
- *Violencia colectiva.*

Esta categorización inicial distingue entre la violencia que una persona se inflige a sí misma, la infligida por otro individuo o grupo pequeño de individuos, y la infligida por grupos más grandes, como los Estados, grupos políticos organizados, milicias u organizaciones terroristas. A su vez, estas tres amplias categorías se subdividen para reflejar tipos de violencia más específicos (ver figura 6).

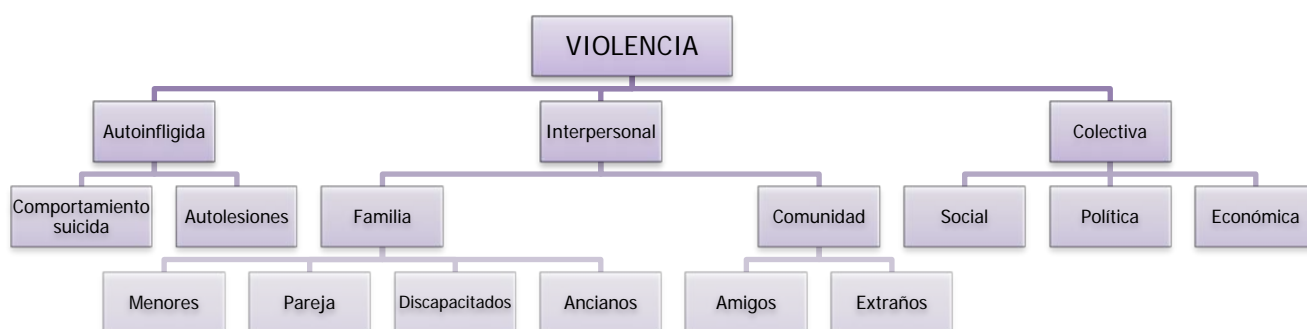


Figura 6. La naturaleza de casi todas las categorías de ésta clasificación está dividida en cuatro categorías: FÍSICA, PSICOLÓGICA, SEXUAL, DESATENCIÓN (excepto la sexual en comportamiento suicida y autolesiones).

Hay violencia cuando en alguna situación de interacción, una persona o varias actúan de manera directa o indirecta, una sola vez o progresivamente afectando a otras personas en grados variables, ya sea en su integridad física o moral, así como a sus pertenencias o en su participación simbólica o cultural (Michaud, 2004).

La violencia no es un fenómeno indiscriminado o multiforme. Más bien adopta dos formas distintas (Perrone y Nannini, op.cit.):

- La *violencia agresión* se encuentra entre personas vinculadas por una relación de tipo simétrico, es decir igualitaria. La violencia se manifiesta como un intercambio de gritos, insultos, amenazas y, finalmente golpes: tanto uno como otro reivindican su pertenencia a un mismo estatus de fuerza y de poder.

- La *violencia castigo* tiene lugar entre personas implicadas en una relación de tipo complementario, es decir no igualitaria. Se manifiesta en forma de castigos, torturas, negligencia o falta de cuidados. Uno de los actores reivindica una condición superior a la del otro y se arroga el derecho de infligirle un sufrimiento, muchas veces cruel, a quien, por definición, coloca en una clase inferior a la suya. La diferencia de poder entre uno y otro puede ser tan grande, que el que se encuentra en posición baja no tiene alternativa y debe someterse contra su voluntad. En el nivel social, conocemos esta violencia bajo la forma de tortura y genocidio.

En un grupo familiar que manifiesta una relación cotidiana y significativa, supuestamente de amor y protección, existe “violencia familiar” cuando una persona, físicamente más débil que otra, es víctima del abuso físico o psíquico por parte de otra. Las condiciones en las que se producen son de tal naturaleza que resulta difícil implementar recursos de control social, por lo que tienden a repetirse. Las formas más frecuentes en que se manifiesta esta violencia son la violencia marital, los golpes y abuso sexual a los niños, y distintas formas de maltrato a los discapacitados y ancianos (Ravazzola, 2005).

De acuerdo con la LGAMVLV⁵⁰ la *violencia familiar* es el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y/o sexual a otra persona, dentro o fuera del domicilio familiar, cuyo agresor tenga o haya tenido relación significativa de parentesco por consanguinidad o afinidad.

Violencia infantil

En todo el mundo, de acuerdo con el Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (op.cit.) hay niños que sufren maltrato y abandono por parte de sus padres u otros cuidadores. Como ocurre en la violencia de pareja, el maltrato de menores comprende agresiones físicas, sexuales y psíquicas, además del abandono (ver tabla 3). Una forma de abuso que implica una evidencia de las dificultades de distintos adultos en

⁵⁰ Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

contacto con niños para escuchar sus claros mensajes, es la que viene de la mano de diagnósticos estigmatizantes –como los cuadros conocidos como TDA y TDAH– con la correspondiente medicación inadecuada e innecesaria (Giberti, 2005).

TIPO DE MALTRATO	DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS	COMPORTAMIENTO DEL NIÑO
Físico	Es la agresión física que produce lesiones corporales en el menor.	Huellas del objeto agresor (plancha, lazo, cadena cinturón, etc.) moretones, quemaduras, fracturas, inflamación, deformación de la región, ruptura visceral o envenenamiento. Ingresos frecuentes al hospital por lesiones cuya causa no es clara.	Actitudes agresivas, destructivas, rebeldes, hiperactividad o apatía, timidez, miedo, ansiedad, aislamiento, culpa, sentimientos de ser malos. En la escuela es frecuente la inasistencia y el bajo rendimiento.
Sexual	Es cualquier tipo de contacto sexual con un menor por parte de un familiar o cualquier adulto con el objeto de obtener excitación y/o gratificación sexual y que puede variar desde la exhibición de los genitales, los tocamientos corporales, hasta la violación.	Presencia en genitales y/o ano de: equimosis (moretón interno), sangrado, inflamación, himen perforado (niñ@s), dificultad para caminar, presencia de semen, infecciones.	Miedo, ansiedad, culpa, desconfianza, enojo. En adolescentes, atracción homosexual, pérdida o disminución del deseo sexual, baja autoestima y autodevaluación.
Psico-emocional	Son actitudes dirigidas para producir daño a la integridad emocional de los menores a través de gestos o expresiones verbales que lo humillan o degradan.	Retraso psicomotor, no juegan, se aíslan, se observan silenciosos y tristes, desvalorización, baja autoestima e inseguridad personal.	Deterioro en el área de aprendizaje, autodevaluación, bajo rendimiento escolar, retraimiento, depresión, poca sociabilidad, sensación de no ser queridos.
Abandono o Negligencia	Cualquier conducta que prive al niñ@ de la supervisión o atención indispensable para su desarrollo.	Higiene deficiente, desnutrición en grado variable, aspecto enfermizo, ropa inadecuada para el lugar o clima. Sin asistencia médica oportuna y debilidad muscular constante.	Retraimiento, apatía, asistencia irregular a la escuela, bajo rendimiento escolar, indiferencia al medio ambiente externo.

Tabla 3. Tipos de maltrato infantil⁵¹.

Entre los factores individuales, la edad y el sexo desempeñan un papel importante en la victimización. Por lo general, son los niños pequeños los que corren mayor riesgo de

⁵¹ Extraído de *Violencia y maltrato a menores en México* (2005). Fuentes: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-PREMAN). Sistema Nacional de Salud Pública, *El maltrato infantil: un problema mundial*, México, 1998. Comisión Nacional de los Derechos Humanos México, *Programa de prevención y protección de los niños y niñas víctimas de conductas sexuales*.

maltrato físico, mientras que las mayores tasas de abusos sexuales se dan entre menores que han alcanzado la pubertad o la adolescencia. En la mayor parte de los países, los niños sufren golpes y castigos físicos con mayor frecuencia que las niñas, mientras que éstas corren mayor riesgo de infanticidio, abusos sexuales y abandono, así como de verse obligadas a prostituirse (OMS, 2002).

De acuerdo con la OMS otro factor que aumenta la vulnerabilidad del menor al maltrato es el hecho de ser educado por un solo progenitor, o por progenitores muy jóvenes y sin el respaldo de una familia extensa. También son factores de riesgo el hacinamiento en el hogar o la existencia en éste de otras relaciones violentas (por ejemplo, entre los padres).

Las investigaciones indican que, en muchos países, las mujeres recurren al castigo físico más a menudo que los hombres, probablemente porque son las que pasan más tiempo con los hijos. Sin embargo, cuando la violencia física causa lesiones graves o mortales, es más frecuente que la hayan perpetrado hombres, y también son ellos los que cometen la mayor parte de los abusos sexuales (OMS, op.cit.). Es frecuente que los padres lleguen a utilizar a los niños como instrumentos de batalla, por medio de la amenaza de lastimarlos o ejerciendo cualquier tipo de abuso (Ruiz-Jarabo, C., Blanco, P. op.cit.).

Entre los *factores* que aumentan las probabilidades de que un padre u otro cuidador maltrate a un menor se cuentan las expectativas poco realistas sobre el desarrollo del niño, el escaso control de los impulsos, el estrés y el aislamiento social. Muchos estudios indican también que el maltrato de menores guarda relación con la pobreza y con la carencia de «capital social», es decir, de las redes sociales y las relaciones vecinales que, según se ha demostrado, protegen a los niños (OMS, op.cit.).

3.1.3. Reflexión final de los casos y análisis del sistema terapéutico total

Al concluir la redacción de los casos clínicos elegidos, me surgieron algunas reflexiones referentes al abordaje que se realiza para atender los casos de violencia y a la experiencia de haber conversado con estas dos familias. Confirmé que al tratarse de un tema complejo a nivel sociocultural global, es también compleja la forma de enfrentarlo ya que

son diversos elementos los que intervienen para que se presente algún tipo de violencia en la pareja y familia, entre ellos podría mencionar la influencia que tienen las familias de origen con sus ideas referentes a las actividades asignadas a cada género desde los roles tradicionales (ellas cuidadoras, ellos proveedores); la forma de educar y reprender a los niños; la idea del amor romántico y de conservar la familia nuclear “unida” a pesar de que exista una convivencia violenta entre sus miembros. En ambas familias se presentó – además- una mayor asignación de responsabilidad a las mujeres respecto al “mal” comportamiento de los hijos.

Esos son sólo algunos de los elementos que permiten, avalan y reproducen el maltrato a las mujeres y los hijos, presentándose recurrentemente una normalización de la violencia en las familias.

Respecto a cual modelo terapéutico generó mejores resultados, podría reconocer que los tres modelos que utilicé (estructural, narrativa, y terapias breves) aportaron elementos positivos para la atención de las familias y los resultados obtenidos. Sin embargo considero que es importante que como terapeutas familiares contemos con una formación más amplia en las áreas de perspectiva de género, la complejidad del tema de violencia familiar, así como un mayor conocimiento de los modelos de intervención específicos, como lo sería por ejemplo el de “estrategias de intervención” (Navarro y Pereira, op.cit.; Perrone y Nannini, op.cit.) mencionado en el segundo caso clínico presentado.

Sistema terapéutico total

Durante la formación, asistí a tres Centros de Servicios Psicológicos a) Dr. Guillermo Dávila b) Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro y c) Centro Comunitario Los Volcanes. El contexto para realizar las prácticas era muy diferente en cada uno de los centros, lo cual me brindó la oportunidad de interactuar de formas muy diferentes con los(as) pacientes, los(as) supervisores y mis compañeros(as) terapeutas.

En el Centro Guillermo Dávila, estábamos presentes todos los compañeros de generación doce en total; uno o dos compañeros estaban a cargo del caso y frente a los pacientes, la supervisora y el resto de los compañeros conformaba el equipo terapéutico detrás de las cámaras de Gesell.

La forma de llevar a cabo la supervisión en el Centro Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro fue diferente, dividimos al grupo en dos partes (debido a que fuimos una generación numerosa) para que fuera más sencilla la participación de todos en los casos clínicos, ya sea como terapeutas a cargo o como equipo terapéutico. Aquí la modalidad para observar las sesiones era por cámara de circuito cerrado y sólo en las ocasiones que se llevaba a cabo la práctica de Equipo Reflexivo participábamos algunos compañeros en el espacio donde se encontraban los pacientes.

Fue en el Centro Comunitario los Volcanes que tuve una mayor participación como terapeuta a cargo y la experiencia fue muy diferente, ya que aquí no había cámara de Gesell ni circuito cerrado, por lo que la sesión se llevaba a cabo con varios de mis compañeros dentro del espacio terapéutico, lo cual me generaba una sensación de mayor acompañamiento, además que la escucha de las narraciones y la observación de las expresiones no verbales que se daban entre pacientes y terapeutas tenían una mayor precisión, ya que ellos formaban parte del mismo proceso terapéutico (más que en otras sedes). Me pareció muy interesante conocer las diversas reacciones de los pacientes; para algunos era un poco extraño al inicio que estuvieran presentes tantas personas –a veces éramos hasta 6 terapeutas- sin embargo al finalizar el proceso agradecían el haber escuchado esa diversidad de voces.

Otra de las experiencias de supervisión que fortalecieron mi crecimiento como terapeuta fue la realización de una sesión videograbada, ya que no lo había experimentado antes; el hecho de observarme y presentar el video en clase, ante mis compañeros y supervisor fue un aspecto que consolidó la confianza en mí misma, ya que se abrió un espacio para perder el miedo a cometer errores, que finalmente son parte de nuestra formación profesional.

Dentro del sistema terapéutico total se generaba una retroalimentación constante entre el o los terapeutas a cargo, los compañeros, el supervisor(a) y los pacientes. Todos los momentos eran importantes ya que había interacción e intercambio de ideas en las presiones, intersesiones y postsesiones. Esta retroalimentación estuvo matizada de momentos de mucha satisfacción, de aprendizaje, nerviosismo, de agradecimiento de parte de los pacientes, reflexiones y sugerencias de los compañeros y supervisores. Como lo mencionan Linares y Ortega (2008) este sistema terapéutico total es una red compleja,

ya que contiene el sistema conformado por familia y terapeuta, el grupo de terapeutas en formación junto con el supervisor, y el sistema más amplio que conforman ambos conjuntos. Es en estos tres sistemas donde se genera la información al servicio del cambio y aprendizaje ya que es constante su movimiento e interacción.

3.2. Habilidades de investigación

Otro de los objetivos del Programa de Residencia en Terapia Familiar comprende en conocer la incidencia de diversos aspectos psicosociales y familiares que ya se han estudiado previamente, así como contribuir con la aportación de datos nuevos que generen un conocimiento más amplio de las familias. Para ello se fomentan las competencias profesionales en la elaboración de un instrumento, así como la creación, diseño y desarrollo de proyectos de investigación cuantitativa y cualitativa.

3.2.1. Investigación cuantitativa

ESCALA DE ASERTIVIDAD EN LAS RELACIONES DE PAREJA

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

Asesora: Dra. Dolores Mercado Corona

Resumen: Dentro de las relaciones interpersonales que pueden establecer los individuos se encuentran las relaciones de pareja, las cuales son de suma importancia para el desarrollo de las personas (Díaz, 2003). Se ha encontrado que uno de los recursos que favorecen la comunicación entre la pareja es la asertividad. La asertividad es la capacidad de hacer valer los derechos expresando creencias, sentimientos y deseos respetando los derechos de la otra persona. Con el propósito de evaluar la asertividad en las relaciones de pareja se presenta la Escala de Asertividad en las Relaciones de Pareja (ESARP) la cual puede ser útil para detectar los problemas de comunicación que se dan en ésta interacción, dando así, la oportunidad de intervenir a nivel terapéutico o contribuyendo a la investigación en esta área. Se elaboró un cuestionario con respuestas tipo likert, el cual se aplicó a 300 personas. Se obtuvo la discriminabilidad de los ítems, validez factorial, consistencia interna y validez de criterio. Los resultados agruparon 75 ítems en tres factores: sumisión, asertividad y agresividad. La escala explica el 27.05% de la varianza, con alfa de Cronbach global de .89.

Palabras claves: Relaciones de pareja, comunicación, asertividad, sumisión, agresividad.

Una parte de la identidad personal se adquiere mediante el establecimiento de las relaciones de pareja, en ella intervienen una variedad de factores psicosociales, tales como: experiencias previas, factores familiares, variables educativas, nivel

socioeconómico, calidad de vida, actitudes etc. La interacción de todos estos factores y su influencia en cada miembro de la pareja, hacen que esta relación sea compleja y multivariada (Díaz-Loving, 1999). Por lo que indispensable negociar los límites para que la pareja redefine poco a poco sus relaciones con los otros (familiares y amigos) y entre sí mismos (McGoldrick, 1980).

Los límites cumplen una función vital para el crecimiento de los hijos siendo ésta una plataforma de apoyo para el trato con el medio social. Si existe una disfunción importante dentro de la relación de pareja, afectará a toda la familia (Minuchin y Fishman, 1992).

Las relaciones de pareja favorecen la separación e individuación de la familia de origen de cada individuo. Estas evolucionan a través de estadios en el tiempo y con el desarrollo de tareas para cada uno de estos. Por lo que en las relaciones duraderas se complementan los temas no resueltos de la infancia y se logra una mayor diferenciación y desarrollo como individuos y como pareja (Díaz, 2003).

La relación de pareja requiere de ciertos elementos como el compañerismo, sexualidad, procreación y coeducación de los hijos, compartir vivienda, trabajo, intereses económicos, los cuales implican una complejidad intensa. Otros aspectos que pueden ser significativos son la vida social, recreación y relaciones con la familia extensa entre otros (Abbate, 1978).

Se han categorizado las distintas áreas problemáticas en las relaciones de pareja, entre ellas se encuentran: la comunicación, el sexo, la diferencias de género, el poder, el dinero, las lealtades con la familia de origen, la presencia de los niños y la forma de abordar la intimidad. Estos conflictos están vinculados al contexto socioeconómico, cultural emocional o político en el cual la pareja se encuentra inmersa y no puede mostrarse ajena, así como las características intrapersonales que siempre están presentes. Por lo tanto no se debe ignorar que la pareja es sólo una parte visible de un sistema más amplio en el cual están insertos y del cual reciben influencias (Sarquis, 1995).

De acuerdo con Velazco (2004) en la relación de pareja tienen lugar diversas problemáticas, algunas de las más frecuentes son: dificultades en torno a una próxima unión conyugal; violencia en la pareja; infidelidad; intención de separación; insatisfacción en las áreas amorosa y sexual; desajustes por conflictos con los hijos.

Es a partir de las vivencias en el seno familiar, que los individuos adquieren las herramientas, actitudes, valores y patrones de comunicación para poder desenvolverse en el mundo exterior y es muy probable que ese sea el patrón a seguir a lo largo de la vida. No obstante, el aprender a comunicarse constituye el primer paso hacia el buen funcionamiento del matrimonio. Ya que la comunicación abre los canales de la comprensión y hace posible la aplicación de los recursos para resolver los conflictos conyugales y familiares (Rage, 1996).

Para García y Vargas (2002) la resolución de problemas que surgen en la relación de pareja se relaciona con una alta satisfacción marital. Las parejas que prefieren la indiferencia hacia los problemas favorecen la disminución de manifestaciones afectivas por ambos cónyuges y el distanciamiento de las relaciones íntimas. Así, la pareja se involucra en una interacción disfuncional que, en caso de no modificarse, puede llevar a la ruptura de la relación.

La asertividad es la capacidad de hacer valer los derechos expresando pensamientos, sentimientos y creencias en forma directa, honesta y de manera apropiada, pero a su vez no viola los derechos de la otra persona. (Jakubowski y Lange, 1978).

Asimismo se ha definido la conducta no asertiva como la violación de los derechos propios, anulando así la libre expresión de los sentimientos, pensamientos o creencias, y al mismo tiempo, permitiendo a los demás que los violen (Lange y Jakubowski, 1976).

La asertividad involucra muchas categorías de conducta emocional. La más común de estas categorías es la conducta de desacuerdo (es decir, la que se relaciona con derechos razonables). Una característica de la asertividad es la expresión de toda clase y grados de afecto (Wolpe, 1993).

Hay, además, un amplio grupo de respuestas asertivas que incluyen la admiración, la gratitud, la expresión de opinión y preguntas, y varios modos de expresión humorística.

La palabra asertivo incluye los matices de amor y afecto, empatía y compasión, admiración y aprecio, curiosidad e interés como también ira, dolor, remordimiento, escepticismo, temor y tristeza, es así como el conocimiento del individuo como persona asertiva tiene que implicar el reconocimiento y la manifestación adecuada de cada estado afectivo (Lazarus, 1980).

Las personas en su constante interacción social se enfrentan a situaciones que de alguna u otra manera exigen una respuesta por parte del individuo, en la literatura se ha

encontrado que esta respuesta puede ser de varios tipos: *pasiva, agresiva, de automodificación y asertiva*.

Pasividad: es la violación de nuestros propios derechos, anulando así la libre expresión de los sentimientos, pensamientos, creencias y al mismo tiempo permitiendo a los demás que los violen (Lange y Jakubowski, 1976).

Agresividad: es la expresión directa y hostil de los derechos personales por medio de pensamientos, sentimientos y creencias, en forma frecuentemente deshonesta, usualmente inapropiada y siempre violentando a los demás con la meta de dominar y/o ganar (Lange y Jakubowski, 1976).

Automodificación: es la expresión de sumo respeto por los demás, mostrando una capacidad para aguantar desilusiones, cargar responsabilidades y manejar sus propios problemas con la meta de hacer felices a otros y evitar conflictos a cualquier costo (Flores y Díaz-Loving, 2002).

Asertividad: es la capacidad de hacer valer los derechos propios expresando creencias, sentimiento y deseos en forma directa, honesta y apropiada, respetando los derechos de la otra persona (Jakubowski y Lange, 1978).

La asertividad puede ser vista como una herramienta que favorece las relaciones interpersonales que implica expresión emocional, autoexpresión, autodescubrimiento y capacidad de establecer valoración de sí mismo, basándose principalmente en tres elementos generales: el derecho a expresarse, el respeto hacia el otro individuo y que las consecuencias del comportamiento sean satisfactorias para ambos miembros de la interacción, o al menos que estén encaminadas hacia esta dirección (Flores, Díaz-Loving, y Rivera, 2002).

Debido a la relevancia de la conducta asertiva se han realizado programas para incrementar esta conducta, la cual favorecen la prevención de de actos violentos como ataques sexuales (Brecklin & Ullman, 2005) y agresiones de sus cónyuges cuando éstos son bebedores problema, este entrenamiento favorece la prevención de intensos problemas familiares, incluidos trastornos de la personalidad en las esposas que las lleva a tolerar situaciones extremas y abate su desarrollo personal (Cruz-Almanza, Gaona-Márquez y Sánchez-Sosa, 2006). Estos tratamientos también han sido dirigidos a mujeres que ejercen la violencia en sus relaciones de pareja y tienen por objetivo mejorar la

asertividad, autoestima, satisfacción generalizada y estrés lo cual permite la reducción de actos violentos en sus relaciones de pareja (Tutty, Babins-Wagner y Rothery, 2006).

Por tanto, la asertividad puede ser vista como una herramienta que favorece las relaciones interpersonales, entre ellas las relaciones de pareja. En este sentido se ha encontrado que tanto hombres como mujeres asertivos refieren menos conflictos con su pareja (Flores, 2008) ya que puede ser utilizada como un medio para resolver problemas conyugales relacionados con la expresión de sentimientos, el manejo del dinero, la frecuencia y el tipo de relaciones sexuales (Blanco, 1999). Por el contrario en algunas personas que ejercen la violencia conyugal se ha encontrado una forma de comunicación caracterizada por la comunicación no asertiva de tipo agresiva (Rodríguez, Fonseca y Puche, 2002)

Uno de los inventarios para detectar áreas de asertividad es el creado por Gambrill y Richey (citado en Carrasco, Clemente y Llavona, 1989) este inventario ha sido utilizado en trabajo clínico y de investigación ya que con él se pueden explorar tres tipos de información: 1) el malestar que siente el individuo ante situaciones específicas de asertividad; 2) la probabilidad que tiene de reaccionar asertivamente en situaciones específicas, y 3) las situaciones en las cuales a la persona le gustaría actuar más asertivamente.

Otro instrumento para evaluar la asertividad es el Cuestionario de Aserción en la Pareja, ASPA, (Carrasco, 1998). Este cuestionario evalúa cuatro tipos de estrategias de comunicación que cada miembro de la pareja puede utilizar para afrontar situaciones problemáticas en la convivencia: aserción, agresión, sumisión y agresiva pasiva. Comprende dos formas, en la forma A el participante se evalúa a sí mismo y en la forma B evalúa el comportamiento de su pareja.

Los factores que afectan las relaciones conyugales y que se encontraron a partir de la revisión teórica son: las experiencias previas, la familia de origen, la comunicación, la sexualidad, procreación y educación de los hijos, intereses económicos, vida social, ideologías, compañerismo, recreación, etc. La resolución de las dificultades que se pueden presentar en las relaciones de pareja se relaciona con la satisfacción marital, por el contrario, si no se solucionan estas dificultades la pareja puede verse involucrada en una interacción disfuncional puede llevar a la ruptura de la relación y la comunicación asertiva puede ser una herramienta que favorezca las resolución de dificultades.

Método

El *objetivo* de esta investigación fue elaborar un instrumento que explore la comunicación en la convivencia de pareja y evaluar el grado de asertividad. Esta Escala puede ser una herramienta útil para el trabajo terapéutico con parejas y familias, debido a que, como se ha visto en las investigaciones, el entrenamiento en el comportamiento asertivo contribuye a mejorar las relaciones interpersonales incluidas la de pareja y la familiar. El *procedimiento* para llevar a cabo esta investigación se realizó en las siguientes etapas:

Elaboración del instrumento

La elaboración de ítems de la escala se llevó cabo a partir de dos fuentes: teórica y empírica. En la teoría se encontró un abordaje de la conducta asertiva en tres comportamientos: asertividad, agresividad y pasividad (Caballo, 1991; Flores y Díaz-Loving, 2002). Así como el de automodificación propuesto por Díaz-Guerrero (en Flores y Díaz-Loving, 2002) y que fue incluido debido a que es una característica de la población mexicana.

Con respecto a la fuente empírica se realizaron entrevistas a 8 personas las cuales mantenían o mantuvieron una relación de pareja, para identificar las áreas en las que se puede observar el tipo de comunicación en la relación de pareja. Se agruparon los ítems en cuatro áreas: 1) Sexualidad, 2) Administración del dinero, 3) Prácticas de crianza y 4) Relaciones interpersonales y recreación.

Se elaboró un instrumento con 128 ítems, los cuales hacían mención a las áreas extraídas mencionadas, además de que cada uno de ellos describía cuatro formas de comportamiento: Pasividad, Agresividad, Automodificación y Asertividad. Debido a la formulación de los ítems se crea una forma práctica de presentarlos y que sea fácil de contestar, quedando de la siguiente manera: 32 oraciones (8 de Sexualidad, 8 de Administración del dinero, 8 de Prácticas de crianza y 8 de Relaciones interpersonales y recreación) cada uno de ellos con cuatro de las formas de comportamiento (Pasividad, Agresividad, Automodificación y Asertividad), además de sus cuatro opciones de respuesta tipo Likert: Siempre, Casi siempre, A veces y Casi nunca.

Se realizó una prueba de comprensión del instrumento (*prueba de claridad*) que se llevó a cabo de dos formas: por entrevista y autoaplicación. La muestra fue de tipo incidental con ocho personas. Se observó que las instrucciones expresadas a los participantes no eran claras, por lo que se agregó un ejemplo, con la finalidad de que en la aplicación no hubiera ninguna duda en cuanto a la forma de contestar. Asimismo, se modificaron ítems en los cuales la forma de redacción era confusa.

Para obtener la *validez teórica* del instrumento se llevó a cabo un Jueceo utilizando el método Q-sort, con 10 expertos en las áreas de pareja y/o asertividad, quienes se han dedicado al trabajo clínico o de investigación. Todos los participantes fueron profesores de la Facultad de Psicología de la UNAM, los cuales tienen un grado mínimo de maestría.

De acuerdo con los datos que arrojó el jueceo se eliminaron los ítems que tenían menos del 70% de acuerdo entre jueces para la dimensión que fueron creados. De los 128 ítems, sólo se eliminaron 7 en tres dimensiones (Pasividad, Automodificación y Asertividad), quedando un total de 121 ítems.

Discriminabilidad de los ítems

Consiste en conocer la capacidad de los ítems para diferenciar entre los sujetos de una muestra o población, es decir, que las respuestas tengan variabilidad. A partir de los resultados obtenidos en la contrastación de la H_0 nula todos los ítems discriminaron (a una probabilidad igual o menor a .05 al comparar grupos extremos).

Los participantes fueron específicamente los padres de los alumnos de dos escuelas (1 primaria del sur de la ciudad y 1 secundaria del oriente de la ciudad). Además de padres que se encontraban en un parque público del sur de la Cd. de México. Las personas respondieron el instrumento de manera voluntaria, se hizo énfasis en que los datos proporcionados eran confidenciales y anónimos.

El total de participantes fue de 300 personas voluntarias de la Cd. de México, 216 mujeres y 84 hombres, con una edad de 17-73 años, 177 casados, 74 vivían Unión Libre, 25 Divorciados, 21 Solteros y 3 Viudos. La escolaridad se distribuyó de la siguiente manera: 98; Secundaria, 52; Licenciatura, 45; Primaria y Carrera Técnica, 40; Bachillerato, y Posgrado, 1. En cuanto al número de hijos 112 de los participantes tenían 2 hijos; 78 participantes con 1 hijos; 72 participantes con 3 hijos; 18 participantes con 4 hijos; 13

participantes con 5 hijos; 6 participantes con 6 hijos y por último 1 participante con 7 hijos.

Validez factorial

Con el objetivo de conocer la estructura factorial de la prueba (factores) que conforman de la escala, se realizó un análisis factorial con la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y con rotación varimax.

Los resultados del análisis factorial arrojaron 3 factores que explican el 27.05 % de varianza, el primer factor que se nombró "Sumisión" agrupó 30 reactivos y explica el 9.70% de la varianza, el factor 2 "Asertividad" agrupó 21 reactivos y explica el 9.01% de la varianza y por último el factor 3 "Agresividad" agrupó 24 reactivos y explica el 8.33% de la varianza; estos tres factores principales surgieron en la misma dirección que la teoría clásica de Asertividad (Jakuboswki y Lange, 1978; Wolpe, 1993). Un cuarto factor residual denominado "Automodificación" (correspondiente a la propuesta teórica de Díaz Guerrero; Flores y Díaz-Loving, 2002) que sólo agrupó cuatro ítems. El criterio para incluir un ítem en algún factor fue que su carga factorial fuera de .40 o más, criterio que agrupó un total de 75 ítems en los factores ya mencionados.

Consistencia interna

Con el propósito de conocer la consistencia interna de la escala se realizó el análisis de fiabilidad alfa de Cronbach. Los resultados obtenidos indican que la escala es aceptable y tiene una buena consistencia interna. Muestran que la escala obtuvo un alfa global de .89, así como un indicador por factor: factor 1 Sumisión .94, factor 2 Asertividad .93 y factor 3 Agresividad .92. Estos resultados son presentados en la tabla 4.

Tabla 4. Porcentaje de varianza explicada por factor

FACTOR	Alpha de Cronbach	Número de ítems
1. Sumisión	.94	30
2. Asertividad	.93	21
3. Agresividad	.92	24
4. Total	.89	75

Validez concurrente

Con el objetivo de obtener la validez concurrente se llevó a cabo una correlación bivariada de Spearman la cual tuvo como objetivo hacer una comparación entre los reactivos del Cuestionario de Aserción de Carrasco, ASPA (1998) y los 75 ítems que constituyen la escala ESARP. Los resultados obtenidos nos muestran que la relación entre el factor 1 Sumisión fue de .485; el factor 2 Asertividad corresponde a .647 y por último el factor 3 Agresividad tuvo una correlación de .594. Esto permitió observar que ambas escalas guardan una relación entre sí, principalmente en el factor de asertividad, ya que estos factores fueron los que correlacionaron más alto.

Validez de criterio

Para obtener la validez de criterio se realizó un análisis de frecuencias para comparar los grupos de las variables sociodemográficas, determinar el punto de corte (mediana) para formar dos grupos y así poder compararlos posteriormente mediante una prueba *t* para muestras independientes.

Para el factor de *asertividad* existen diferencias significativas en las variables de *escolaridad* a favor del grupo de educación media superior y en la de *número de hijos*, donde las parejas con uno o dos hijos tienden a ser más asertivas, que las que tienen 3 o más; asimismo para el factor de *agresividad* se encontraron diferencias significativas en las variables *sexo*, con una tendencia a favor de las mujeres, así como en la variable *escolaridad*, donde se observó una puntuación más alta el grupo de *educación básica*, lo cual podría significar que a mayor nivel educativo tiende a decrecer la agresividad.

El que existan diferencias significativas en los grupos de la mayoría de las variables sociodemográficas significa que el instrumento pudo ser sensible al criterio establecido y diferenciar entre ambos grupos de cada variable, con lo cual se puede decir que la escala ESARP cuenta con una validez de criterio aceptable.

Normas de calificación

Se llevo a cabo un *ensayo* de calificación con la misma muestra con la que realizaron los procedimientos anteriores, por lo que se recomienda realizar este análisis con una muestra distinta para obtener resultados válidos de acuerdo con criterios estadísticos.

Para saber si existían diferencias significativas entre los grupos de mujeres y hombres, se realizó una Prueba *t* para muestras independientes, posteriormente se obtuvieron las medias y desviaciones estándar para poder establecer los criterios de calificación. Ya que el análisis arrojó diferencias entre hombres y mujeres en el factor agresividad se realizaron normas por cada grupo. En los otros dos factores las normas serán tanto para hombres como mujeres.

El factor de agresividad es el único de los tres factores en el que se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, por lo tanto, las normas de calificación tendrán que ser diferente para cada grupo (ver Tablas 5.1, 5.3 y 5.3).

Tabla 5.1 Normas de calificación para el factor de agresividad

	Bajo	Normal	Alto	Muy alto	Demasiado alto
Mujeres	Hasta 24	25-50	51-63	64-76	Más de 77
Hombres		24-39	40-47	48-55	Más de 56

En la tabla 5.2 se muestran las normas de calificación obtenidas para el factor de asertividad. Ejemplo en este caso, si una persona (sea hombre o mujer), al contestar la ESARP obtiene un puntaje de 40, significa que se encuentra bajo el criterio “bajo” con relación a la conducta de asertividad que presenta en sus relaciones de pareja.

Tabla 5.2 Normas de calificación para el factor de asertividad

Muy bajo	Bajo	Normal	Alto
20-33	34-47	48-75	más de 76

La tabla 5.3 muestra las normas de calificación para el factor de sumisión. Con respecto a este factor si una persona (sea hombre o mujer) al contestar la ESARP obtiene una puntuación de 50 por ejemplo, se ubica bajo el criterio “normal” en relación a la conducta de sumisión presentada.

Tabla 5.3 Normas de calificación para el factor de sumisión

Bajo	Normal	Alto	Muy alto	Demasiado alto
Hasta 31	32-63	64-79	80-95	Más de 96

Es importante recordar que las normas presentadas se obtuvieron a partir de la misma población debido a que el tiempo disponible para la realización de la ESARP no permitió acceder a otra población, por lo tanto, se sugiere hacer uso de las normas sólo

con fines académicos, ya que su aplicación en otros escenarios generaría solo resultados aproximados a la realidad.

Dentro de los alcances y limitaciones de la escala podemos mencionar que la muestra fue con una población urbana y sería recomendable ampliarla a otro tipo de muestras. También sería recomendable una aplicación grupal, ya que de esa forma fuera más sencillo brindar una asesoría adecuada a las dudas de las personas, en cuanto a la forma de responder. Por último sería recomendable llevar a cabo la elaboración de normas de calificación para la población general.

3.2.2. Investigación Cualitativa:

Uno de los objetivos de la asignatura Métodos de Investigación Aplicada, fue la realización de una investigación con la Metodología Cualitativa, la cual puede definirse de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2006) como un conjunto de prácticas interpretativas naturalistas, que muestran cierta representación del mundo por medio de observaciones, grabaciones y documentos.

Para Bruner (1990) esas representaciones o “narraciones” son una aproximación al sistema de creencias de las personas, que darán cuenta del lugar y postura que cada una adopte ante ciertas circunstancias. El grado de comprensión que de estas narraciones se pueda tener, va a depender en mucho de nuestro propio sistema de creencias y de la flexibilidad y apertura que tengamos al momento de realizar como investigadores un acercamiento a nuestro tema y contexto de interés.

Nuestro sistema de creencias está inevitablemente enmarcado por la sociedad de la que somos originarios. Para Morin (1994) las interacciones entre los individuos crean una organización con características particulares de cultura y lenguaje, mismas que retroactúan sobre ellos desde que nacen, por lo que los individuos originan la sociedad y ella a su vez da origen a los individuos.

La actitud hacia la muerte en un Jefe de grupo de la Policía de Investigación del área de secuestros de la PGJDF y sus padres

Autora: Paula Bautista Rodríguez

Asesor: Dr. Ignacio Ramos Beltrán

Resumen: En la formación académica como en el ejercicio de la práctica clínica, la investigación ocupa un papel primordial, ya que enriquece el conocimiento de las configuraciones familiares. En la presente investigación se ofrece un acercamiento al interior de una familia, en la que uno de los hijos –elemento de policía- experimenta con mayor frecuencia la incertidumbre de salir a trabajar y afrontar alguna situación con riesgo de muerte. A través del análisis de las entrevistas, surgieron cuatro categorías: Concepto de muerte; actitudes y emociones que genera la muerte; percepción del riesgo de muerte y recursos para afrontar el riesgo laboral. Entre los resultados se encontró que el policía entrevistado tiene claro el riesgo al que se enfrenta y considera estar dispuesto a enfrentarlo continuamente, ya que incluso le ayuda a reaccionar mejor. Otro hallazgo fue que se evita hablar en familia sobre el tema de la muerte, sin embargo está a diario presente en sus integrantes e implícito en el aprecio por la vida y la unión familiar.

Palabras clave: policía, muerte, tipos de muerte, actitud hacia la muerte, recursos de afrontamiento.

Introducción

La muerte es un hecho inherente al mundo, una realidad universal que se extiende a todos los humanos y a todo ser vivo; es cierta y evidente, en tanto es un acontecimiento seguro e inevitable (Pérez & Ziri6n, 1981). “La muerte es fin total, es definitiva, no hay inmortalidad, ya que la vida es finita en el mundo sin porvenir” (Camus, 1968, p. 1166).

Vivimos de acuerdo con Morin (1999) en un universo donde existe el azar, la incertidumbre, el peligro y la muerte, el individuo tiene inevitablemente un car6cter existencial. Lleva en s3 la fragilidad y la inseguridad de la existencia entre el nacimiento y la muerte. Por lo que no hay nada m6s inevitable que la muerte; todo lo que est6 sujeto a la ley del tiempo, est6 condenado a morir y desaparecer. Todo ser viviente est6 ineludiblemente programado desde su nacimiento, a dejar de existir en un futuro incierto (Thomas, 1991).

Considerando lo anterior me parece que la muerte genera una diversidad de sentimientos y actitudes a nivel personal, familiar y social. Dependiendo de la forma e

intensidad de esas actitudes, podrían llegar a tener –o no- repercusiones en los aspectos emocional, laboral, etcétera. Por lo que consideré importante explorar cuales son algunas de las emociones que ésta genera en una familia donde uno de sus miembros labora con una frecuente exposición a actividades riesgosas para su seguridad y su vida.

Tipos de muerte

De acuerdo con Chauchard (1977) el concepto de muerte tiene determinadas características, es siempre relativo, es muy complejo, la meta del desarrollo sobre los conceptos de muerte es oscura y ambigua, estos conceptos están influidos por el contexto situacional. Con el transcurso del tiempo, varios tipos de muerte han sido definidos; entre ellos podemos mencionar los más usuales:

- *Muerte biológica*: desaparición del individuo consistente en forma fundamental por la pérdida definitiva de la actividad protoplasmática de las células que lo constituyen. El autor distingue tres etapas o estadios esenciales, del proceso de la muerte: a) muerte aparente b) muerte clínica y c) muerte total. Heráclito hace ya 2700 años (citado por Morin, 1994b) mencionaba “vivir de muerte, morir de vida” al referirse que en los organismos vivos las moléculas se degradan pero tienen la capacidad de reproducir moléculas nuevas que rejuvenecen las células.
- *Muerte natural*: es un proceso lento, ya que desde que nace el individuo comienza a envejecer; cada día que pasa, su cuerpo crece y cambia; por lo tanto, el concepto de muerte natural sólo es aplicable a la etapa de la senilidad. Toda muerte, cualquiera que sea su causa, interrumpe el ciclo vital de la vida e impide su trayectoria hacia la vejez.

Modelos explicativos

La muerte se ha abordado desde diversas disciplinas y modelos teóricos; entre ellos se encuentran la antropología, filosofía, psicoanálisis, religión, tanatología, entre otros.

Antropología: Los elementos de lo que Morin (op.cit.) ha nombrado “la triple constante antropológica” respecto a la muerte, son: a) la conciencia del acontecimiento de la muerte b) la creencia en la inmortalidad y c) el traumatismo de la muerte⁵²; este último es de alguna manera la distancia que separa la conciencia de la muerte de la aspiración a la inmortalidad, la contradicción que opone el hecho neto de la muerte a la afirmación de la supervivencia. Menciona que estos tres elementos permanecen absolutamente asociados en el seno de la conciencia arcaica y nombra a la unidad de este triple resultado dialéctico “conciencia humana de la muerte”, la cual es la conmovedora implicación de la individualidad.

Filosofía: Hegel (1966) menciona una triple necesidad con respecto a la muerte:

- Necesidad metafísica absoluta del espíritu
- Necesidad biológica absoluta de la especie
- Necesidad absoluta de riesgo para el progreso humano y la afirmación de la individualidad

La primera reposa en una asimilación abusiva de la muerte a la negación; la segunda, en una verdad animal que tiende siempre el ser humano a rehuir, y sólo la tercera es humana, sólo ella está inscrita en la historia, en la lógica del progreso; pero la cultura que postula el sinsentido, la inutilidad, la absurdidad de la muerte, exige también desentenderse de ella.

Psicoanálisis: Freud (1915) menciona que la reacción ante la muerte es considerada ambivalente, ya que por una parte existe tristeza provocada por la pérdida la cual tiene un efecto en el Yo, el cual ya ha perdido una parte al sufrir un *duelo*⁵³ y, por otro lado, existe alegría al constatar que la muerte es impersonal, de alguien ajeno a uno mismo.

Uno de los recursos de la técnica psicoanalítica es la interpretación del discurso del paciente, haciendo referencia a las actitudes hacia el tiempo antes de nacer y después de

⁵² Para Morin (op.cit.), la pérdida de la individualidad, es un complejo traumático que determina las perturbaciones que provoca la muerte, por lo que le llamaré “el traumatismo de la muerte”.

⁵³ Según Mateos (s/a), el duelo es el estado que resulta de una pérdida importante; es una reacción de dolor – normal y natural- necesaria para facilitar la adaptación a los cambios que se presentan en la vida a consecuencia de la ausencia de la persona que ha partido.

Para Morin (op.cit.), el duelo es para la expresión social de la inadaptación del hombre a la muerte pero, al mismo tiempo, es también el proceso social de adaptación tendiente a contener la herida de los sobrevivientes.

morir: “no vemos la etapa anterior a nuestro nacimiento de la misma manera en que vemos la perspectiva de la muerte; sin embargo, la mayoría de las cosas que se pueden decir sobre la segunda, son igualmente verdaderas sobre la primera” (Platts, 2006, p. 18).

Religión: los patrones religiosos influyen en el pensamiento y conducta del paciente en agonía y sus familias; estos patrones sirven para poder dar explicación a las reacciones que pueden enfrentar los cuidadores y familiares; una actitud sensible por parte de aquellos que estén cercanos a familiares y cuidadores es más importante que la atención a los detalles de un rito religioso en particular (Speck, 1992; citado por Sherr, 1992).

Para Morin (op.cit.), la religión es cada vez más especializada en la canalización del traumatismo de la muerte (ver nota al pie #52) y en el sostén del mito de la inmortalidad, da expresión a ese traumatismo, dándole una forma y una “salud”; cumple la vital misión de contradecir las desesperantes verdades de la muerte. Es generadora del optimismo que, a través de los ritos de inmortalidad, permite a la persona sobreponerse a sus angustias. Proporcionando un modelo social definido a las emociones individuales, logra hacerse expresión de las mismas, en toda su profundidad, al mismo tiempo que les depara una salida, por lo que la religión es una adaptación que expresa la inadaptación humana a la muerte. Los funerales y los duelos revelan un complejo dialéctico entre la adaptación y la inadaptación a la muerte.

Tanatología: entre los principales acercamientos que se tienen con la muerte se encuentra el que tiene que ver con las formas de disminuir o “eliminar” el dolor de los parientes y amistades de las personas que han muerto. Al respecto existen varias aproximaciones que se han encargado de esquematizar las etapas del duelo como lo es la de Elizabeth Kübler-Ross (1975), que en su libro *Sobre la muerte y los moribundos*, llevó a cabo una de las principales propuestas para el manejo del duelo y los cuidados paliativos a los pacientes moribundos. Asimismo, se han realizado diversas estrategias de afrontamiento principalmente desde el enfoque cognitivo conductual como el programa propuesto por Barreto y Soler (2007).

Actitud hacia la muerte

El ser humano posee una ansiedad fundamental: el miedo a morir y, a lo largo de su vida, el individuo reflejará angustia y ansiedades que sólo son resultado de la transformación de esta ansiedad elemental. Kübler-Ross (op. cit.) menciona que el miedo a la muerte es universal –aunque creamos que lo hemos dominado- y lo que ha cambiado, tal vez, es el hecho en sí de morir y la manera de hacerle frente. Finalmente, “la muerte es disolución interior, terror y angustia” (Subirats, 1983, p. 374).

La muerte puede producir, además del miedo y la angustia, pesar, vergüenza e incluso culpabilidad, a la vez que cólera y rabia, emociones que pueden ser disfrazas, reprimidas o manifestadas de otras maneras (Kübler-Ross, op. cit.).

Para Abadi (1973), la angustia ante la muerte está causada principalmente por la angustia a lo desconocido; ésta se puede dividir en tres fases:

- a) *Angustia antes de morir*: el ser humano la siente durante la vida por su presencia permanente en ella; por lo tanto, esta angustia se equipara al “vivir como estar muriendo”.
- b) *Angustia durante el morir*: se relaciona con la idea de tránsito peligroso o doloroso que se tiene durante el proceso de muerte.
- c) *Angustia después de la muerte*: es provocado cuando la mente parece negarse a aceptar la noción de la muerte como “no ser”, como un fin, debido a que el cuerpo vacío de vida o la mente sin el sostén del cuerpo no se concibe.

Las reacciones que las personas pueden tener ante la muerte de *otros*, de sus familiares o personas queridas, tiene varios contextos asociados, entre ellos las explicaciones alrededor de la muerte, las cuales se dan de acuerdo a diferentes factores. Por ejemplo, la muerte será diferente si es esperada o no, si la muerte es de un niño o de un anciano o de un enfermo, (Gala et al., 2002), o si se trata de un homicidio – que es catastrófico para la víctima, familia y el tejido social, en tanto expresión extrema de la violencia contra un ser humano- (Hernández-Bringas y Narro-Robles, 2010).

Otros factores que pueden determinar la intensidad del duelo son: la edad de la persona en duelo, sobre todo cuando es en la infancia o en la vejez; haber sufrido pérdidas múltiples; el tipo de relación con la persona fallecida (familiar, amigo, allegado

etc.); el nivel de apoyo familiar y social; la facilidad o dificultad para expresar las emociones, entre otros (Mateos, s/a).

La ansiedad ante la muerte está muy íntimamente relacionada con la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios –eventos muy unidos a nuestros miedos y ansiedades– (Gala et al., op. cit.).

El miedo a la muerte también se debe a que, socialmente, este acontecimiento representa un tema de morbo o tabú, a la par que se la considera como un hecho horrible, deshumanizado, solitario, mecánico y deshumanizado (Kübler-Ross, op. cit.).

El riesgo de muerte

Para Morin (op.cit.), este riesgo es la paradoja suprema del ser humano ante la muerte, puesto que contradice total y radicalmente el horror a ella, no obstante en igual medida que este horror, el riesgo de muerte, es una constante fundamental:

Horror a la muerte, riesgo de muerte, son los dos polos de nuestra antropología de la muerte; subyacente a estos dos, está la ceguera animal, el olvido de la muerte. La individualidad jamás es estable, está siempre en conflicto, y va sin cesar del olvido de la muerte al horror de la muerte, del horror de la muerte al riesgo de muerte (Morin, op. cit., p.78).

El riesgo de muerte implica –de acuerdo con este mismo autor- siempre una presencia y una riqueza participadora; esta presencia se extiende desde las participaciones lúdicas (aventura, riesgo) hasta las morales (verdad, honor), pasando por toda la gama de las participaciones sociales (patria, revolución). En el ejercicio de estas participaciones, el individuo se afirma, pero afirma igualmente que estas participaciones valen el sacrificio eventual de su individualidad. Quizá la fuerza de la participación es aún mayor cuando se trata de una aceptación consciente del riesgo de muerte, porque entonces este riesgo afronta el horror de la muerte y se encuentra capaz de vencerla (autoafirmación heroica).

En una batalla (enfrentamiento, pelea, guerra) actúan dos fuerzas opuestas: el impulso animal y el cívico, de acuerdo con Morin (op.cit.). Entre estas dos puede insertarse la individualidad; entonces el miedo repentino hace que ésta – la individualidad-

tome conciencia de sí misma y rehúsa el combate: el individuo deserta o, por el contrario, vuelca todas sus fuerzas de autodeterminación en la lucha contra el instinto de protección: no quiere ser un cobarde. El negarse a ser un cobarde implica la afirmación del grupo con respecto al individuo que teme el deshonor público, se autodetermina mediante el recurso de su propia voluntad contra su miedo. El riesgo de muerte, entonces, no tiene sentido más que para aquel que, tras correrlo, no muere.

Sin este riesgo de muerte la conciencia individual no puede adquirir la naturaleza que le es propia –la afirmación-; dado los peligros de muerte que implica toda vida que merece ser vivida, aquel que trate de evitar al máximo el riesgo de muerte para conservarse vivo no conocerá nunca la vida; el miedo y la mediocridad impiden vivir, por lo tanto vivir es asumir el riesgo a morir –se trata del riesgo de muerte y no de la muerte misma (Morin, op.cit.).

Rechazo-insensibilidad ante la muerte

A pesar de la inevitabilidad de la muerte, contrariamente, el ser humano se aparta la idea de ella, de su propia muerte, por lo que la muerte es más bien la muerte del otro. Y puesto que rehúye de la idea de muerte, tenderá a ver con indiferencia la muerte de los demás, a manera de librarse de la pena y de la conciencia de su propia vulnerabilidad. Por ello, ante la muerte de un ser humano, se puede recurrir a dos posturas antagónicas: el duelo o la insensibilidad ante la muerte (Benito, 2000).

El dolor provocado por una muerte no existe más que cuando la individualidad del muerto estaba presente y reconocida: cuanto más próximo, íntimo, familiar, amado o respetado, es decir, "único" era el muerto, más violento es el dolor; sin embargo, poca o ninguna perturbación dolorosa se produce cuando es la muerte de un ser anónimo, que no era "irreemplazable" (Morin, op.cit.).

Lo anterior se evidencia por ejemplo, en disciplinas como la medicina, ciencia que avanza en pro de la vida pero en detrimento del respeto a la dignidad humana o en el caso de que la muerte o el combate constituya una profesión u oficio (Benito, op. cit.; Kübler-Ross, op. cit.; Pérez, 2010).

La confrontación con la muerte, los moribundos y el duelo es una realidad cotidiana para el personal médico en su práctica clínica. La muerte de los/as pacientes

está muy presente en su quehacer y les genera sentimientos muy diversos, entre ellos, impotencia y culpa, que pueden ser reprimidos (Mc Cue, 1982; Mingote, 1999; citados por Gómez, 2012). En la relación médico-paciente, el personal médico introduce su propia ansiedad y, para disminuirla, incluso evita el contacto directo con el paciente. “El hombre huye de la muerte, es una realidad dolorosa, para el enfermo significa la pérdida de su vida y para el médico encontrarse con sus limitaciones, con su ignorancia” (Gómez, op. cit., p. 74).

Kübler-Ross (op. cit.) menciona que, en el ámbito de la milicia, el uso de armas de destrucción masiva despersonaliza a las masas. Los grupos de personas utilizan su identidad grupal para expresar el temor a que les destruyan, atacando entonces y destruyendo al otros, convirtiéndose la guerra en una necesidad de enfrentarse a la muerte, de conquistarla y dominarla, de salir de ella con vida y negar así la propia mortalidad. En el ámbito policial, el mismo entorno laboral se constituye en el principal “maestro” del trabajo policiaco, consolidando la estrategia de la agresión como la aceptación de la vida cotidiana, dado que no existen condiciones institucionales para responder de otra manera (Alvarado y Silva, 2011).

En este terreno, el temor ante una muerte violenta y catastrófica, ante la incapacidad de preverla y protegerse contra ella, lleva a negar la realidad de la muerte durante un tiempo, y a agradecer que la muerte ocurrida no es la muerte propia, sino del otro. Si no es efectivo el mecanismo de negación, se puede recurrir a intentar dominar a la muerte, desafiándola, avivando el deseo infantil de omnipotencia e inmortalidad (Kübler-Ross, op. cit.)

Esta misma autora considera que el hecho de que cada vez haya menos gente que crea en la vida después de la muerte o en la recompensa del cielo, aumenta la “ansiedad y contribuye a la destructividad y agresividad: nos hace matar para eludir la realidad y enfrentarnos con nuestra propia muerte” (Kübler-Ross, op. cit., p. 31).

Formación y capacitación en las escuelas de policías

Policía judicial de la PGJDF

La Policía Judicial es un cuerpo de servicio público de naturaleza civil, que depende de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y sustenta su actuación en el marco jurídico establecido; en el respeto y protección de las garantías individuales y en el de los derechos humanos.

La actuación de los elementos de la Policía Judicial del Distrito Federal se encuentra regulada por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Artículo 21); Ley General de Responsabilidades de los Servidores Públicos; la Ley de Seguridad Pública del Distrito Federal; el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal; la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y su Reglamento; el Manual de la Policía Judicial del Distrito Federal y en los Acuerdos, Manuales y Circulares de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

*Programas de formación de policías en México*⁵⁴

La Procuraduría de Justicia, estableció como requisito indispensable para ingresar como nuevo elemento al cuerpo de la Policía Judicial del D.F., además de realizar pruebas de selección, aprobar un curso con materias encaminadas a capacitar y a formar a los aspirantes para ser profesionales en la investigación y persecución de los delitos, curso a cargo del Instituto de Formación Profesional (IFP) de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

La misión de dicho Instituto es brindar a quienes desean incorporarse a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y al personal de las áreas Policial, Ministerial y Pericial, las herramientas y los conocimientos necesarios para realizar la Investigación científica y persecución del delito, con apego a derecho y respeto de los derechos humanos, a través de la capacitación de los servidores públicos encargados de la

⁵⁴ Fuentes: <http://www.jornada.unam.mx/2008/09/15/index.php?section=opinion&article=019a1pol> y <http://www.ifp.pgjdf.gob.mx/ifp>

procuración y administración de justicia de las entidades federativas del país, con la finalidad de mejorar la eficiencia en el desempeño de sus actividades.

La oferta académica del IFP contempla cursos de formación, actualización y profesionalización para el personal sustantivo de las procuradurías (ministerios públicos, peritos y policía investigadora) y se ocupa, entre otros, de los temas relacionados con la reforma al sistema de justicia penal en México.

El IFP cuenta con cuatro áreas principales de formación dentro de su oferta académica:

- Formación inicial
- Profesionalización
- Maestrías
- Extensión Académica

En el área de Formación inicial, se imparte la Carrera de Técnico Superior Universitario en Investigación Policial, la Licenciatura en Investigación Policial; la especialidad en Justicia Penal y Derechos Humanos y el Diplomado en Ciencias Forenses.

En estas formaciones, fuera del ámbito técnico, las aproximaciones al aspecto de desarrollo humano se ofrecen a través de asignaturas como manejo de estrés; primeros auxilios; metodología del aprendizaje y violencia familiar; trabajo en equipo y liderazgo. En el área de profesionalización, entre las asignaturas del tipo mencionado se encuentran: Medios alternativos de solución de conflictos; liderazgo. Existe un espacio llamado "otros cursos" donde se abordan temáticas relacionadas al desarrollo humano en los siguientes cursos específicos: integración de equipos efectivos de trabajo; desarrollo humano y motivación; programación neurolingüística; mapas mentales; violencia y masculinidad. Sin embargo, no aparece alguna asignatura que aborde específicamente el tema de la muerte⁵⁵.

⁵⁵ Cabe mencionar que en la Biblioteca "Antonio Martínez de Castro" del IFP, se cuenta con el libro Pena de muerte. Mitos y realidades de Pedro José Peñalosa, que pudiese representar un acercamiento con el tema de la muerte. Fuente: http://www.ifp.pgjdf.gob.mx/ifp/pdf/adquisiciones_2010_1.pdf

Formaciones en el extranjero

En asociación con un consorcio de instructores policiales de rango superior y con experiencia británica, la BBSI⁵⁶ ofrece cursos internacionales de capacitación profesional de la policía en muchas áreas de especialización. Los cursos de formación de la policía pueden llevarse a cabo ya sea en el Reino Unido (en Inglés) o en el extranjero (a través de un traductor), y están diseñados para satisfacer las necesidades exactas del cliente y cumplir con normas nacionales e internacionales de formación policial.

Los cursos de capacitación de la policía del Reino Unido se estructuran de manera que los participantes reciben la formación así como la práctica aplicadas específicamente a sus respectivas funciones y responsabilidades. Por otra parte, todos los cursos de formación de la policía están diseñados para mejorar tanto los conocimientos y habilidades prácticas de los participantes con el fin de mejorar la eficiencia en un entorno operativo. Algunos de los aspectos que son incluidos en la formación son: comando operativo; capacitación para instructores; policía de gestión y operación; delitos relacionados con drogas, entre otros cursos. Desafortunadamente no fue posible obtener más información específica, ya que es necesario ponerse en contacto con BBSI.

METODOLOGÍA

Problema de investigación

Explorar la actitud hacia la muerte, los recursos psicológicos y las diferentes estrategias de enfrentamiento ante el continuo riesgo de muerte de un elemento que desempeña la labor de policía judicial en el área de secuestros en el Distrito Federal, así como la percepción de sus padres.

⁵⁶ Fuente: Bournemouth Business School International Foundation and Background http://www.bbsi.co.uk/courses/professional_training-courses/police-training/. Recuperado el 25 de mayo de 2010.

Objetivos de estudio

- Identificar la actitud del elemento policial ante la muerte en general, la propia y la ajena.
- Explorar cómo enfrenta este elemento el continuo riesgo de muerte al realizar su trabajo.
- Conocer cuáles son las herramientas (recursos materiales y psicológicos) con las que cuenta para enfrentar este riesgo.
- Indagar cuál es la actitud ante la muerte que tienen sus padres, y qué piensan del trabajo de su hijo.

Técnica utilizada

El instrumento utilizado para obtener la información fue la *entrevista*, definida como la conversación para intercambiar información entre una persona (entrevistador) y otra u otras (entrevistados). El tipo de entrevista fue semiestructurada, ya que se basó en una guía de preguntas determinadas, pero con la libertad de introducir algunas preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información del tema abordado (Hernández, et al. 2006).

Categorías de la entrevista

- Concepto de muerte
- Actitudes y emociones que genera la muerte
- Percepción del riesgo de muerte
- Recursos para afrontar el riesgo de muerte en el desempeño laboral

RESULTADOS

Al inicio de la investigación consideré que sería sencillo entrevistar a un elemento de la policía debido a que era mi conocido (al cual nombraré como N.), sin embargo al realizar los primeros contactos telefónicos me encontré con algunas dificultades para concretar

una cita, de inicio porque no todo el tiempo está disponible para contestar el teléfono o mensajes en su horario de trabajo; ya una vez realizado el contacto vía telefónica tuvimos que programar la entrevista en sus horarios de descanso, sin embargo como les piden disponibilidad de 24 horas había veces que aunque estuviera en su día de descanso podía recibir una llamada de última hora para presentarse a algún operativo urgente. Afortunadamente sólo una vez lo tuvimos que posponer para una siguiente cita, por la falta de disponibilidad de sus propias actividades.

Realicé la entrevista a N. en mi casa para poder tener toda la privacidad necesaria, además de que sería más sencillo grabar la entrevista, al solicitarle su autorización para grabar en audio y video no tuvo ningún inconveniente. Al responder las preguntas de la entrevista se mostraba tranquilo y seguro al contestar, solamente que en algunas ocasiones hacia pausas y silencios para reflexionar sus respuestas.

Las entrevistas a sus padres fueron realizadas en su casa para facilitar los horarios de la cita, así como evitarles un desplazamiento ya que son personas de la tercera edad. Las entrevistas se llevaron a cabo por separado (el entrevistado estaba en la sala en lo que el otro padre esperaba en la recámara) y se les planteó previamente vía telefónica cual sería el tema y el objetivo de la entrevista. Ya en su casa, al entrevistarlos, se mostraron muy accesibles e interesados en las preguntas, seguramente porque es un tema que se habla muy poco en la familia o casi nunca (como lo comentó la madre) y el hecho de que se brindara la oportunidad de hablar del tema, abrió posibilidades para el diálogo dentro del núcleo familiar.

Al llevar a cabo el análisis de la entrevista, encontré que para la categoría Concepto o significado de la muerte, se observa una diferencia interesante entre las respuestas del policía y las de sus padres, dadas las características del género y el momento de vida de cada uno. Para él –el elemento- la respuesta fue muy concreta:

“Pues...es el final de la vida. La verdad no lo había pensado, aunque en este trabajo quizá estés continuamente enfrentándote a la muerte, pero uno nunca lo visualiza, uno nunca se imagina muerto”.

La respuesta de la madre se enfoca más en lo que –desde una concepción religiosa- se llamaría “el descanso eterno”. Al escucharla percibí que el dolor que conlleva, tiene un significado importante al relacionarlo con la muerte:

“¿Qué es para mí la muerte?... pues descansar, porque deja uno de sufrir... uno se muere y es un descanso. Dichoso el que se muere dormido, porque no siente nada... no sé si le duela a uno el morir o no... quién sabe... es como cuando lo operan a uno que se queda ya en la plancha y ya lo durmieron a uno y ya no despertó y ahí quedo... y luego digo que tal si lo atropellan a uno... esta uno sufriendo... que operaciones... que le cortaron un pie... y que tanto dolor y al final muere... tanto dolor... entonces digo que la muerte significa descanso, descanso”.

En cambio para el padre la respuesta está basada más en el vínculo relacional con los miembros de su familia tanto la nuclear como la extensa. Se percibe a un hombre afortunado por tener a todos sus hijos vivos, comparándose con sus hermanos que ya los han perdido. Y también se observa un padre agradecido con la vida, a pesar de haber tenido una ideación suicida cuando hace años le diagnosticaron diabetes:

“¿La muerte? (silencio)... pues no, no había pensado en eso (risas)... ahora sí que gracias a Dios en este caso de esa palabra que usted me dice, en mi familia pues no me ha tocado eso, por ejemplo con mis hermanos... pues ya a varios se les murieron sus hijos y a mí todavía no, los que tengo están todavía vivitos y coleando. Por ejemplo cuando murió mi suegro, sí sentí feo y pues... todos mis hermanos se han ido... también y... no es sencillo (gestos y voz con ganas de llorar)... y ahora a mí cuando me toque pues quien sabe... pero me siento contento porque pues ya tengo 65 años y mi gusto era ver crecer a mis hijos y ya los vi... y ahora hasta mis nietos y esa es la ganancia ¿no? Y no, no he pensado... nomas una vez si pensé ya me quiero morir y ... cuando me detectaron la diabetes porque pues ahí sí... hubo una ocasión que sí pensé ya mejor me voy al metro... me aviento y ahí que se acabe todo... yo andaba muy desanimado y ya después, ya paso... eso que le platico fue hace 23, 24 años y entonces más o menos he sobrellevado la canija diabetes, entonces eso fue lo único que me hizo decaer... pero ya de ahí en fuera me siento contento y me siento feliz”.

Como se ha mencionado anteriormente entre las consecuencias que puede generar la muerte propia o ajena en la mayoría de las personas es el miedo y la ansiedad. En los hallazgos de la categoría *Actitudes y emociones que genera la muerte*, encontré que este es uno de esos temas delicados, que debido a las emociones que pudiera llegar a generar se habla poco dentro de la familia, al preguntarle a la mamá qué tanto se habla de ello en su familia, respondió:

“No pues casi no... pues en primera... si hablamos de la muerte, mi nieto el mayorcito de 10 años me dice: hay no abuelita... tita, porque me dice tita... no tita no te mueras, no te mueras, prométeme que no te vas a morir... entonces no podemos hablar de esto porque pues él no... él todavía no asimila la muerte”.

¿Y con su hijo N, habla de este tema o respecto a lo que tiene que ver con el trabajo que él desempeña?

“No, tampoco porque él me dice entre menos sepas de mi trabajo mejor mamá, porque él sabe lo peligroso que es... entonces por eso es que nunca hablamos sobre ese tema”.

¿Con su esposo o alguien más de su familia?

“Pues sí, con mi esposo...como él también fue policía...entre los dos sí comentamos. Nos ponemos a platicar pues no sé, por decir una vez a la semana o una vez cada 15 días... la verdad que no sé... pero si platicamos. Y con mis hijas es un tema que tampoco se habla”.

Para el padre, llega incluso a generar un pensamiento mágico en el sentido de que pareciera que al no ser nombrada pudiera existir alguna forma de mantenerla “bajo control”. Al preguntarle ¿Este es un tema que se platique dentro de su familia?

“No...no, bueno hasta ahorita no, porque pienso que si hablamos de eso...es como que uno ya no quiere estar aquí...ya quiero agarrar mi caminito... por ejemplo yo hasta donde el hilo se reviente y ya cuando llegue...pues ya ni modo, pero no vamos a estar platicando de ese tema, bueno yo así siento y así, pues nadie... nadie habla, hasta ahorita todos felices y contentos. Y yo digo... es como invocarla... si anda uno provocándola pues dice la muerte... aquí hay un cliente”.

“Con mi hijo N. no, casi no lo hablo...porque si me pongo a platicar lo hago más bolas. Lo veo que viene cansado... casi del trabajo no hablo... no le busco, porque digo si ya trae sus problemas... para qué más”.

En cambio al preguntarle si lo habla con su esposa, la respuesta fue semejante a la de ella. Por lo que pude notar que el trabajo de su hijo es un tema que a ambos les genera temor e incertidumbre, e incluso el padre añadió el temor a que su hijo consuma algún tipo de droga para aguantar el horario de trabajo:

“Con ella sí, le digo que le diga a N. que se cuide, porque uno del diario el periódico y no sea que le vaya a tocar a él... de los secuestros y todo eso. Luego me preocupa... que se va en el día y luego le dicen que se tiene que quedar en la noche y luego al otro día, son las 12 del día y no llega, entonces le digo a mi esposa: dile a tu hijo que de perdida se reporte contigo para saber que pasa... porque sabemos que un turno es de 8-12 horas y ya tiene que descansar, pero si se va... le toca día, le toca noche y al otro día todavía no está... eso pa mí provoca... en mi adentro... que los policías se hagan adictos a la droga, porque uno no va a poder aguantar tantos días... tantas horas de filo... de seguidito”.

Al realizar la pregunta referente a si el hablar del tema durante la entrevista o el haber hablado otras veces, le ha provocado en algún momento de su vida ansiedad, angustia, depresión o algún otro sentimiento, la madre respondió:

“Pues sí... si da angustia, el saber lo que significa la muerte pues de angustia, por decir... cuando N. me dice voy a ir a tal lado o a trabajar...le digo pues ándale que Dios te acompañe pero si que se queda uno con la angustia...porque si él sale, sólo Dios sabe si regresara”.

En cambio el padre de N. respondió no identificar algún sentimiento específico, sin embargo su comunicación no verbal me mostraba que el tema sí le generaba algunas emociones, por ejemplo de dolor cuando menciono la pérdida temprana de su madre:

“Como le digo, ese tema casi no lo había yo pensado... y porque hablar de eso... como que no va, es como cuando voy en la calle y dicen ¿le leo la mano?... para ver qué suerte tiene, para saber cuándo se muere uno... no, no...así pienso yo en

eso de la muerte... cuando le toque a uno, pues ni modo... pues le toco y ya, pero no así de que esté pensando... mañana... haber que me pasa... yo al principio quería ver a mis hijos, porque cuando fui chico casi fui huérfano... porque mi mamá murió cuando yo tenía cuatro años, entonces me fui con mi hermana y me hizo crecer... entonces (ganas de llorar) ya de grande es lo que dije... quiero tener harta familia para sentirme como le diré... como cobijado, como... tener con quien hablar... porque se siente uno solo... así me paso y así veo a mis hijos como si fueran todos mis hermanos ya todos grandotes se me hizo... ver a todos juntos”.

Al continuar con la entrevista encontré que efectivamente no se genera la misma emoción cuando el deceso es de un familiar muy allegado o amado, que cuando es alguna persona desconocida, si bien en este último caso se pueden despertar algunas sensaciones de sorpresa, asombro o incluso rechazo. Cuando son personas queridas las sensaciones son muy diferentes, por mencionar algunas se encontrarían el dolor, negación, tristeza, ansiedad, soledad y van en aumento dependiendo el grado de cercanía y afecto con la persona. Lo encontrado en las entrevistas con esta familia es lo siguiente, en el caso de N. la pregunta realizada fue ¿Existe alguna diferencia entre el sentimiento que puede generar el pensar en la muerte propia y la de las otras personas (familia, amigos, extraños)?

“Me parece que esa pregunta es rara, porque el día que me toque mi muerte pues mmm... puede ser repentina, ya ni sentiré nada, simplemente el cuerpo deja de existir... no se puede comparar, la tuya ni la vas a sentir... (silencio) creo que te duele más la de otras personas, por ejemplo la de un familiar. Por ejemplo en mi trabajo tengo contacto con cadáveres pero como son personas desconocidas, no te impacta tanto, no sientes dolor... no lo sientes tan cercano, y muchas veces piensas más en las personas que les causaron la muerte, sobre todo cuando son muertes muy violentas y sanguinarias, no te explicas como les personas pudieron llegar a ese extremo”.

La respuesta de la madre de fue similar aunque ella, a diferencia de N. ya ha vivido la muerte de un familiar muy cercano (su padre) y fue así que comparó el dolor que se puede sentir por un familiar y por algún conocido:

“Sí es diferente la muerte de uno que la de los otros... la mía nunca me la he imaginado... pero como le digo... se murió mi papá pues sí lo sentí mucho, se murió la señora a la que cuidaba por estar enferma y pues sí lo sentí pero pensé ya descanso porque estaba sufriendo mucho... es muy diferente un familiar, a un conocido, a un extraño”.

En cambio la respuesta del padre hace referencia a su propia muerte, pero no en respecto a tener miedo de morir, sino al impacto que su muerte tendrá para sus hijos principalmente en lo emocional, pero también en lo económico:

“No sé cómo será mi muerte... me gustaría que fuera como mi papá, él murió muy bonito... estaba dormido... y ya no despertó... pues ni sufrió. Al morir yo, acabaría el sustento de la familia, ahorita estoy activo, estoy trabajando y al faltar yo... pues se acaba el ingreso y si esto pasa en otra familia pues es diferente, porque pues sí lo siente uno pero ya ni modo... y con mis familiares es también así, por ejemplo ahora que se fue mi último hermano, ya tenía su familia grande... todos llorando, pues se siente tristeza ... pero que puede uno hacer ¿no?... pero no es tan directo como con uno... yo así lo siento, no sé mis hijos... si yo muera ellos me sientan a mí”.

Para la categoría Percepción del riesgo de muerte, se observa en las respuestas brindadas por N. que sí tenía claro el riesgo que conlleva la actividad laboral a la que eligió dedicarse desde hace ya once años y que a pesar de tener muchas otras opciones laborales (entre ellas ejercer la licenciatura que estudió en Psicología, en cualquiera de las diversas áreas que se puede desempeñar un psicólogo), que no implicaran un riesgo de muerte tan elevado, él decidió ser policía y que, desde lo que yo pude percibir fue para continuar una siguiente generación con una actividad laboral ya conocida en casa... la de su padre, ya que éste fue policía bancario por 11 años. ¿Cuándo seleccionó su trabajo considero todos los riesgos que conlleva?

“Sí, lo hice. En cualquier momento te puedes enfrentar a delincuentes que atenten contra tu vida, incluso sin estar trabajando, por el hecho de portar tu arma si no reaccionas bien hasta con esa misma arma un delincuente te puede quitar la vida. Ese es el principal (silencio) o quizá no pierdas la vida pero si quedar lesionado y la

lesión puede ser desde una herida en la piel o perder alguna función, dependiendo dónde y cómo haya sido la herida. También existe el riesgo de sanciones administrativas o penales es decir, por no hacer bien tu trabajo hasta puedes ir al reclusorio”.

Aunque N. no puede calcular con exactitud el grado de riesgo de muerte al que está expuesto, sí tiene identificadas las actividades que representan un mayor riesgo:

“El riesgo existe, no sé cómo se pudiera cuantificar...pero, por cada persona que se detiene no sabes si trae algún cuchillo oculto o un arma; a veces una investigación te puede llevar tal vez dos meses y la detención va a ocurrir en un minuto, la detención es desde el primer contacto con el sujeto hasta que lo controlas, le pones candado de manos o esposas, ese lapso es breve quizá medio minuto...lo digo en el sentido de diferenciar los tiempos y el riesgo de muerte.

Cuando se llevan los operativos de seguimiento de pago (tanto de pago a los secuestradores, como de extorsiones para que no maten a sus familiares), también se hacen operativos para que en el momento en que se deje en vehículo el dinero se detenga a la persona que lo recoge”.

Menciona N. que cuando lleva a cabo esas actividades si tiene en mente el riesgo, pero lo concibe como un trabajo que conlleva peligro:

“El riesgo de muerte no lo manejo tal cual, sino que va implícito, por ejemplo si ya tenemos (como grupo) la información de que va a haber personas armadas, pues vamos más elementos, estamos más atentos, quizá lo visualizas de que es peligroso... no de que te van a matar, pero sí de que es peligroso. El visualizar ese peligro te ayuda, reaccionas mejor”.

Les pregunté a los padres si sabían cuál era el puesto de su hijo y sus características para poder abordar el tema sobre el riesgo de muerte, ya que por un momento cuando mencionaron que casi no hablaban sobre el trabajo dudé si continuar con las siguientes preguntas. Al obtener una respuesta afirmativa, proseguí con la entrevista. A continuación están las respuestas de la mamá. Referente al conocimiento de las actividades que realiza su hijo en su trabajo y los riesgos que conllevan:

“Pues muy especialmente no, yo na ´más sé que es jefe de grupo, que está... en antisequestros... es lo único. Y sí... tiene muchísimos riesgos. Como cuando los mandan... no me acuerdo a dónde... yo siento que eso es muy peligroso cuando van... no me acuerdo... ah ya...a un operativo...”.

Al preguntarle directamente si consideraba que dentro del trabajo de su hijo existía riesgo de muerte, dijo:

“Sí, porque es muy peligroso su trabajo. Por decir que van a rescatar al que está secuestrado pues... es ahí un pleito, que si unos traen pistola y otros no, un tiroteo pues...”.

Noté una diferencia interesante entre las respuestas de la mamá y el papá, él visualizó otro riesgo al estar laborando como policía, además del temor ya mencionado en párrafos anteriores (a que llegue a consumir alguna droga) que sólo él lo mencionó. En este apartado hizo referencia a otro riesgo que no contemplo N. ni tampoco su mamá. Este temor es que en algún momento su hijo faltara a la ética y aceptara propuestas para actuar a favor de los delincuentes:

“Pues sí, le he dicho que es peligroso y aparte le digo también que hay que ser honestos, correctos porque también se mete uno en algún lio y ya no puede echarse pa’ tras, ya no se puede uno salir. Sabemos lo peligroso que es, ya ve como lo que dicen que en el gobierno que se dejan comprar por el otro lado malo y entonces le digo a él ten mucho cuidado para que no tengas problemas... porque si él se fuera del lado de los malos ya sería otro tipo de riesgo”.

La última categoría considerada para este estudio Recursos para afrontar el riesgo de muerte en el desempeño laboral, va directamente relacionada con la anterior ya que a mayor riesgo debería ser mayor la protección brindada sin embargo esto no es así, ambos padres mencionan algunos aspectos en los que les gustaría que se le brindara mayor apoyo a su hijo. Los tres miembros de la familia entrevistados aceptan que conocían desde el inicio del ejercicio laboral el riesgo de muerte al que está expuesto N. en el desempeño diario de su trabajo; sin embargo ninguno de los tres conocía tan claramente los recursos y apoyo otorgados por la institución gubernamental a la que presta el

servicio. La respuesta de N. a la pregunta referente a las herramientas que considera tener para enfrentar estos riesgos es la siguiente:

“Saber aplicar una escala del uso de la fuerza, por un lado saber qué es legalmente válido, pero por otro saber en qué momentos y en qué circunstancias puedes hacerlo, por ejemplo lo máximo es ocupar un arma cuando tu vida está en peligro, si un sujeto está armado hasta ese momento igual tu puedes ocupar una pistola...es la forma en que tu puedes repeler una agresión, si te tiene encañonado y puedes reaccionar antes, legalmente le puedes privar de la vida... que sería un caso de legítima defensa; Además del entrenamiento con las armas, las prácticas de tiro... también contamos con chalecos antibalas”.

Le pregunte a N. si recibía otro tipo de apoyo además de lo que tuviera que ver con el arma, chaleco y práctica de tiro. Con la intención de buscar alguna información que tuviera que ver con la capacitación referente al manejo de emociones o sobre Tanatología,

“También tenemos clases teóricas, cuando uno entra hay un curso de inducción y a veces...es variable tal vez cada uno o dos hay un curso de actualización y en cambio el de manejo de armas no es tan constante. Respecto a lo que me preguntas de si me hablan de la muerte... tal cual pues no, y como te decía, uno no tiene ese concepto así en la cabeza como tal... la muerte... la muerte, quizá uno lo ve sólo como los riesgos, hay situaciones que son más riesgosas que otras, pero uno no lo visualiza como hoy voy a detener a un sujeto y me voy a enfrentar a la muerte, uno no visualiza la muerte, bueno al menos yo no lo visualizo así... yo creo que si lo visualizo así como muerte, si te pasmas en situaciones que tienes que enfrentar”.

Cuando le pregunte a la madre sobre las herramientas o características de personalidad consideraba que tiene su hijo para enfrentar estos riesgos, su respuesta fue corta:

“Pues nada más tiene la pistola. Tal vez necesite un chaleco blindado, o algo así”.

En cambio la respuesta del padre, nuevamente mostró una información más amplia, que definitivamente se ve enriquecida por la experiencia que tuvo al trabajar como policía bancario, que aunque dista en cierto grado de las actividades que realiza ahora su hijo,

tienen semejanzas en cuanto al ambiente de trabajo, manejo del arma y la relación con los compañeros:

“Él cuenta con su estudio de carrera, y saber manejar la pistola... por ejemplo cuando fui policía me decían que no hay que menearla para nada, el día que la vas a sacar es para usarla y si no mejor ni la toques... entonces por eso, primero hay que meter la cabeza... ver hasta dónde puede uno aguantar, que no sea tan peligrosa la cosa y ya si no... pues es cuando tiene uno que defenderse, sacar la pistola... y otra cosa es que por lo que sabemos se lleva bien en el trabajo, ya cuantos años lleva ahí... ya le agarro el hilo”.

Al preguntarle si considera que le hace falta algún otro apoyo a su hijo o si tiene conocimiento si en su trabajo le han proporcionado otro tipo de apoyos a parte del armamento, menciona lo siguiente:

“Haría falta que les den más equipo (armas) para cuando tenga que salir a los rescates de la gente. En cuanto a su lugar de trabajo, he sabido que le dan equipo de computo y pues eso está bien... ya no es como antes que daban máquina común y corriente de escribir de esas manuales ¿no?... también los carros (patrullas) que les dan están buenos pa’ desplazarse... o sea que sí les van dando equipamiento para que hagan su trabajo”.

Como comentario final me gustaría agregar la respuesta a una última pregunta que les hice a los tres, pero que únicamente contestó el padre. Mi intención con esta pregunta fue explorar si tenían algún otro comentario relacionado con la muerte, y para mi sorpresa la respuesta del padre tuvo que ver con la unión familiar y su bienestar por el acompañamiento de sus hijos. Considero que encontré escucha y empatía en mí; el hablar de un tema que poco se toca en las familias pudo ser la pauta para que un hombre de 65 años sintiera la confianza de expresar sus emociones, algo que generalmente para los hombres (y más de su generación) no es tan sencillo, lo cual agradecí amablemente. La pregunta específica fue ¿Quisiera hacer algún otro comentario en estos minutos que nos quedan?

“Sí, que siga creciendo la familia y que sigamos unidos como ahora... porque cuantos quisieran tener la familia que tengo y que estemos juntos... por ejemplo

cuantos crecen y se van por allá... así nos toco con una hija que está en Puerto Rico, ya lleva creo 13 años por allá, es la única que se nos fue y sin en cambio cada año o año y medio viene a vernos... como le diré... ya no me siento solo, me siento a gusto”.

CONCLUSIONES

La muerte es uno de los temas que ha sido motivo de reflexión y análisis en todas las épocas, sin embargo no es fácil concebir su idea y hablar de ella para muchas personas, por lo que prefieren negarla y/o ocultarla. En esta investigación pude comprobar que no es un tema fácil de abordar tanto en el momento de realizar entrevistas donde era el tema central, así como dentro de la familia. Las respuestas de los padres del elemento judicial, reflejan claramente este rechazo a hablar sobre el tema de la muerte en su familia y más con su hijo, aunque paradójicamente aceptan que tiene mayor probabilidad de morir que otros, pero será hasta ese momento donde se pueda hablar de ello. Gala (op.cit.) hace referencia al cambio actitudinal hacia la concepción de la muerte, ya que actualmente la muerte y los moribundos se consideran algo oculto y ocultable, algo de lo que no se puede hablar, que no puede verse en el seno familiar, pudiendo generar ansiedad tan sólo el hecho de imaginar, pensar o hablar de ella.

Una de las diferencias importantes en la actitud que se tiene ante la muerte radica en la idea que se concibe sobre ella y el dolor que puede producir, si la muerte es propia o de otras personas, siendo –en la mayoría de los casos– más significativa cuando es de familiares o amigos. En algunos fragmentos de las entrevistas con la madre y padre principalmente, logré observar como el vivir o imaginar la muerte de los familiares implica sentimientos que pueden llegar a ser más intensos (por ejemplo el dolor) que los que se pueden sentir cuando es la muerte propia, como hizo referencia el policía *N. Gala* (op.cit.) menciona que la ansiedad y el miedo son las respuestas más formalmente asociadas a la muerte en nuestra cultura; ahora bien, estas van a aparecer con mayor o menor peso en virtud de que se trate la muerte propia o la de otros, que sea este familiar, amigo o allegado.

De igual forma Morin (op.cit.) vincula el dolor que provoca la muerte del otro con la individualidad, menciona que cuanto más próximo, querido o respetado, “especial” era el muerto, más fuerte es el dolor, sin embargo muy poco o casi ningún dolor se produce cuando se trata de un ser anónimo, que no era “insustituible”. Considero que en este caso, lo que menciona Morin se puede considerar como una herramienta interna que le facilita a *N.* enfrentarse a “los muertos” que a lo largo de estos años han estado presentes en el desempeño de su trabajo: secuestrados, secuestradores y compañeros de trabajo, que la verlo más “fríamente” le permite seguir desarrollando esta actividad.

Todos los seres humanos tenemos la certeza de que vamos a morir algún día y en cierta forma es algo que se puede aceptar, pues sabemos que puede suceder en cualquier momento más no tenemos una fecha exacta, por lo que –la mayoría de las personas– vivimos el presente, sin obsesionarnos con la idea de nuestra muerte. Sin embargo hay personas que viven con un mayor riesgo a morir ya sea por elección (profesión, actividades deportivas o lúdicas) o por azar (guerras, epidemias, enfermedades) y su concepción sobre el riesgo de muerte es diferente, hay una mayor consciencia de que ese riesgo está presente en sus vidas, más que en el de otros. Considero que de igual forma esa consciencia contribuye a que la familia de *N.* esté de cierta forma más “preparada emocionalmente” para enfrentarse a la muerte que otras familias.

Y en el caso de *N.* tal como lo menciona Morin (op.cit.) la fuerza de la participación en algún enfrentamiento es aún mayor cuando se trata de una aceptación consciente del riesgo de muerte, porque entonces este riesgo afronta el pánico a la muerte y se encuentra capaz de vencerla. Como fue expresado por *N.* el visualizar que su trabajo es peligroso, no lo paraliza y al contrario le hace reaccionar mejor.

Sin embargo, durante el transcurso de la entrevista, también estuvo rondando en mi mente la pregunta ¿qué tanto el elegir esta profesión pudiera estar ligado a ideas suicidas en mayor o menor grado? Como lo menciona Kastenbaum (1984) las personas atraviesan por periodos en que la vida parece no valer la pena ser vivida y este pensamiento puede adoptar la forma de suicidio o de ejercer acciones temerarias que incrementan la probabilidad de una muerte prematura.

En muchas ocasiones la sociedad o la familia no proporciona elementos conceptuales o emocionales para llevar un enfrentamiento adecuado en los temas relacionados a la muerte, o se espera como en este caso que esos elementos los provea el lugar de trabajo y que sean objetos (pistola, chaleco) y es poca la importancia que se otorga a los recursos internos con los que cuente la persona. Como menciona Aries (1983) los hombres pueden intentar ponerse al abrigo de la muerte, como se ponen al abrigo de una bestia salvaje en libertad, o bien pueden hacerle frente, pero están reducidos únicamente a su fuerza y a su coraje, en un enfrentamiento silencioso, sin el auxilio de una sociedad que ha decidido que la muerte no es su asunto.

Durante la realización de las entrevistas, procuré mantener una postura respetuosa al relato de las personas, a su lenguaje no verbal y principalmente haciendo hincapié de que si en algún momento alguna de las preguntas les incomodaba o preferían no contestarla, estaban en todo su derecho y así sería considerado.

Me parece que sería muy recomendable que las instituciones encargadas de la formación de personal en áreas que estén con más frecuencia en riesgo de morir al desempeñar su trabajo, pudieran incrementar su capacitación en temas tanatológicos, como por ejemplo las etapas del duelo; los síntomas físicos y emocionales que se pueden presentar con la vivencia de una pérdida; diferenciar un duelo "patológico" de uno "normal"; o cómo hablar con los familiares –en este caso de la persona que fue secuestrada- para abordar el tema de la muerte de su ser querido; etcétera.

Para finalizar me gustaría hacer algunas sugerencias de investigación. Ya que este es un estudio exploratorio, sería interesante en esta misma familia entrevistar también a las hermanas y la novia de *N*. En algún otro momento realizar otra investigación cualitativa ampliando el número de familias e incluir a policías que sean casados y con hijos. Cuando llevé a cabo la búsqueda de información encontré que es poca la cantidad de estudios realizados para este tema y sería recomendable elaborar algunas investigaciones cuantitativas para poder tener mayor diversidad en las variables o por ejemplo efectuar la comparación entre un grupo de policías y uno de bomberos o de rescatistas, que también enfrentan situaciones de riesgo.

3.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria

Dentro del programa de formación de la Residencia se le da un peso importante a lo que podría llamar una “retroalimentación del conocimiento” con esto me refiero a que, además de las clases dentro de la facultad y la práctica clínica en las sedes, asistimos a foros académicos relacionados con el área como congresos, cursos, talleres, etc. tanto a escuchar a los terapeutas expertos, así como la presentación de nuestras investigaciones realizadas durante la formación. Finalmente también compartiendo lo aprendido en talleres para el público general.

3.3.1. Programa de intervención comunitaria

Uno de los objetivos en el cuarto y último semestre de la residencia fue el acercamiento al público general no sólo con los procesos terapéuticos, sino además con talleres en diferentes foros y para diversa población por lo que la elección era libre, así que mis compañeras y yo decidimos realizar un sondeo para saber cuáles eran los temas de mayor interés para los padres, arrojando el resultado de la violencia en la familia y específicamente en edad preescolar, tema que coincidió con el de los dos casos clínicos contenidos en el presente reporte.

El título del taller fue *“Mi familia ¿espacio de riesgo o protección?”* impartido a los padres y madres de familia del Jardín de niños “Sigmund Freud” ubicado al sur de la Ciudad de México, se acordó que el número máximo de participantes sería de 12 personas. El total de horas fueron nueve, distribuidas en tres días con duración de tres horas por día. Llevando a cabo actividades teóricas y dinámicas.

Los objetivos del taller, dinámicas y procedimientos se plasmaron en la carta descriptiva, además se realizó un manual para el instructor y uno para el participante. El objetivo principal del taller fue ofrecer información a los padres con hijos de edad preescolar para sensibilizarlos sobre la violencia en la familia. Entre los objetivos que se cumplieron a nivel afectivo, cognitivo y conductual se encuentran los siguientes:

- Conocer la etapa pre-escolar y sensibilizar a los padres sobre la etapa de desarrollo en la que se encuentran sus hijos e identificar sus necesidades.

- Reconocer sus creencias sobre límites y disciplina. Así como proporcionar otras alternativas efectivas.
- Conocer los tipos de violencia, el ciclo al que pertenecen y sensibilizar a los padres sobre los que se presentan en las niñas y niños, así como sus posibles repercusiones.
- Identificar factores de riesgo en la violencia infantil y reflexionar sobre la importancia de los factores de protección.
- De manera lúdica que los padres apliquen el conocimiento adquirido en las dinámicas correspondientes.
- Finalmente que los participantes lleven a la práctica en su casa y cotidianidad lo aprendido del taller.

Al finalizar el taller se llevo a cabo la evaluación del mismo y los resultados fueron satisfactorios. Se consideraron aspectos como la información proporcionada, las actividades lúdicas, la forma en que las facilitadoras manejaron la información y el uso de los materiales audiovisuales y escritos. Entre los comentarios y sugerencias se encontraban frases como: "Aprendí mucho en el Taller", "Que se repitan este tipo de Talleres". Los padres mencionaron que les hubiera gustado que fueran más días de duración para seguir aprendiendo sobre sus hijos.

La realización de este taller me dejo una experiencia muy enriquecedora en el sentido del contacto con las personas de una forma lúdica, combinando la información con sus experiencias personales que amablemente nos confiaban, esto me hizo reafirmar la importancia que tiene el seguir realizando este tipo de actividades comunitarias (talleres, pláticas, cursos, etc.) sobre problemáticas que están presentes en los hogares y que se necesita como en el caso de la violencia una continua incidencia profesional no sólo para darle un tratamiento, sino para abonar a su prevención y contribuir así a su complicada desarticulación por ser un aspecto de índole cultural-estructural.

3.3.2. Productos tecnológicos

A diferencia de los programas comunitarios como el mencionado en el apartado anterior, el objetivo de los productos tecnológicos fue enfocado a los terapeutas en formación o

egresados de la Residencia por lo que realice una actividad para los alumnos de nuevo ingreso y la traducción de un artículo relacionado con el enfoque terapéutico de Milán.

3.3.2.1 Curso de inducción

Este curso se realiza cada que ingresa una nueva generación a la Residencia en Terapia Familiar en este caso destinado para de la décima generación, con el objetivo principal de que los alumnos de nuevo ingreso conozcan los aspectos básicos que comprenderán la maestría, permitiendo entre ellos la integración como grupo. Entre los objetivos específicos abordados en éste se encuentran los siguientes:

- ✓ Dar a conocer de forma dinámica y significativa la historia de la UNAM sus personajes principales y los servicios que brinda. Así como también la historia de la facultad de psicología.
- ✓ El programa de residencia en terapia familiar y los requisitos de egreso que pide la maestría.
- ✓ La búsqueda de información en bases de datos disponibles en la red UNAM.
- ✓ Aspectos oportunos que faciliten la integración y tránsito durante la residencia.

El curso estuvo conformado por tres sesiones con una duración de tres horas cada una, organizadas con distintas actividades que tenían como finalidad cubrir los objetivos específicos planteados anteriormente.

Fue realizado en grupo, para facilitar la ejecución de las diferentes dinámicas grupales e información presentada. Algunas de las actividades creadas para dicho fin fueron:

- Presentación de la Estructura de la Residencia, asignaturas que la conforman y su forma de evaluación.
- Realización de trámites y todas las dudas que se fueran generando al respecto.
- Dinámicas grupales para romper el hielo y favorecer la integración grupal, entre las que se encuentran: "coctel de frutas", "autógrafos", "objeto significativo", "rally", "caricaturas", "dos renglones".
- Se brindo una guía básica sobre la forma de llevar a cabo la búsqueda de información en la biblioteca y el CEDOC (Centro de documentación).

- Galería fotográfica con los profesores de las diferentes asignaturas.
- Presentación de las sedes en las cuales la Residencia realiza las prácticas clínicas. Se les hablará brevemente de su historia, los servicios que ofrecen y la forma en que se supervisan los casos en cada una.

Al finalizar el curso se realizó la respectiva evaluación, obteniendo resultados satisfactorios debido a que se cubrieron los objetivos propuestos al inicio. La experiencia me fue satisfactoria ya que tuve la oportunidad de conocer un poco más a mis compañeros de la siguiente generación, transmitirles información que a nuestra generación nos había parecido necesaria y útil. Considero que es una buena finalidad el seguir realizando año con año este curso, que personalmente también me resolvió muchas dudas cuando tuve la oportunidad de recibirlo de la generación que me precedió.

3.3.2.2 Traducción de artículo

Dentro de nuestra formación como terapeutas familiares es importante contar con información especializada ya sea investigaciones clásicas básicas, así como actualizada. Sin embargo mucha de esa información viene en otros idiomas y aunque la mayoría tenemos la herramienta de manejar uno o más de ellos, el hecho de que se tenga ya realizada de antemano la traducción del material nos facilita la elaboración de nuestras tareas, principalmente a final de semestre.

En esta ocasión se llevo a cabo la traducción de un artículo clásico del enfoque de Milán, escrito en 1985 por Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, David Campbell y Rosalind Draper: "*Veinte preguntas más. Selecciones de una conversación entre los Asociados de Milán y los editores*". Incluido en el libro *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. Florida: Grune and Stratton.

El contenido del artículo es una selección de ciertas partes de la conversación llevada a cabo entre Boscolo, Cecchin y los editores del libro. Se trata de ideas que han sido extraídas de su contexto original y editadas con la perspectiva de enriquecer la experiencia que el lector tenga de los contenidos del libro.

Sería complicado hacer un resumen, ya que son 25 páginas las que conforman el artículo y cada pregunta puede resultar interesante para profundizar en el contexto de esa etapa del enfoque de Milán. Actualmente forma parte del material de la Residencia, disponible para consulta.

3.3.3. Participación en foros académicos

En el transcurso de la Residencia, tuvimos la oportunidad de asistir a diferentes foros académicos como congresos, cursos, talleres, etc. ya sea como escucha de los expertos en Terapia Familiar y sus nuevas aportaciones o como participantes dando a conocer los resultados de las investigaciones realizadas durante la formación.

Dentro del primer rubro puedo mencionar algunos eventos como *asistente*:

- *Seminario de Terapia Dialógica*. Dr. Paolo Bertrando. Centro Milanés de Terapia Familiar cede en México. Octubre 2009, Ciudad de México.
- *Congreso de Epistemología y Psicología*. Facultad de Psicología, UNAM. Febrero 2010. Ciudad de México.
- *3ras Jornadas "Educación de la sexualidad y de la salud comunitaria desde la terapia de reencuentro"* Facultad de Psicología, UNAM. Marzo 2010. Ciudad de México.
- *1er. Simposium de psicología y discapacidad infantil "El niño con discapacidad y su familia"*. CRIT. Mayo 2010. Tlalnepantla, Estado de México.
- *Taller teórico-práctico, Salvador Minuchin: su trabajo hoy*. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A.C. Junio 2010, Ciudad de México.
- *Curso-taller Familias del siglo XXI "Transformaciones y desafíos para las políticas públicas"*. Instituto Mora e INCIDE Social, A.C. Julio 2010, Ciudad de México.
- *1er. Congreso Internacional de CEFAP "Terapia Breve y Familiar: Alternativas en Psicoterapia. Los caminos que se encuentran"*. Complejo Cultural Universitario. Octubre 2010, Ciudad de Puebla, México.
- *Conferencias "La investigación como proceso relacional en las diferentes configuraciones familiares" y "Familia y discapacidad"*. Dra Laura Fruggeri. Centro Milanés de Terapia Familiar cede en México. Mayo 2011, Ciudad de México.

- *Programa de formación profesional de promotores y promotoras: "Red comunitaria de promoción y defensa de los derechos humanos de las poblaciones LGBTIII del D.F." Programa Interdisciplinario de Investigación Acción Feminista, A.C. (PIIAF) Julio-noviembre 2010, Ciudad de México.*

Como ***participante***, ya sea con ponencia, cartel o caso clínico:

- *XII Congreso Nacional de Terapia Familiar "Complejidad, diversidad y familia". Ponente y Cartelista. Febrero, 2011. Ciudad de Tlaxcala, México.*
- *Impartición del taller "Comunicándome con mis hijos adolescentes" Esc. Sec. Josefa Ortiz de Domínguez. Marzo 2010. Ciudad de México.*
- *1er. Congreso de Alumnos de Posgrado de la UNAM, presentando el trabajo "Funcionamiento familiar y estrategias de comunicación en la pareja". Coordinación de estudios de posgrado, UNAM. Mayo 2011. Ciudad de México.*
- *Presentación de caso clínico en el Seminario "Diferentes normalidades", impartido por la Dra Laura Fruggeri. Centro Milanés de Terapia Familiar cede en México. Mayo 2011, Ciudad de México.*
- *Presentación de caso clínico en la IV Jornada clínica del Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes". Facultad Psicología, UNAM. Noviembre 2010.*

3.4. Compromiso y ética profesional

En el ejercicio profesional del psicólogo en general y en las formaciones derivadas de esta práctica, es necesario manifestar una conducta respetuosa hacia los pacientes o consultantes, los individuos, parejas y familias que acuden a recibir los servicios de asistencia psicológica; lo anterior se vincula con el ejercicio de la ética en nuestra disciplina.

Según la Real Academia de la Lengua Española (2014), la ética se puede definir como el conjunto de normas morales que rigen la conducta de una persona en los distintos ámbitos de la vida. La necesidad de establecer estos parámetros de conducta,

fue lo que derivó a crear códigos éticos que dictaran la conducta de quienes ejercen cierta profesión, como lo es el de la psicología.

En nuestro país, la Sociedad Mexicana de Psicología ha propuesto el Código Ético del Psicólogo (2007), para regular el “ejercicio profesional, científico y académico” y para guiar la práctica cotidiana, no sólo en lo relacionado con los clientes, colegas, empleados, participantes en investigaciones, “sino para crear una imagen más seria y respetable de la psicología como profesión y disciplina científica” (p. 6).

Durante la formación en la Residencia en Terapia Familiar nos enfrentamos a situaciones reales en las que fue útil contar con dicho respaldo, ya que la dicha formación abarca, además de la preparación teórico-conceptual, el desarrollo de habilidades clínicas, de detección, evaluación y tratamiento, así como la enseñanza, investigación y prevención.

Algunos de los propósitos del Código ético del psicólogo y a partir de los cuales realizo una vinculación con aspectos de la Maestría son los siguientes (SMP, 2007):

- Garantizar la protección de los usuarios de los servicios psicológicos: dado el carácter Residencial de la Maestría, nuestra formación incluyó la práctica de los distintos modelos sistémicos para la intervención terapéutica, en escenarios reales tales como el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, los diferentes Centros Comunitarios y el Instituto Nacional de Rehabilitación⁵⁷. En todo momento nos apeamos al formato de cada uno de estos centros para la atención brindada.
- Apoyar a la mayoría de las áreas de aplicación e la psicología: durante la formación en Terapia Familiar, incursionamos en los ámbitos de la educación, la clínica, la investigación.

Ortiz (2008), menciona que un trabajo ético tiene que ver con una convicción de respeto al otro, a la persona que tenemos enfrente cuando trabajamos con ella en clínica, en investigación o en el trabajo de campo; la persona confía en nosotros, nos revelan sus problemas, sus pensamientos y emociones, por lo que en ese sentido merece ser

⁵⁷ Una información más amplia sobre los Centros de atención de la Facultad de psicología, se encuentra en el capítulo número uno del presente reporte.

respetada. Entre los aspectos que este autor considera importantes en un Código de Ética y que se vinculan con nuestra práctica se encuentran los siguientes (p. 106):

- *Confidencialidad*: en tanto profesionales de la salud mental, se guarda el principio de confidencialidad; por el que no puede revelarse lo que los consultantes mencionan, excepto en circunstancias como las siguientes: peligro inminente de la vida, ya sea para el/la consultante o para alguien cercano; una situación de riesgo como abuso sexual, un documento oficial que instruya a hacer revelación de la información (aún cuando éste también puede ser negado). En este caso, el principio de confidencialidad se rompe porque el terapeuta se debe a un principio superior como es el respeto a la vida. En la Residencia, en todo momento hubo que seguir este principio de confidencialidad con las familias y consultantes que acudieron a terapia, así como también con las personas participantes de las investigaciones que realizamos.
- *Capacidad e integridad profesional*: se refiere a que un terapeuta debe ofrecer las mejores condiciones que garanticen un buen nivel de atención a sus consultantes, incluyendo una formación sólida en el área que le compete, la posibilidad de acceder a recursos institucionales en caso de requerir ayuda y la protección de los consultantes en el caso de que el terapeuta padeciera alguna enfermedad o situación vital que le impida atender a sus pacientes. En este punto todas las personas que cursamos por la Maestría contamos, de base con la licenciatura en psicología y muy probablemente con algún tipo de experiencia en el campo, además de mencionar que todo el tiempo contamos con supervisión permanente de nuestros docentes y el apoyo del equipo terapéutico conformado también por los compañeros y compañeras de generación. Para cubrir este aspecto, afortunadamente contamos en la Facultad de Psicología con la infraestructura adecuada para realizar las prácticas, con cámaras de Gessell y sistemas de circuito cerrado, además de efectuarse dentro de instalaciones destinadas a dichos fines, en los cuales incluso existe apoyo de personal administrativo.

- *Responsabilidad con estudiantes:* implica similares condiciones de aquellas que se plantean para con los consultantes: respeto a sus confidencias, asegurarse de que tengan las mejores condiciones para que realicen su aprendizaje. En este sentido, como mencionaba en el punto anterior, recibimos en general los apoyos necesarios durante nuestra formación en cuanto a conocimientos técnicos y elementos materiales. Cada estudiante contó con una tutoría personalizada, parte del personal docente de la Maestría. En mi caso la tutora asignada me brindó constantemente su escucha, orientación, motivación y apoyo de manera profesional, respetuosa e incluso afectuosamente.
- *Responsabilidad hacia la profesión:* ser éticos implica dar la mejor información sobre lo que se puede hacer y los límites de la actividad. Implica también tener los elementos necesarios sobre formación, tipo de trabajo y orientación, de tal forma que las personas puedan escoger, en caso de no estar de acuerdo con estos aspectos. Para el caso de las personas que acudían a recibir terapia en cualquiera de los centros de formación pertenecientes a la UNAM, de antemano se les proporcionaba una Carta de Consentimiento Informado, en la cual se les mencionaba acerca del procedimiento terapéutico, realizado por estudiantes supervisados y en formación, además de que podían ser videograbados con fines educativos. Adicionalmente, se le comentaba a las personas que eran atendidas por estudiantes de la Residencia en Terapia Familiar. Algo similar ocurrió en el caso de las investigaciones, pues a las personas participantes se les informó del contexto en el que se realizaban las mismas.
- *Arreglos económicos:* tiene que ver con el principio de la equidad en el intercambio, pues los consultantes pagan precios adecuados y en concordancia con el servicio que reciben. Los/as usuarios/as de los servicios proporcionados por los centros de formación pagan una cuota de recuperación mínima y accesible, considerando que quienes les atienden permiten la práctica de los estudiantes.
- *Publicidad:* esto implica la presentación de datos e información y los contenidos de la misma ha de ser veraz, adaptada al contexto y ofrecer lo que es posible, sin despertar falsas expectativas en los clientes. Esto aplicó, por ejemplo, en el caso

de las investigaciones. Los resultados se presentan, primero, ante los docentes titulares de las asignaturas; en algunos casos, también fueron presentados en foros académicos como congresos o algunos fueron publicados en revistas de divulgación científica y, finalmente, el este Reporte profesional es la oportunidad de hacer públicos los hallazgos de las investigaciones que realizamos.

Algunos elementos de los arriba mencionados, refieren algunas de las situaciones a las que nos enfrentamos durante la Residencia. Contar con un marco ético que guíe la conducta de los profesionales de la Psicología, es necesario en el manejo cuidadoso, no sólo cuando enfrentamos contextos difíciles o que nos hacen dudar; antes bien, es fundamental su aplicabilidad permanente en tanto que con quienes tratamos son seres humanos.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

“Los cuentos son el camino real hacia el estudio de las relaciones. Lo que es importante en una historia, lo que es verdad en ella, no es el argumento, las cosas o las personas en el cuento sino las relaciones entre ellas”.

Gregory Bateson

Haber cursado la Residencia de la Maestría en Terapia Familiar en la UNAM, me genera diversas reflexiones personales.

Me sentí privilegiada al recordar que fue una gran oportunidad de ingresar al programa de Posgrado de una institución reconocida como es la UNAM, nuestra máxima casa de estudios, ya que el proceso de selección fue exhaustivo, entre una gran cantidad de aspirantes.

Por otro lado, cursar la maestría me permitió tener un panorama novedoso en cuanto a la forma de hacer terapia –un antes y un después- con relación a los métodos que conocí previamente en la licenciatura. Me refiero especialmente a la concepción sistémica (Bertalanffy, 1976), las explicaciones circulares y la cibernética de segundo orden. En mi formación previa, los modelos terapéuticos revisados son aquéllos basados más en las explicaciones lineales de causa-efecto -en algunas ocasiones consideradas unívocas- y mayoritariamente intrapsíquicos, considerando que la problemática se encuentra en el interior del individuo. Asimismo, estos enfoques pugnan más por la objetividad, desde la cual se pretende dejar al terapeuta como un observador quien pone una distancia terapéutica y que realiza las intervenciones desde una posición de experto y con una jerarquía superior que el de los consultantes (por ejemplo, el enfoque psicodinámico y cognitivo-conductual, e incluso en cierta medida el modelo estructural y estratégico).

En contraste, desde la concepción sistémica se consideran los mecanismos de feedback o retroalimentación, concepto surgido de la cibernética, por el cual la información procesada por el elemento siguiente en una cadena puede volver al elemento anterior gracias a este proceso y afectarlo de tal forma que su estado cambiará, y así sucesivamente. Esta concepción sobre la circularidad es básica en la comprensión sistémica de los problemas humanos y retomada en los procesos terapéuticos (Ortiz, 2008), lo que me llevó a transitar a una mirada más relacional de observar la realidad.

A partir de los modelos estudiados en la Maestría (Estructural, Estratégico, de Milán, Colaborativo, Narrativo, de Terapias Breves), pude además de revisarlos teóricamente, aprender a realizar intervenciones considerando la influencia que tiene nuestra mera presencia como terapeutas, y formar parte del sistema terapéutico que se va construyendo en conjunto durante todo el proceso.

El trabajo realizado dentro de los diversos escenarios clínicos como parte de la formación de una maestría profesionalizante, me resultó de gran utilidad, pues me permitió observar y aprender de mis profesores y compañeros, y además ser terapeuta principiante con situaciones reales de los consultantes y así, poder aplicar de forma práctica los conocimientos teóricos revisados en las asignaturas, resultando en un aprendizaje constante desde mi propia experiencia y también al momento de estar observando procesos conducidos por mis compañeros. Fue muy interesante en este sentido ser integrante de diversos equipos terapéuticos, en especial de los equipos reflexivos que conformamos.

Mi formación fue enriquecida además, gracias al cuerpo docente de la Residencia en Terapia Familiar, quienes contaban con trayectorias profesionales amplias y diferentes estilos, lo cual hizo que las clases fueran agradables y aumentaran mi bagaje previo. Me siento agradecida por las aportaciones que me brindaron como profesionista, coterapeuta e incluso, en algunos casos, como persona.

Reconozco que a partir de mis estudios de posgrado, cuando retomé mi ejercicio profesional, mi forma de hacer intervenciones cambió y me he mantenido apasionada en el trabajo clínico hasta estos momentos, integrando más y más elementos de los diferentes enfoques, pero en especial de la terapia narrativa y colaborativa, que permiten

a las personas transformar sus propias historias y ser autores de nuevas narraciones que los liberan -en la mayoría de los casos- de los problemas que les llevan a buscar la ayuda terapéutica. Me siento cada vez más comprometida con el trabajo clínico, que ha formado parte de mi sustento de vida, desde la mirada sistémica que ya forma parte de mi mundo y además con la motivación para seguir con mi formación profesional, ya sea con cursos de actualización y de forma autodidacta continuar con la lectura de literatura clásica y trabajos de investigación relacionados con la terapia familiar.

Ahora bien; como parte de la Maestría, y como he mencionado, además de la formación y práctica en el aspecto clínico desde los diferentes enfoques terapéuticos de corte sistémico, también se contempla la formación en habilidades de Investigación, lo cual se logró a través de la realización de investigaciones tanto de corte cuantitativo como cualitativo.

Si bien durante el curso de mis estudios de licenciatura se incluyeron asignaturas relativas a la investigación, específicamente en Estadística, éstos constituyeron conocimientos que no necesariamente apliqué de manera cotidiana en mi vida profesional, ya que me enfoqué mayoritariamente a la práctica terapéutica, por lo que esa área de la estadística e investigación era una información, de alguna manera –no por ser menos importante-, preservada en “el baúl de los recuerdos”. Por este motivo, reconozco que me agradó bastante hacer investigación en la Maestría, para poder retomar y aplicar de nuevo dichos conocimientos.

En este sentido, puedo decir que le encontré un significado distinto a la Estadística, dado que en la licenciatura su naturaleza era más teórica y no necesariamente aplicada, situación que por supuesto en la Maestría cambió, pues requería aterrizarla no sólo en una muestra real, sino además conjuntarla con las bases teóricas de la Residencia y, evidentemente, analizando elementos relativos a las familias. Asimismo, puedo afirmar que fue enriquecedora la experiencia de hacer investigación, ya que me permitió el acercamiento con la población y sus diferentes realidades.

Hablar de un solo tipo de familia se ubicaría en el ámbito de las “afirmaciones universalistas” sobre la forma de ser una familia; como lo mencionó Fouce (2000) históricamente, la ciencia se convirtió en “un ideal que girará en torno a la posibilidad de

obtener un conocimiento teórico, objetivo, universal y sistemático de la realidad” (p. 57) sin embargo ya desde una crítica posmoderna, existe una “Pérdida de sentido del todo, de los grandes relatos (la emancipación y el progreso de la especie humana, la ciencia, la historia como motor, sentido y fin), toda afirmación universalista quedaría desacreditada (p.61).

Desde la posmodernidad, ubicamos como posibles una gran diversidad en la tipología de familias, como pude constatar a través de las investigaciones que realicé con las familias de una iglesia cristiana o con la familia de un policía judicial, en cuanto a sus creencias o marcos de referencia, estructuras, límites, historias, conformación de jerarquías, entre otros elementos.

Algo similar me ocurrió al escuchar el curso y resultados de la investigación conducida por unas compañeras de la generación, en su caso, aplicada con población de mujeres lesbianas. No obstante que anteriormente ya tenía interés en temas de la diversidad sexual, estar cercana a la investigación de mis colegas, igualmente me permitió ampliar mi panorama y aproximarme indirectamente a las “realidades” de este sector. De hecho, podría mencionar que tanta fue la utilidad e impacto provocado a partir de este contacto, que se reavivó mi interés por esos temas y de hecho me motivó a formarme como promotora de Derechos Humanos de la población LGBTTTIQ, y actualmente pertenezco a una red de terapeutas la cual brinda atención a personas de la diversidad sexual.

Situación análoga sucedió con la asignatura “programa de intervención comunitaria en cuarto semestre. El taller que elaboramos dos de mis compañeras y yo, fue en un kínder con familias en condiciones de vulnerabilidad de alguna manera, de bajos recursos y en el que se presentaban diversas formas de violencia. La aplicación del taller me permitió conocer a la población preescolar en sus características y necesidades de manera cercana y particular, por lo que en este reporte elegí mencionar dos casos clínicos que tuvieran que ver con la violencia en niños preescolares. En este sentido, es lo que antes describo como “enriquecedor”, ya que a través de la investigación y el trabajo en campo podemos conocer a las personas, a las familias y sus realidades, particulares y tan distintas entre sí y, lo cual de alguna manera, transformó mi visión del mundo y lo sigue transformando con cada persona, pareja o familia que se acerca a mí. Como lo menciona

White (2002a) el tener una idea recíproca de la terapia, pone énfasis en la índole transformadora de la vida del terapeuta; al construir una concepción de la terapia de doble vía, el terapeuta asume la responsabilidad de identificar, reconocer y explicitar dentro del contexto terapéutico la contribución que este trabajo ha hecho a su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadi, M. (1973). *La fascinación de la muerte*. Buenos Aires: Paidós.
- Abbate, F. E. (1978). *Perturbaciones psicopatológicas conyugales y familiares*. Buenos Aires: AZ editora.
- Alvarado, A. y Silva, C. (2011). Relaciones de autoridad y abuso policial en la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Sociología*, 73(3), 445-473. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032011000300003
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (2001). Ver y oír, ser visto y ser oído. En: Friedman, S. (Comp.) *El nuevo lenguaje del cambio. La colaboración constructiva en psicoterapia*. 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*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson y Goolishian (1996) El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En McNamee, Sh. y Gergen, K.J. (1996). *La Terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Aries P. (1983) *El hombre ante la muerte*. Madrid. Taurus.
- Ashby, W. R. (1960). *Introducción a la cibernética*. Buenos Aires: Ediciones nueva visión.
- Barreto, P. y Soler, C. (2007). *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Bateson, G. (1990). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, G. (1998). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En: Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.

- Bayón, M. C., Mier y Terán, M. (2007). *Encuesta Nacional de Familia y Vulnerabilidad (ENFAVU 2006). Informe Abril de 2007.* Recuperado de <http://bdsocial.inmujeres.gob.mx/bdsocial/index.php/enfavu-35>
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia familiar. Su uso hoy en día* (197-223). México: Pax-México.
- Benito, J. A. (2000). *Literatura para la vida. Grandes temas del hombre en la literatura española.* Madrid: Edinumen.
- Berg, I.K. y Miller, S.D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol.* España: Gedisa.
- Bermúdez, C. y Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica.* Madrid: Editorial síntesis.
- Bertalanffy, L.V. (1968). *Teoría general de los sistemas.* México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar.* Madrid: Paidós.
- Beuchot, M. (1996). *Posmodernidad, hermenéutica y analogía.* México: Porrúa.
- Beyebach, M y Navarro, J. (1995). *Avances en terapia familiar sistémica.* Barcelona: Paidós.
- Blanco, J. A. (1999). *Asertividad y relación de pareja: Una perspectiva sistémica.* Tesina de Licenciatura. FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Boscolo, L. (1994). La evolución del modelo sistémico. De la cibernética de primer orden a la cibernética de segundo orden. En Elkaim, M. (Comp.). *La terapia familiar en transformación.* (79-82). Barcelona: Paidós.
- Boscolo L. y Bertrando P. (1992). El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*, 31, pp. 119-130.
- Boscolo L., Cecchin G., Campbell, D. y Draper, R. (1985). Twenty more questions: selections from a discussion between the Milan associates : Luigi Boscolo and Gianfranco Cecchin with the editors: David Campbell and Rosalin Draper. En: Campbell D. y Draper R. (1985). *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach.* Florida: Grune and Stratton.
- Boscolo, L., Cecchin, G. Hoffman, L. y Penn, P. (2003a) *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo L., Cecchin G., Bertrando P. y Bianciardi M. (2003b) Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin en entrevista con Paolo Bertrando y Marco Bianciardi. Postfacio de *Clinica*

- Sistémica* (edición italiana de Terapia Familiar Sistémica de Milán). Milán: Bollati Boringheri.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Framo, J. L. (1976). *Terapia familiar intensiva, aspectos teóricos y prácticos*. México: Trillas.
- Brecklin, L. & Ullman, S. (2005). Self-defense or assertiveness training and women's responses to sexual attacks. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 738-762.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Beings Human. Biological perspectives on Human Development*. California: SAGE Publications.
- Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Caballo V. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Caballo V. Comp. Madrid: Siglo XXI.
- Camus, A. (1968). *Obras completas* (5ª ed., Vol. 2). México: Aguilar.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995) *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Carrasco, I., Clemente, M. y Llavota, L. (1989). Análisis del inventario de aserción de Gambrill y Richey. *Estudios de psicología, 37*, 63-74.
- Carrasco, M. (1998). *Cuestionario de aserción en la pareja (ASPA)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Procesos Familiares* vol. 26 No. 4.
- Cecchin, G. (2005). El misterio del respeto. *Connessioni*. No. 16 Febrero.
- Chauchard, P. (1977). *La muerte*. Buenos Aires: Paidós.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G., y Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Cinabal, J. (2006) *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. Alicante: Club universitario.
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo Psicológico*. México. Prentice Hall.
- Cruz-Almanza, M., Gaona-Márquez, L. y Sánchez-Sosa, J. (2006). Empowering women abused by their problem drinker spouses: Effects of a cognitive-behavioral intervention. *Salud*
- de Shazer, S. (1985). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.

- de Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25(2), 207-221.
- de Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Buenos Aires: Paidós.
- de Shazer, S. (1994). En su origen las palabras eran magia. Barcelona: Gedisa.
- Desatnik, O. (2004) El modelo estructural de Minuchin. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (49-79). México: Pax-México.
- Desatnik, O. (2009). Las relaciones escolares: una visión sistémica. Cap. 1. México: Castellanos.
- Díaz, D., (2003). *Prevención de los conflictos de pareja*. Madrid: Descleé de Brouwer.
- Díaz-Loving, R. (1999). *Antología psicosocial de la relación de pareja*. México: Porrúa.
- Dickerson, V. y Zimmerman, J. (2001). Un enfoque narrativo para la terapia de familias con adolescentes. En: Friedman, S. (2001). *El nuevo lenguaje del cambio. La colaboración constructiva en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.
- Elkaim, M. (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.
- Epston, Freeman y Lobovits (2001)
- Espinosa, R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (115-124). México: Pax-México.
- Fernández, A. (2002). *La práctica de la psicoterapia: la construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Biblioteca de Psicología.
- Fernández, E., London, S. y Tarragona, M. (2003). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En Licea, G., Paquentin, I. y Selicoff (Comps.). (2003). *Voces y más Voces: El Equipo Reflexivo en México*. México: Alinde.
- Fernández, L. E. (2013). La familia: retos de hoy. Segundo Coloquio "Las Familias Mexicanas en la Actualidad", Distrito Federal, México. Recuperado de <http://www.cencalli.edu.mx/investigaciones/>
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal L. (1994). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.

- Fishman, H. y Rosman, B.L. (1990). *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Barcelona, España: Gedisa.
- Flores, M. (2008). Asertivo o no asertivo: Su impacto en el conflicto en hombres y mujeres. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial, 129-129.
- Flores, M. M., Díaz-Loving, R. y Rivera, S. (2002). Estilos de poder y conductas en la relación de pareja. *La Psicología Social en México*, (9), 726-732.
- Flores, M y Díaz-Loving (2002). *Asertividad: una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. México: Porrúa.
- Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética. Obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (1999). *El orden del discurso*. España: Tusquets editores.
- Foucault, M. (2008). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI editores.
- 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.
- Freud, S. (1915). De guerra y muerte. Temas de actualidad. En Freud, S. *Obras completas. "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico". Trabajos sobre metapsicología, y otras obras (1914-1916)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Frías, M. y Gaxiola, J. C. (2008). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2) 237-248. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016308004>
- Friedman, S (2001). Librarse de las furias: una travesía desde la autocompasión a la autovaloración. En: Friedman, S. (2001). *El nuevo lenguaje del cambio. La colaboración constructiva en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.
- Friedman, S. (2005). *Terapia familiar con equipo de reflexión: una práctica de colaboración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fruggeri, L (1996) El proceso terapéutico como construcción social del cambio . En McNamee, Sh. y Gergen, K.J. (1996). *La Terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.

- Gala, F. J.; Lupiani, M.; Raja, R.; Guillén, C.; González, J. M.; Villaverde, M. C. y Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50. doi: 10.4321/S1135-76062002000400004
- Galicia, I. (2004) Terapia Estratégica. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (81-113). México: Pax-México.
- García, M. y Vargas, B. I. (2002). Satisfacción marital y evitación del conflicto. *La psicología social en México*, 9, 756-762.
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1995). Si las personas son textos. En Limón, G (Comp.). *Terapias posmodernas. Aportaciones construccionistas*. (111-140). México: Pax-México.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Giberti, E., Garaventa, J. Lamberti, S. (2005). Vulnerabilidad, desvalimiento y maltrato infantil en las organizaciones familiares. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Glaserfeld, E. (1994). ¿Qué podemos saber de nuestro conocimiento?. En Elkaim, M. (Comp.). *La terapia familiar en transformación*. (83-86). Barcelona: Paidós.
- Gómez, R. (2012). El médico frente a la muerte. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (113), 67-82. doi: 10.4321/S0211-57352012000100006
- González, C. (2004) El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (29-47). México: Pax-México.
- González M. y González V. (2005). Organizaciones familiares diferentes. Las familias reconstituidas. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 8 (3), 17-27.
- Gordon, T. (2002). Técnicas eficaces para padres T.E.P.: el programa realmente eficaz para educar niños responsables. Barcelona: Medici.
- Gordon, T. (2006). Enseñar autodisciplina: como fomentarla en niños y adolescentes.
- Green, S. y Flemons, D. (Comp). (2004). *Manual de terapia sexual breve*. Barcelona: Paidós.
- Gutierrez, F. (2008). *Terapia Breve. La magia del cambio*. Puebla: Ed. Cefap.
- Haley, J. (1983) *Terapia No Convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Haley, J. (1988) *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989) *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Haley, J. (1994). Aspectos de la teoría de sistemas y psicoterapia. En Elkaim, M. (Comp.). *La terapia familiar en transformación*. (83-86). Barcelona: Paidós.
- Haley, J. y Richeport, M. (2006) *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Hegel, G. (1966). *Fenomenología del espíritu*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hernández, A. y Petzelová, J. (2009). Estudio de caso único sobre violencia conyugal. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 12 (4), 46-61.
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2006) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández-Bringas, H. y Narro-Robles, J. (2010). El homicidio en México, 2000-2008. *Papeles de población*, 16 (63), 243-271. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100009&lng=en&tlng=.
- Hoffman, L (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: an art of lenses. *Family process*, 29 (1), 1-12.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática (2013). *Estadísticas a propósito del día internacional del migrante*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/migrante0.pdf>
- Instituto Nacional de Geografía e Informática (2013). *Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/mujer0.pdf>
- Instituto Nacional de Geografía e Informática (2013). *Estadísticas a propósito del día internacional de la niña*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/ni%C3%B1a0.pdf>
- Jakubowski, P. y Lange, A. (1978). *The assertive option: your rights and responsibilities*. Research Press
- Johansen, B. O. (1982). *Introducción a la teoría general de sistemas*. México: Limusa.

- Kastenbaum, R. (1984). *Entre la vida y la muerte*. Barcelona: Herder.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Kriz, J. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Lange, A. y Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Research Press
- Lazarus, A. (1980). *Terapia conductista: técnicas y perspectivas*. Buenos Aires. Paidós.
- Lefrancois, G. (2003). *El ciclo de la vida*. México. Prentice Hall.
- Leñero, L. (2003). Mitos y realidades de la familia en México. En *La familia: un lugar de encuentro y desarrollo para todos*, 1(1), 167-197. México. Recuperado de <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2106/14.pdf>
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (2007). Diario Oficial de la Federación, 1º de febrero de 2007. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>
- Limón, G. (1995). (Comp.) *Terapias posmodernas. Aportaciones construccionistas*. México: Pax-México.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax-México.
- Linares, J. y Ortega, J. (2008) *Terapia Familiar. Aprendizaje y supervisión*. México. Trillas.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- López, A. (2008). El aprendizaje basado en problemas. Una propuesta en el contexto de la educación superior en México. *Tiempo de Educar*, 9(18) 199-232. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31111811003>
- Ludewig, K. (1996). *Terapia sistémica. Bases de teoría y práctica clínicas*. Barcelona: Herder.
- Lyotard, J. (1990) *La condición postmoderna: Informe sobre el saber*. México: Rei.
- Madanes, C. (1982) *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva. Una guía práctica*. Barcelona: Paidós.
- Mateos, J. (s/a). *Afrontamiento del duelo*. Andalucía: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado de <http://www.escueladepacientes.es/ihdf/getDocContenido.aspx?Id=1458>

- Maturana (1994). Seres humanos individuales y fenómenos sociales humanos. En Elkaim, M. (Comp.). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.
- McGoldrick, M. (1980). The joining of families through marriage: The new couple. In Carter, A. & McGoldrick, M. *The family life cycle*. New York: Gardner Press.
- McNamee, Sh. y Gergen, K.J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Michaud, Y. (2004) Violence et politique, Encyclopedia Universalis. En Perrone, R. y Nannini, M. (2007). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1983) *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1992) *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Molina, A. (1999) Personalidad democrática y constructivismo, una propuesta para Latinoamérica. En: Mota. B. (comp.) *Educación cívica y ciudadanía, una visión global*. México: Aula XXI, Santillana.
- Morin, E. (1994) La noción de sujeto. En: Fried, D. (1994) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Morin, E. (1994-b) Epistemología de la complejidad. En: Fried, D. (1994) *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.
- Morin, E. (1999). *El hombre y la muerte*. Barcelona: Kairós.
- Morgan, A. *What is narrative therapy? An easy to read introduction*. Australia: Dulwich Centre Publications.
- Nardone, G. (2000) En: Nardone, G. y Watzlawick. *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Navarro, J. (1992) *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Nelsen, J. (2003) *Disciplina Positiva*. México: Ediciones Ruz.
- Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. (1989). *Raíces Profundas*. Buenos Aires: Paidós.
- O'Hanlon, W. (1996). La historia llega a ser su historia: una terapia de colaboración y orientada hacia la solución de los efectos secundarios del abuso sexual. En: McNamee, Sh. y Gergen, K.J. (Comps.). *La terapia como construcción social*. (165-178). Barcelona: Paidós.

- O'Hanlon, W. (1999). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Olivares, E. (2012). En México padecen violencia 60% de menores de 14 años, revela la CNDH. La Jornada. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2012/04/16/sociedad/037n2soc>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS: Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Pakman, M. (1997). *Construcciones de la experiencia humana*. Vol-2. Barcelona: Gedisa.
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Pereira, R. (s/a). *Revisión histórica de la terapia familiar*. Recuperado de http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n_Hist%C3%B3rica_de_la_TF.pdf
- Pérez, A. y Ziri6n, A. (1981). *La muerte en el pensamiento de Albert Camus*. México: UNAM.
- Pérez, J. C. (2010). Actitud del médico frente a la muerte. *Bioética*, mayo- agosto, 14-17. Recuperado de <http://www.cbioetica.org/revista/102/102-1417.pdf>
- Perrone, R. y Nannini, M. (2007). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Platts, M. (2006). Autonomía, enfermedad y muerte. En: Rossi, L. *El psicoanálisis frente a la muerte*. México: ETMSA.
- Rage, E. (2002). *La pareja: elección problemática y desarrollo*. México. Plaza y Valdez.
- Ramos, R. (2001). *Narraciones contadas, narraciones vividas. Un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Ravazzola, C. (2005). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Reséndiz G. (2010). Modelo de Milán 1969-2009. *Psicoterapia y Familia*, Vol. 23 No.1.
- Roa, A. (2001). *Modernidad y posmodernidad: Coincidencias y diferencias fundamentales*. Chile: Editorial Andrés Bello.

- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (1-27). México: Pax-México.
- Rodríguez, M., Fonseca, A. P. y Puche J. (2002). Características psicológicas de los hombres que ejercen violencia conyugal: Un estudio en Bogotá. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 91-98.
- Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (2005). La violencia contra las mujeres, prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. España: Díaz de Santos.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sarquis, Y.C. (1995). Introducción al estudio de la pareja humana. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Satir, V. (1986). *Psicoterapia familiar conjunta*. México: Ediciones científicas, la prensa médica mexicana.
- Selekman, M. (1996). Abrir caminos para el cambio. Barcelona: Gedisa.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1980). Hypothesizing-Circularity-Neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*. Vol.19 No.1.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1986). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1990). Hipotetizar, Circularidad, Neutralidad. *El Proceso de la Familia*. Vol.19 No.1.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1988). *Juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Sherr, L. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual moderno.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, agosto, 65-69.

- Suárez, M. (2004). El enfoque narrativo en la terapia. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (1-27). México: Pax-México.
- Subirats, E. (1983). *El alma y la muerte*. Barcelona: Anthropos.
- Szprachman, R. (2003). *Terapia Breve. Teoría de la técnica*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Tarragona, M. (1999). La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología Iberoamericana*, 7 (2), 68-72.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14 (3), 511-532.
- Thomas, L. V. (1991). *La muerte. Una lectura cultural*. Barcelona: Paidós.
- Tomm K. (1988). La entrevista interventiva III. ¿Formulando preguntas lineales, circulares, estratégicas o reflexivas? *Family Process*, 27, 1-15.
- Tomm, K. (1993). Prefacio. En: White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Tutty, L. M., Babins-Wagner, R., y Rothery, M. A. (2006). Group treatment for aggressive women: An initial evaluation. *Journal of Family Violence*, 21, 341-349.
- Ugazio, V. (1985). Hypothesis Making: The Milan Approach Revisited. En: Campbell, D. y Draper, R. (1985). *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. Florida: Grune and Stratton.
- Umbarger, C. (1983) *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la Terapia Familiar Sistémica. En: Eguiluz, L. (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. (1-27). México: Pax-México.
- Velasco A. F. (2004). *Parejas en conflicto, conflictos de pareja*. México: editores de textos mexicanos.
- Vinyoli, J y Pendanx, M. (1986). *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
- Wainstein, M. (2000). La influencia del constructivismo en la psicoterapia breve interaccional. En: Nardone, G. y Watzlawick, P. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P. (1994). Pensamiento sistémico y enfoque de los sistemas humanos. En Elkaim, M. (Comp.). *La terapia familiar en transformación*. (131-133). Barcelona: Paidós.

- Watzlawick, Beavin y Jackson (1981). *Teoría de la comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. Weakland, J. y Fisch, R. (1985). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Welland, C. y Wexler, D. (2007). Sin golpes. Cómo transformar la respuesta violenta de los hombres en la pareja y la familia. México: Editorial Pax.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002a). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002b) *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wiener, N. (1981). *Cibernética y sociedad*. México: Conacyt.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). La escuela de Palo Alto. Barcelona: Herder.
- Wolpe. J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta*. México. Trillas.